



Incorporação de Aglomerado Subnormal à uma Equipe de Saúde da Família

Carolina Zorzo Sestari*, Maria Filomena de Gouveia Vilela, Rubens Bedrikow

Resumo

Esta pesquisa estudou o processo de incorporação de área de ocupação a uma equipe de saúde da família mediante análise do conteúdo de entrevistas realizadas com moradores, trabalhadores e gestores. O contexto era de demanda reprimida por atendimentos, sobrecarga de trabalho e vinculação prévia dos moradores a outra unidade de saúde. Os resultados revelaram que a falta de vínculo e isolamento da comunidade, e a sobrecarga de trabalho na área da saúde, associaram-se ao movimento de resistência da equipe e de lideranças de outros bairros, restrição de acesso a ações de saúde, preconceito em relação a comunidades pobres e menos organizadas e sofrimento dos atores envolvidos, impedindo a reversão de clara situação de iniquidade. O processo tende a ser facilitado pela cogestão e aproximação prévia entre equipe e comunidade.

Palavras-chave: *Gestão em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Áreas de Pobreza.*

Introdução

A Saúde da Família é a estratégia estruturante principal da Atenção Básica no Brasil e se organiza a partir da definição do território de abrangência, adscrição de clientela e trabalho em equipe multiprofissional, buscando garantir a universalidade, integralidade e equidade no acesso às ações de saúde.¹

Segundo o Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), observa-se aumento de aglomerados subnormais: favelas, mocambos, vilas, comunidades, ocupações, entre outros, onde habitam populações vulneráveis e carentes de serviços públicos.²

O objetivo desta pesquisa foi estudar o processo de incorporação de área de ocupação a uma equipe de saúde da família mediante análise do conteúdo de entrevistas realizadas com moradores, trabalhadores e gestores.

Resultados e Discussão

Foram identificadas as seguintes categorias analíticas nas falas dos entrevistados: acesso à saúde, estratégias de gestão, sentimentos dos atores.³

Acesso à saúde

A dificuldade, resistência e morosidade do processo de incorporação da área de ocupação à equipe de saúde da família acarretou restrição ao acesso às ações de saúde para parcela muito pobre da população, numa clara situação de iniquidade. Apenas moradores incluídos em lista enviada pelo coordenador da ocupação à unidade de saúde tinham seu cadastro realizado e prontuário aberto, permitindo o acesso. Visitas domiciliares, que constituem ferramentas potentes para o acesso a ações e educação em saúde, não eram realizadas. Alguns moradores mantinham seus prontuários e acompanhamento em unidades de saúde que frequentavam antes de se mudarem à ocupação. O acesso à atenção secundária e terciária também estava comprometida pela dificuldade financeira e alto custo do transporte público. Num segundo momento, quando a equipe passa a fazer visitas domiciliares, aparece o problema da dificuldade de encontrar os domicílios num território onde o arruamento é precário ou inexistente.

Estratégias de gestão

A decisão de incorporar mais um território à área de abrangência da equipe foi tomada pela gestão municipal, distrital e local, não obstante a resistência de membros da equipe de saúde, indicando um frágil

mecanismo de cogestão. Esse movimento de resistência poderia significar protesto em relação à sobrecarga de trabalho, mas também distanciamento entre gestão, equipe e comunidade. A longa demora no processo de incorporação do território traduz a clara diferença de poder entre os atores envolvidos, sendo os usuários o componente mais fraco, muito provavelmente em razão de sua condição de pobreza extrema.

Sentimentos dos atores

Todos os atores envolvidos - gestores, trabalhadores e moradores da ocupação -, apresentaram alguma forma de sofrimento, cada um a sua maneira. Os principais sentimentos que acompanharam o processo foram impotência, injustiça, preconceito e resignação, levando à exclusão da cidadania. A percepção de que há preconceito em relação à condição de moradia, de vestimenta, de presença de terra no calçado, provoca um misto de revolta e tristeza, dificultando sobremaneira a criação de vínculo.

Conclusões

O aumento do número de comunidades residindo em favelas e ocupações novas, em razão do desemprego e impossibilidade financeira de pagar aluguel, acarreta vários desafios para a Saúde Pública. O processo de incorporação desses novos territórios às equipes de saúde da família deve ser cuidadoso, pautar-se na cogestão que considere os diferentes interesses, desejos e saberes, e que dê possibilidade de fala e representação aos diferentes segmentos envolvidos - gestores, trabalhadores e usuários. A aproximação prévia e criação de vínculo entre equipe e comunidade parece ser ferramenta potente.

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora Maria Filomena G. Vilela, coorientador Rubens Bedrikow, todos os participantes da pesquisa e ao PIBIC-CNPq – Bolsa IC – Quota 2018-19.

¹ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

² Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). CENSO DEMOGRÁFICO 2010: Aglomerados subnormais - informações territoriais. Censo demogr., Rio de Janeiro, p.1-251,2010.

³ Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-4.