

Vigilância em saúde e atuação em rede

Organização Rosa Maria Pinheiro Souza

REDESCOLA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Vigilância em saúde e atuação em rede

Organização Rosa Maria Pinheiro Souza



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Transcrição de áudio e redação

Raquel Torres

Redação final

Sheila Kaplan

Revisão

Elisa Sankuevitz

Projeto gráfico

Ampersand Comunicação Gráfica

Editoração eletrônica e tratamento de imagem

Ampersand Comunicação Gráfica

Catlogação na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

S729v Souza, Rosa Maria Pinheiro (Org.)
Vigilância em saúde e atuação em rede. / organizado
por Rosa Maria Pinheiro Souza.– Rio de Janeiro, RJ :
ENSP / RedEscola, 2016.
80 p. : il. color.
ISBN: 978-85-9511-009-0

1. Vigilância em Saúde Pública. 2. Escolas de Saúde
Pública. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Capacitação de
Recursos Humanos em Saúde. 5. Educação em Saúde. 6.
Saúde do Trabalhador – recursos humanos. 7. Sistema
Único de Saúde. 8. Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca. I. Título.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – Fiocruz
PRESIDENTE
Paulo Ernani Gadelha

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP

DIRETOR
Hermano Albuquerque de Castro

VICE-DIRETORA DA ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE – VDEGS
Rosa Maria Pinheiro Souza

Oficina Vigilância em Saúde e Atuação em Rede

Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública – REDESCOLA

Coordenação
Rosa Maria Pinheiro Souza

Equipe Articulação Política e Internacional
Andreza Fialho (*In Memoriam*)
Francisco Salazar
Patrícia Pol

Equipe Mobilização e Mídias
André Nazareth
Caco Xavier
Luana Furtado
Raquel Torres

Equipe Administrativa e Financeira
Denise Almeida
Rosângela Carvalho



6 Prefácio

8 Apresentação

6 A RedEscola

18
Vigilância em Saúde,
as políticas de implantação
e sua organização
no cenário nacional

A background network diagram consisting of a series of interconnected nodes (circles) and edges (lines) in a light gray color, set against a dark blue background. The nodes are arranged in a somewhat irregular, web-like pattern, with some nodes having more connections than others. The overall structure is a complex graph.

26 Atuação em redes

- A gramática das redes
- Redes de cooperação, redes de conversa
- Rede HumanizaSUS

38 Práticas de atuação em rede na Vigilância em Saúde

- Projeto Comperj
- A atuação em um dos bairros de Itaboraí
- Monitoramento em zonas rurais
- A análise de dados
- Sobre descontinuidades, carreira e outros desafios

54 Outras experiências e encaminhamentos

Prefácio

Agir, eis a inteligência verdadeira.

Serei o que quiser.

Mas tenho que querer o que for.

O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito.

*Condições de palácio tem qualquer terra larga,
mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?*

FERNANDO PESSOA

A iniciativa de articular o tema da Vigilância em Saúde e a atuação em rede foi construída passo a passo e cumpre um duplo papel. Em primeiro lugar, a questão da Vigilância é parte da agenda da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola) desde os seus primórdios e trabalhar-la é um compromisso. Em segundo, a Rede é o nosso espaço vivo e privilegiado de interlocuções, trocas de saberes, práticas e experiências. Assim, a realização de um evento que colocasse em movimento esses dois objetos – a Vigilância e as Redes – nos pareceu uma ideia instigante, ousada e, ao mesmo tempo, oportuna. Inspirados nos desdobramentos do projeto de formação docente em Vigilância em Saúde, realizamos encontros e reuniões com vistas à organização de eventos em torno dessa temática.

Entre esses eventos, destacou-se a Oficina *Formação e Qualificação Profissional no campo da Saúde, Trabalho e Ambiente*, que aconteceu em 19 de outubro de 2014, no âmbito do 2º Simpósio Brasileiro de Saúde e Ambiente, promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com o apoio da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Um dos alvos da oficina foi promover a reaglutinação das Escolas da Rede em torno do tema do evento e desenhar estratégias que viabilizassem sua incorporação, em articulação com as áreas da Vigilância em Saúde e Atenção Básica, nas programações das Escolas da Rede. Foi também objetivo da Oficina a construção das bases para uma proposta estratégica de formação (*lato sensu*) nos campos de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental, com conteúdos reconhecidos e estruturantes, a partir da consideração e priorização das necessidades, demandas e recursos locais e regionais.

A realização, em julho de 2015, da Oficina *Vigilância em Saúde e Atuação em Rede*, cujas apresentações e debates buscamos registrar na presente publicação, foi um ponto culminante no escopo das atividades previstas. A oficina reuniu dezenas de participantes, entre profissionais da área de Vigilância em Saúde, docentes e discentes do curso de especialização em formação docente. Desenvolvida com o apoio da ENSP e a coordenação de Rosa Souza, Frederico Peres e Caco Xavier, a iniciativa veio comprovar o amadurecimento e avanço das discussões sobre rede.

Durante dois dias, o grupo se debruçou sobre o tema de maneira comprometida e entusiasmada. As exposições sobre os conceitos de rede e de gestão de redes realçaram o relato de experiências locais de Vigilância em Saúde, que reforçaram a confiança de que podemos fazer um trabalho que, sem descuidar do campo teórico, de grande valor, avance também pela prática, sem a qual a teoria não se sustenta.

O engajamento dos participantes e os resultados do encontro nos levaram à realização desta publicação, que não estava prevista de início. A ideia deste caderno nasceu justamente no encerramento da Oficina, quando constatamos a riqueza das apresentações, das experiências e das discussões trazidas à tona durante os dois dias. Naquele momento, ficou claro que havíamos conseguido acumular uma produção material e imaterial merecedora de um registro significativo. O processo de edição buscou adequar à linguagem escrita o tom originalmente coloquial das falas e, no intuito de evitar possíveis equívocos decorrentes desta adaptação, os textos foram submetidos a seus autores antes da publicação.

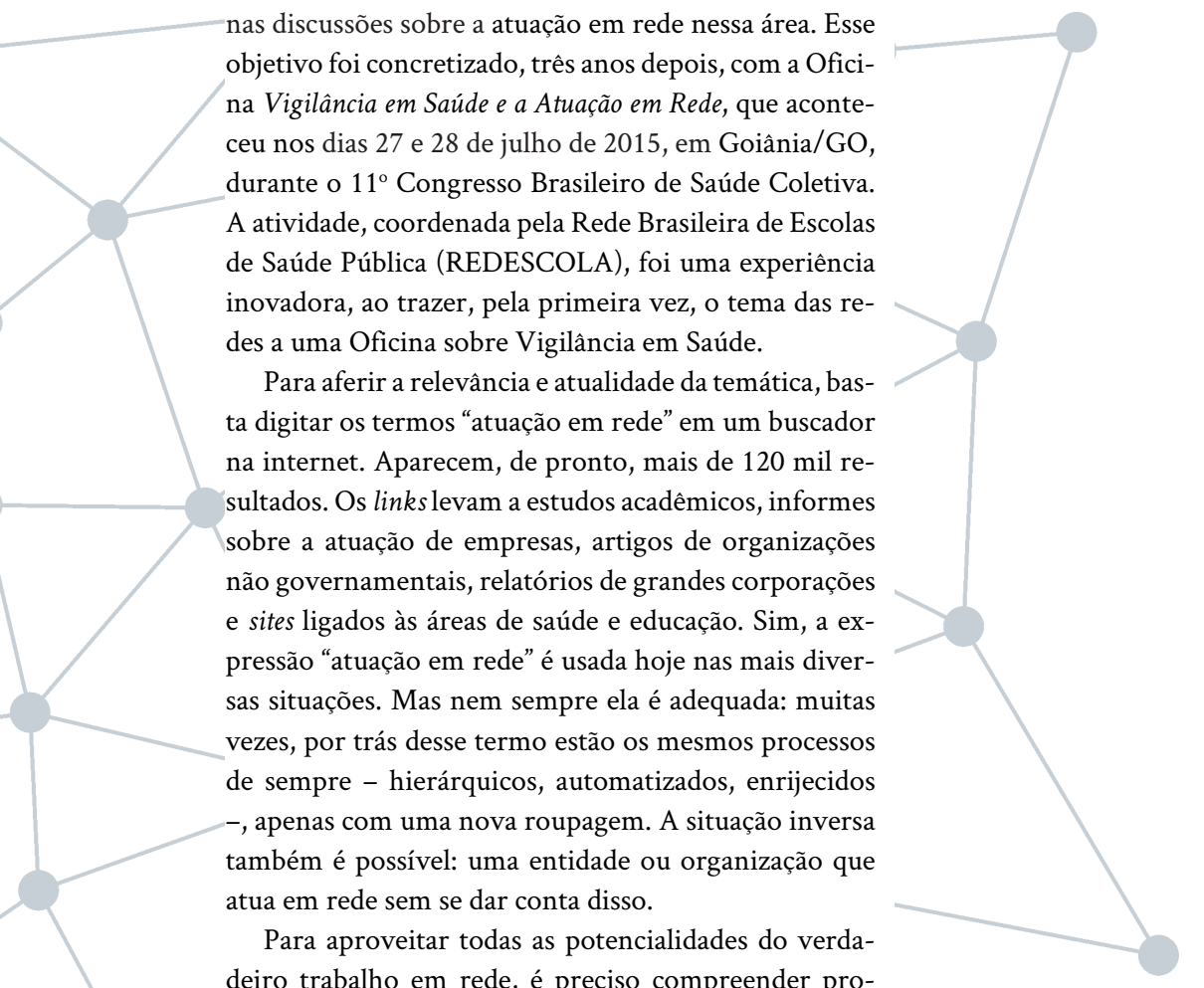
A partir desse registro, os debates ocorridos durante a Oficina poderão ganhar amplitude, com a circulação, o compartilhamento e a disseminação das discussões entre profissionais de saúde, pesquisadores, estudantes e todos os interessados na temática abordada. Não só no âmbito da RedEscola como fora dela, apontando para uma sinergia maior das redes que atuam na área da saúde pública no país.

Rosa Souza

*Coordenadora da Secretaria Técnica e Executiva da RedEscola e
Vice-Diretora da Escola de Governo em Saúde – VDEGS*



Apresentação



Após a realização do curso de especialização em formação docente na Área de Vigilância em Saúde, entre 2010 e 2012, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), tornou-se evidente a necessidade de avançar nas discussões sobre a atuação em rede nessa área. Esse objetivo foi concretizado, três anos depois, com a Oficina *Vigilância em Saúde e a Atuação em Rede*, que aconteceu nos dias 27 e 28 de julho de 2015, em Goiânia/GO, durante o 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. A atividade, coordenada pela Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (REDESCOLA), foi uma experiência inovadora, ao trazer, pela primeira vez, o tema das redes a uma Oficina sobre Vigilância em Saúde.

Para aferir a relevância e atualidade da temática, basta digitar os termos “atuação em rede” em um buscador na internet. Aparecem, de pronto, mais de 120 mil resultados. Os *links* levam a estudos acadêmicos, informes sobre a atuação de empresas, artigos de organizações não governamentais, relatórios de grandes corporações e *sites* ligados às áreas de saúde e educação. Sim, a expressão “atuação em rede” é usada hoje nas mais diversas situações. Mas nem sempre ela é adequada: muitas vezes, por trás desse termo estão os mesmos processos de sempre – hierárquicos, automatizados, enrijecidos –, apenas com uma nova roupagem. A situação inversa também é possível: uma entidade ou organização que atua em rede sem se dar conta disso.

Para aproveitar todas as potencialidades do verdadeiro trabalho em rede, é preciso compreender profundamente o que são as redes e como elas funcionam. É preciso, ainda, considerar a grande complexidade e diversidade dos ambientes em rede, bem como os recursos, as ferramentas e os processos que devem ser apropriados para que a rede se concretize.

A tarefa de relacionar a compreensão sobre as redes e o trabalho da Vigilância em Saúde é fundamental.

Afinal, trata-se de uma área em que a atuação em rede se revela não apenas importante, mas imperiosa, visto que um dos seus maiores problemas é a falta de articulação entre as diferentes Vigilâncias.

Foram essas premissas que nortearam a *Oficina Vigilância em Saúde e a Atuação em Rede*, que teve os seguintes objetivos:

1. Compreensão das configurações de redes (colaborativas, de aprendizagem, informacionais, sociais etc.) e de suas complexidades e diversidade.
2. Apropriação da “gramática” própria dos processos e práticas de atuação em rede e da Vigilância em Saúde.
3. Organização, mobilização e gestão de redes no âmbito da atuação da Vigilância em Saúde e da formação nesta área, envolvendo a RedEscola.
4. Identificação e apropriação de recursos e ferramentas para gestão e atuação em rede vinculados à Vigilância em Saúde.
5. Domínio de uma pragmática de atuação em redes na área, sobretudo dos modos de organização envolvendo redes de redes.
6. Construção de diálogo entre os integrantes da Oficina acerca de experiências e desafios da Vigilância em Saúde.

Esta publicação é um registro dos principais debates trazidos à tona pelos participantes, bem como dos encaminhamentos propostos. Reproduzimos aqui as valiosas apresentações de pesquisadores da área, de modo a ampliar o alcance de suas contribuições.

No primeiro capítulo, a coordenadora da Secretaria Técnica Executiva da RedEscola, Rosa Souza, fala sobre esta Rede, que hoje reúne 49 escolas distribuídas em todo o território nacional.

No segundo capítulo, a professora Bianca Ramos Marins Silva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, faz uma introdução sobre o estado das artes da Vigilância em Saúde no Brasil, considerando a legislação existente e o que já se alcançou na prática.

No terceiro capítulo, o pesquisador Caco Xavier, integrante da Secretaria Técnica Executiva da RedEscola, e o médico e professor Ricardo Teixeira, da Universidade de São Paulo, tratam do conceito de rede e de sua gramática. Teixeira, que desenvolveu e coordenou até 2015 a Rede HumanizaSUS, refere-se também a esta experiência. Seu relato foi várias vezes citado ao longo da Oficina.


A seguir, no quarto capítulo, os pesquisadores Paulo Sabroza, Luciano Medeiros de Toledo, ambos da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, e Bianca Borges, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, apresentam as atividades do Laboratório de Monitoramento Epidemiológico de Grandes Empreendimentos (LabMep) na região de impacto do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro. Sabroza expõe, ainda, o Projeto *Saúde e Plantas Medicinais em Sistemas Produtivos Agroecológicos no Extremo Sul da Bahia*, coordenado pelo LabMep, em conjunto com o Núcleo de Gestão em Biodiversidade e Saúde (NGBS/Fiocruz), que compreende ações de Vigilância em Saúde em pequenas comunidades rurais baianas.

Por fim, no quinto e último capítulo, trazemos aos leitores as discussões realizadas em uma mesa-redonda sobre a atuação em rede no âmbito da Vigilância em Saúde e os encaminhamentos que daí resultaram.

Boa leitura.

The background of the image is a solid yellow color. Overlaid on this background is a network diagram consisting of approximately 15 yellow circular nodes connected by thin, light yellow lines. The nodes are arranged in a somewhat irregular pattern, with some forming triangles and others connected in a more complex web. A white rectangular box with a thin white border is centered in the middle of the image, containing the text 'A RedEscola' in a dark blue, serif font.

A RedEscola



Na abertura deste encontro sobre *Vigilância em Saúde e Atuação em Rede*, não poderíamos deixar de falar da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública, a RedEscola, que ancora esta Oficina, desde já bem-sucedida por ter conseguido mobilizar tantas pessoas e de todas as regiões do país, ganhando assim, de fato, dimensão nacional. Pode-se dizer que o Brasil está aqui, nesta discussão.

A mobilização que conseguimos resulta de um trabalho intensivo, realizado neste último ano, com o fortalecimento das áreas de gestão e comunicação. Em conjunto com a equipe, construímos instrumentos que pudessem facilitar o nosso trabalho na Secretaria Executiva da RedEscola, buscando dar maior visibilidade à rede, atualizando e circulando informações, ativando as mídias sociais. Isso ocorreu ao mesmo tempo em que fortalecemos nossas parcerias institucionais, com colaboradores nacionais e internacionais. Entre os últimos, a Escuela de Salud Pública Salvador Allende, no Chile – que desde o último Encontro Nacional passou a ser membro honorário da RedEscola –, e a École des Hautes Études en Santé Publique, em Rennes, França. Essas trocas têm grande importância, pois fazem com que a RedEscola atue, realmente, como uma rede, consolidando-se como uma referência destacada na área da formação em Saúde.

O reconhecimento da RedEscola, que acompanhamos crescer cada vez mais, nos levou a empreender uma revisão da missão e dos valores da Rede, com a proposição de um novo marco regulatório, que foi aprovado na última Plenária do Encontro Nacional, realizado em junho de 2015. O estreitamento das relações com outras redes de formação é um sinal forte do amadurecimento da RedEscola. A Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) está aqui representada, mas precisamos avançar mais, consolidando as parcerias com as redes congêneres.

A partir da Plenária do Encontro Nacional, simplificamos nosso nome, com o propósito de facilitar a comunicação. Passamos a nos chamar Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública – RedEscola, em substituição ao nome anterior (Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva). Uma nova marca que reposiciona, redimensiona e sintetiza bem as mudanças efetuadas e o crescimento ocorrido nos últimos anos.

A RedEscola, ao agregar instituições públicas voltadas para a formação em Saúde, constitui-se em um espaço de construção e compartilhamento de conhecimentos, saberes e experiências, de estímulo ao debate. Nossa missão é articular e fortalecer as escolas, os núcleos, os centros formadores em Saúde Pública e Coletiva mediante estratégias para o desenvolvimento de políticas e ações integradas, voltadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), que visem o fortalecimento do ensino, de pesquisa e extensão nessa área. É nossa função, ainda, fomentar a difusão de informações e metodologias que agilizem a comunicação em rede.

É importante frisar que esta é uma rede de cooperação aberta, de associação voluntária, sem fins lucrativos. Os valores que movem a RedEscola são inclusão, diversidade, solidariedade, gestão

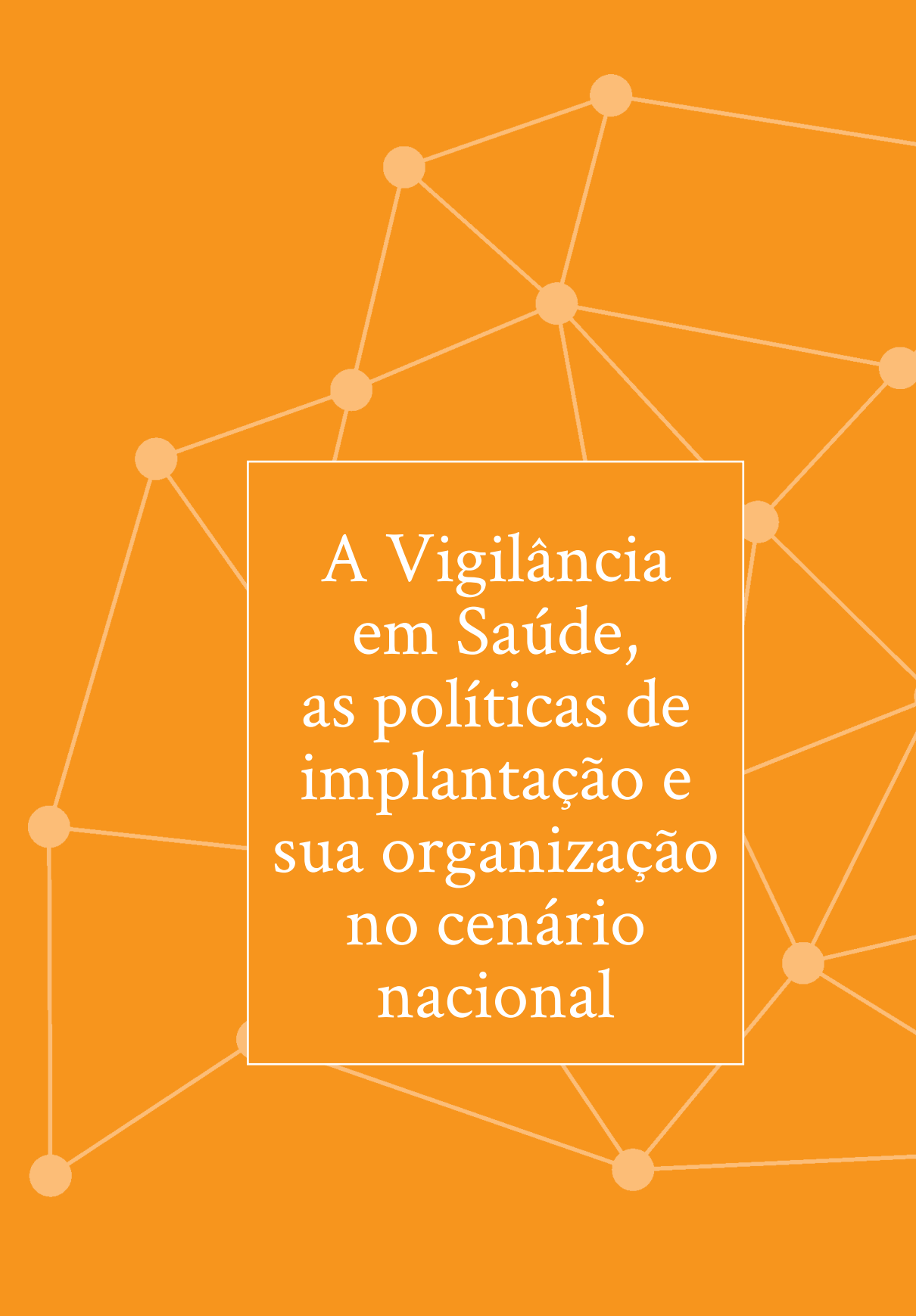
democrática, educação permanente e confiança. Sobretudo confiança, que é um fator-chave de sucesso para o desenvolvimento das redes.

São 49 escolas distribuídas em todo o território nacional, envolvendo escolas estaduais e municipais, universidades, centros de pesquisa e um centro formador. A Rede tem uma estrutura de governança com um Grupo de Condução, formado por dez representantes das escolas, eleitos na Plenária Nacional, e uma Secretaria Executiva, que funciona na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.


Os temas abordados durante nosso último Encontro Nacional foram muito ricos, com debates produtivos, que passam a nos orientar daqui em diante. Nesta Oficina, buscamos compreender as configurações de rede e a gramática própria dos processos de atuação em rede para alcançar uma sinergia maior com as redes que atuam nesse campo. Tais objetivos, fortes e ousados, vêm firmar a RedEscola como uma rede em constante movimento e um ator político importante no âmbito da Educação em Saúde.

Rosa Souza

Coordenadora da Secretaria Técnica e Executiva da REDESCOLA e Vice-Diretora da Escola de Governo em Saúde - VDEGS



A Vigilância
em Saúde,
as políticas de
implantação e
sua organização
no cenário
nacional



A professora **Bianca Ramos Marins Silva** (ISC/Unirio) fez uma das apresentações iniciais na Oficina Vigilância em Saúde e Atuação em Rede, problematizando a Política Nacional de Vigilância em Saúde e sua implantação nos estados e municípios. Este texto reproduz sua exposição.

DIFERENTES MODELOS • As políticas de saúde refletem sempre um contexto político e social e, na maior parte das vezes, estão a reboque do modelo econômico adotado. O modelo que tem sido predominante, historicamente, é aquele centrado em práticas hegemônicas curativistas. Um modelo que, como diz Roseni Pinheiro, doutora em Saúde Coletiva e referência no tema da Integralidade em Saúde, vê o indivíduo como um saco de órgãos – descolado de suas relações sociais e econômicas, do local onde vive etc. A saúde pública, até antes da construção do SUS, era vista como uma prática caritativa, e não um direito.

Já o modelo baseado na Vigilância em Saúde propõe uma outra visão, diferenciando-se tanto do modelo médico assistencial quanto do modelo sanitarista. O quadro abaixo mostra, de modo sucinto, as principais características e diferenças entre os três modelos.

MODELO	SUJEITO	OBJETO	MEIOS DE TRABALHO	FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO
Modelo médico assistencial	Médico especialista, complementaridade com paramédicos e pessoal auxiliar	Doença e doentes	Tecnologia médica (clínica e cirúrgica)	Rede de serviços de saúde centrada no hospital
Modelo sanitaria	Sanitaristas e auxiliares	Modos de transmissão e fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias, programas especiais, sistemas de Vigilância Sanitária e Epidemiológica
Modelo de Vigilância em Saúde	Equipe de Saúde e população comprometida	Danos, riscos, causas, determinantes dos modos e estilos de vida, necessidades em saúde	Tecnologia da comunicação social, planejamento local, tecnologias médico-sanitárias	Políticas públicas saudáveis, ações intersetoriais, intervenções específicas, operações sobre problemas e grupos

Fonte: TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S., e VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, S., org. *Fundamentos da Vigilância Sanitária* [on-line]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 49-60. ISBN 978-85-7541-325-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

Figura 1. Modelos assistenciais e a Vigilância em Saúde

O quadro evidencia que o modelo da Vigilância em Saúde tem como sujeitos não apenas os profissionais de saúde, mas também a população comprometida. E a atuação desses sujeitos se dá por meio de práticas territorializadas, que buscam fazer promoção, prevenção e recuperação de uma forma articulada. Uma das principais novidades da Vigilância é a ruptura com o Modelo Biomédico Flexneriano (MBF), de Abraham Flexner, que traz uma visão biológica do corpo como máquina, desconsiderando a totalidade complexa dos seres humanos. É a visão curativista, tecnicista, focada na clínica e na doença. Na Vigilância em Saúde há outra dimensão – a da saúde como direito e produção social de sentidos. Ela está centrada em três grandes pilares a intersectorialidade, o território e o diagnóstico dos problemas, que

não são necessariamente doenças, mas podem ser, por exemplo, em determinados contextos.

O primeiro pilar é um dos grandes desafios para os trabalhadores da Vigilância em Saúde. Nossas práticas ainda são muito estanques e nossos sistemas dialogam pouco. Temos a vigilância sanitária, a epidemiológica e a ambiental, como práticas compartimentadas. Mas é preciso lembrar que cada problema é único. Como discutir qualquer problema de saúde sem uma abordagem em que todos os seus fatores dialoguem?

A Vigilância em Saúde preconiza a avaliação e a análise permanente da situação de saúde da população. Para isso, articula-se um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-lhes a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual quanto coletiva dos problemas de saúde. Isso significa que a Vigilância em Saúde é mais que uma mera união das diversas vigilâncias. Ela reordena todo o processo de trabalho, num movimento que é construído na prática, em cada território.

A Vigilância em Saúde inclui ações de:

- vigilância epidemiológica;
- vigilância da situação de saúde;
- vigilância em saúde ambiental;
- vigilância em saúde do trabalhador;
- vigilância sanitária;
- promoção da saúde.

Já o território é o principal pilar do modelo. É no território que se estabelecem as práticas sociais e é a partir dele que se organizam as ações da Vigilância em Saúde. Assim, em primeiro lugar, é necessário reconhecer e esquadrihar o território de acordo com as condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde.

Finalmente, há o diagnóstico situacional, que avalia as condições de vida e saúde da população do território local. Tal avaliação não deve ser feita apenas pelas equipes, mas também com o apoio da própria população. Este terceiro pilar merece especial atenção. Como diz o pesquisador Jairnilson Paim, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, temos preterido, por inúmeros motivos, o diagnóstico situacional, que identifica as vulnerabilidades do território, as populações expostas e a seleção de problemas prioritários para a intervenção.

TEORIA E PRÁTICA • Segundo a legislação vigente, a Vigilância em Saúde deveria se materializar em todos os níveis de atenção, mas sua integração com a Atenção Básica é condição obrigatória para que bons resultados sejam alcançados. A partir de suas ferramentas específicas, as equipes de saúde da atenção primária podem desenvolver habilidades de programação e de planejamento para organizar os serviços com ações programadas de atenção à saúde, aumentando-se o acesso da população a diferentes atividades e ações.

Esse processo segue algumas diretrizes:

1. **Reconhecimento do território:** é necessário fazer a compatibilização dos territórios de atuação das equipes com a gradativa inserção das ações de Vigilância em Saúde nas práticas das equipes de Saúde da Família.
2. **Retomada de estratégias de planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas.**
3. **Monitoramento e avaliação integrada:** é preciso saber se as estratégias adotadas representam de fato melhorias na saúde da população.
4. **Reestruturação dos processos de trabalho:** utilização de dispositivos e metodologias que favo-

reçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos e protocolos, entre outros.

5. Educação permanente dos profissionais de saúde: uma abordagem integrada dos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão.

Este quinto item, a importância da formação, deve ser uma preocupação central se quisermos alcançar um modelo que atenda realmente a prática da integralidade na saúde. O profissional de saúde precisa estar, de fato, incluído na proposta do modelo.

Há quatro categorias de agentes das práticas em saúde e é preciso garantir uma formação de qualidade para cada uma delas, indicadas a seguir:

- Os gerentes e equipes gerenciais do SUS, que são responsáveis pelos processos de saúde-doença da população, ao viabilizarem ou não as intervenções intra e extrasetoriais a partir de sua liderança institucional.
- Os profissionais que executam as práticas de promoção, prevenção, atenção curativa e reabilitação.
- Os profissionais de outros setores cujas ações possam contribuir para alterar as condições de vida da população.
- Os próprios grupos populacionais, que são, ao mesmo tempo, objeto e sujeitos das práticas de Vigilância em Saúde, desde que estejam mobilizados e ativos.

Embora a Política Nacional de Vigilância em Saúde esteja bem formatada na teoria – há dezenas de decretos e portarias que dispõem sobre o tema – ainda não se conseguiu dar concretude a ela. Há dificuldades de ordem material para que um bom trabalho seja executado. A falta de equipamentos, como telefones e computado-

res, dificulta, e muito, a prática. Há, porém, tecnologias simples, baratas e fundamentais, que estão disponíveis a todos os trabalhadores e não vêm sendo bem utilizadas. Exemplos disso são as tecnologias leves, como a es-cuta. “Será que estamos de fato ouvindo a população? Não precisamos de computadores e *softwares* para isso. Como estamos formando nossos profissionais para que desenvolvam estas tecnologias leves?”

Um dos maiores desafios para a Vigilância em Saúde reside justamente em melhorar o acolhimento por parte do serviço e dos profissionais de saúde, o que é uma forma de garantir a integralidade. Há, ainda, uma série de outros problemas que devem ser superados: a busca de atendimento e atenção continuada da população; a ampliação da integração, já que, em muitos municípios, as diferentes vigilâncias não conversam entre si; a ampliação das ações interestorais; a incorporação tecnológica adequada, com o bom uso de sistemas de informação e notificação de casos; a adequação dos recursos humanos e físicos, de modo a acolher as demandas e construir vínculos; e a avaliação das diferenças e potenciais de cada território. Sobre esta última questão, trata-se de uma lógica semelhante à da equidade: é preciso tratar de maneira desigual os territórios desiguais.



A network diagram with orange nodes and lines on a red background. The nodes are connected in a complex, interconnected pattern, forming various polygons. A white rectangular box with a thin border is centered in the image, containing the text "Atuação em redes".

Atuação em redes

1. A gramática das redes

O pesquisador **Caco Xavier**, integrante da Secretaria Técnica Executiva da RedEscola, na sua exposição, abordou o conceito de rede, como introdução à discussão sobre as potencialidades da atuação em rede no campo da Vigilância em Saúde. Sua fala serviu como ponto de partida para a apresentação, na sequência, de Ricardo Teixeira, que aprofundou o conceito de redes.

Há vários conceitos e tipos de rede descritos na literatura sobre esse tema. Aqui destacamos três definições:

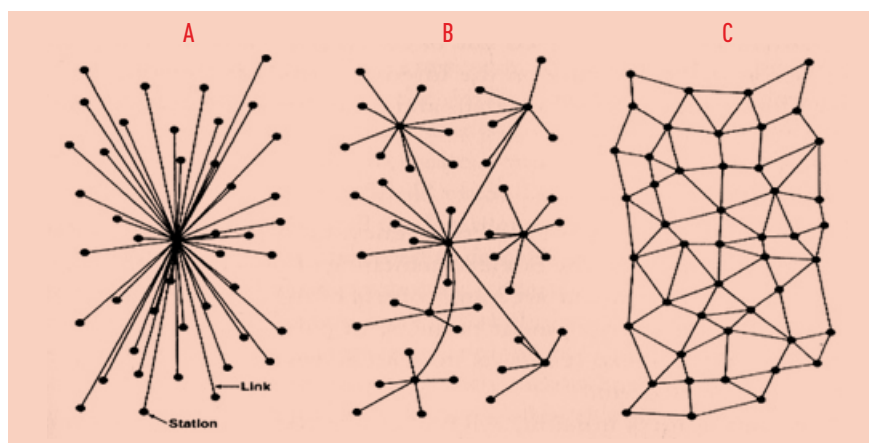
1. Uma rede é um conjunto de nós interconectados. São estruturas abertas capazes de se expandir de forma ilimitada, integrando novos nós, desde que estes consigam se comunicar dentro da rede, ou seja, desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação.
2. Uma rede é um conjunto de relações ou ligações sociais entre um conjunto de atores. Assim, a rede pode ser entendida como uma forma de organização apta a mobilizar os atores e ativar as solidariedades que existam naturalmente.
3. A rede é uma articulação entre diversas unidades que, por meio de certas ligações, permutam

elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, e que podem se multiplicar em novas unidades. Estas, por sua vez, fortalecem todo o conjunto, na mesma medida em que são por ele fortalecidas.

Tais definições, porém, são escorregadias e matemáticas; no fundo, dizem pouco sobre o que, de fato, é uma rede. Vamos então pensar numa definição mais simples e enxuta: *uma rede é um conjunto de nós em conexões entre si*. O conjunto tem a ver com certa organização, com certo tecido, com formas de estrutura; os nós são os elementos dessa rede. A partir dessa formulação, já fica claro que a rede possui, ao mesmo tempo, multiplicidades e certa unidade. As conexões são todas as formas de laços, são realizadas *entre* os nós, e este é o centro da ideia.

Quanto à implantação das redes, elas podem ser espontâneas, induzidas e instituídas. No que toca ao objetivo, podem ser, por exemplo, de relacionamento, de aprendizagem e de cooperação. E, em relação ao seu desenho, podem ser centralizadas (como uma aranha), com vários centros ou, ainda, distribuídas:

Figura 2.
Distintos
desenhos de redes



Fonte: Reprodução da imagem com as diferenças entre redes: Centralizada (A), Descentralizada (B) e Distribuída (C), de Paul Baran (1964).¹

¹BARAN, Paul (1964): *On distributed communications*.

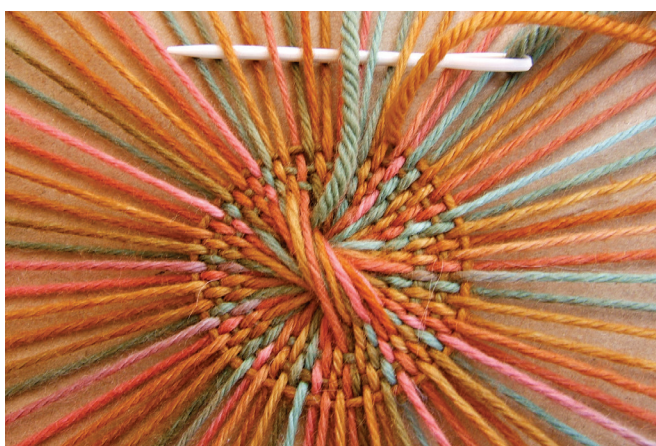
https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_memoranda/2006/RM3420.pdf

Essas imagens nos levam a questionar se, em se tratando de redes, o desenho é mais importante que o conteúdo ou se seria o contrário. É possível fazer uma analogia com a diferença entre desenhar *um* lápis e desenhar *com* um lápis. Muitas vezes há uma confusão entre o desenho do lápis e o lápis com que se desenha. Quando criamos uma rede, podemos desenhá-la, mas ela é criada para desenhar algo. O que importa não é tanto a rede que a gente desenha, mas sim aquilo que podemos fazer a partir dela: que lápis bom podemos criar, e como podemos desenhar bem com este lápis.

Um pesquisador que traz relevantes contribuições para o tema é o antropólogo francês Bruno Latour, que fala em redes sociotécnicas. A ideia é que os seres humanos são um tipo de nó dessas redes, mas que há outros. Quando pensamos em rede, em geral, pensamos somente em elementos humanos. Mas Latour coloca a ideia de agência no centro da discussão, e traz o conceito de rede sociotécnica como sendo aquela que mistura elementos humanos e não humanos. Quer dizer, sempre há seres humanos, mas aparatos como processos, dados e computadores estão envolvidos.

FARAÓS E TECELÃS: MUITAS DIFERENÇAS • Em termos de estruturas organizacionais, podemos observar alguns elementos que diferenciam as relações estabelecidas numa forma piramidal e aquelas pautadas em um desenho de rede. Enquanto a pirâmide é um sólido totalmente fechado, limitado e vertical, a rede é uma estrutura aberta, vazada, ilimitada e horizontal.

*Figura 3.
Pirâmides x
Redes*



A pirâmide é uma instituição hierarquizada e unicentrada, enquanto a rede é, em princípio, não hierárquica e multicentrada. Na pirâmide há uma concentração de poder, já na rede ele é desconcentrado. A pirâmide trabalha na lógica da competição (a disputa dos faraós pelo poder) enquanto a rede funciona por associação (basta lembrar as mulheres tecelãs). A pirâmide opera numa lógica institucional de exploração, a rede em lógica de cooperação e solidariedade. Por fim, a pirâmide está ligada à figura do faraó – singular, masculino e que constrói pirâmides para a sua própria glória, enquanto as redes remetem à figura das tecelãs – plurais, mais femininas e que constroem suas redes para si ou para o bem de todos.

Essas, no entanto, são as situações-limite – é claro que esse modelo compreende diferentes gradações. Como disse, certa vez, o professor Luís David Castiel, da ENSP, “algumas pirâmides podem se parecer com redes, e algumas redes com pirâmides”. Ele se referia a que, na prática, às vezes, tecelãs podem assumir atitudes faraônicas, e o faraó bem que pode aprender a tecer.

Em resumo, algumas das propriedades mais importantes das redes são: o encontro, o aprofundamento de vínculos, o exercício compartilhado de visão do futuro, a construção compartilhada de agendas estratégicas, o surgimento de novas lideranças, a identificação e promoção de elos-chave, a mesa de acordos e a mediação de conflitos. O que está em jogo é o capital social, ou seja, o bem público gerado como subproduto de outras atividades sociais, cujo componente básico é a confiança. Podemos comparar a rede com a dinâmica de um encontro amoroso – primeiro vem o interesse, o reconhecimento, a mera aceitação do outro. Daí vem a colaboração, que já tem um nível maior de solidariedade, e então chega-se à associação, que pressupõe um nível de confiança mútua.

Há ainda algumas ideias comuns e equivocadas sobre as redes. A primeira é a de que nas redes não há independência. Independência realmente não há, porque os elos são conjuntos e corresponsáveis, mas há autonomia. É na pirâmide que não existe autonomia – os escravos são obrigados a estar de acordo com o faraó. Outra ideia é o mito de que não existe poder na rede. A ideia de poder, nesse caso, é diferente, pois trata-se de um recurso compartilhado. O poder existe, mas não é um recurso a ser detido por alguém ou por um grupo, deve circular livremente entre os elos. Por fim, existe a ideia de que a rede pode bastar a si mesma. É falso porque não basta simplesmente constituir-se em rede. A rede formada precisa ter um efeito multiplicador, sinérgico e mobilizador de recursos.

2. Redes de cooperação, redes de conversa

*Médico e professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, **Ricardo Teixeira** foi consultor da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, coordenando a Rede HumanizaSUS (<http://www.redehumanizasus.net/>). Na Oficina, abordou esta experiência, bem como o conceito de rede, explicação aqui sintetizada.*

Vou partir de um conceito enxuto de rede, como o proposto por Caco Xavier. Podemos pensar numa definição simplificada composta por quatro elementos: uma rede seria *uma multiplicidade conectada de agenciamentos heterogêneos entre si*. Analisando cada um desses termos, o primeiro – a *multiplicidade* – traz a ideia de realidade múltipla. O segundo – *conectada* – impõe que os elementos múltiplos estejam conectados entre si. O terceiro termo – *agenciamentos* – conduz a que cada nó da rede (formada pelos elementos conectados) é um elemento agente, cada ponto da rede é operador de uma transformação. Em cada ponto, alguma interface é transposta, uma mudança é operada, o que entra *A* sai *B*, ao mesmo tempo em que cada agenciamento já é uma multiplicidade. Por fim, há o quarto elemento – a *heterogeneidade*.

Há hoje uma certa inflação da palavra “rede”, desig-

nando uma série de realidades e problemas distintos, muitas vezes sendo usada para definir uma multiplicidade conectada de agenciamentos *homogêneos*. É assim quando falamos em Rede de Atenção Básica, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ou em rede de drogarias e rede de supermercados. O conceito mais interessante para pensar questões da saúde, porém, é o da *heterogeneidade*. Por exemplo, quando falamos em redes territoriais, na área da Vigilância em Saúde, e se pressupõe a integração de elementos díspares para a produção de uma sinergia entre eles.

Para ilustrar esse conceito, podemos pensar no corpo humano. Estabelecendo um corte no plano dos órgãos, cada órgão pode ser entendido como um agenciamento e, portanto, uma rede dentro de outra rede. Assim: o órgão é em si uma realidade múltipla feita de elementos menores e heterogêneos, como tecidos, células e moléculas. E cada órgão desempenha uma função agente no corpo humano – uma transformação acontece. Em cada um, uma transformação diferente. O corpo é também, portanto, uma multiplicidade de agenciamentos heterogêneos, constituindo outra rede. E a heterogeneidade, em todos os casos, parece ser fundamental para a própria possibilidade da vida.

Esse conceito de rede serve para pensar um corpo, serve também para pensar um órgão, um tecido, uma célula, uma organela celular, um arranjo de macromoléculas e, assim, indefinidamente, mergulhando em níveis atômicos e subatômicos.

E partindo-se, de novo, de um corpo, mas num movimento contrário, este pode ser visto também como elo de uma rede maior. Um corpo se conecta a outros corpos, humanos ou não. Num caminho ascendente, podemos chegar, rapidamente, por este raciocínio, ao universo inteiro – passando por uma

comunidade, uma sociedade, a biosfera, o sistema planetário, as galáxias. Ou seja, das nanopartículas até o universo inteiro, essa definição de rede permanece válida!

SOBRE PESSOAS, BIFES E BOIS² • Quando tomamos o universo inteiro como uma rede imensa, cabe perguntar como se distinguem os corpos singulares – vivos ou não – neste *continuum* infinito e reticular. Todos os corpos são compostos por partes extensivas (que dizem respeito ao mundo extenso, ou seja, ao mundo físico das coisas materiais) misturadas umas às outras. Não apenas unidas e misturadas, essas partes se encontram sob uma dada relação entre elas. Tomando, de novo, como exemplo um corpo humano, o que caracteriza a singularidade de um corpo não são as partes extensivas que o compõem, mas as relações entre essas partes. Até porque, todos os corpos do universo são, em última análise, compostos pelas mesmas partes, distinguindo-se apenas pelas relações que subordinam estas partes.

O mesmo raciocínio podemos aplicar à definição de um boi. É um conjunto de partes extensivas sob uma dada relação que caracteriza um boi. E um bife? Poderíamos repetir a mesma definição – um conjunto de partes extensivas sob uma dada relação que caracteriza o bife –, mas aqui entra uma outra questão. Todos sabem que um bife já foi boi. A questão é: Como o boi passa a ser bife? Um boi passa a bife quando o conjunto das partes extensivas que, sob uma dada relação, caracterizavam o boi, abandonam esta “relação boi” e entram na “relação bife”.

Seguindo essa lógica, tem-se que, quando alguém

² Para uma abordagem mais ampla e detalhada da discussão que se segue, ver: TEIXEIRA, R.R. As dimensões da produção do comum e a saúde. *Saúde e Sociedade*, 24(Supl. 1), 27-43, 2015. <<https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01003>

come um bife, não faz mais do que extrair as partes extensivas que estão sob a “relação bife” para subordiná-las à relação que caracteriza aquele que come. Chega-se, neste ponto, a uma imagem terrível do universo! Um universo composto por uma multiplicidade de agenciamentos heterogêneos até o infinito, com formas que se individualizam e assumem uma configuração singular, sendo que cada singularidade *disputa* constantemente as partes extensivas do universo para submetê-las às suas próprias relações. Isso implica uma imagem de mundo atroz, que corresponde a um regime de existência que chamarei *regime da oposição*. É um regime em que cada coisa singular se opõe às outras e disputa as partes extensivas do universo, procurando submetê-las à sua relação, tanto quanto for possível, para que continue existindo enquanto aquela forma singular. Assim, eu continuo existindo na medida em que consigo submeter outras partes extensivas do universo à minha relação.

E essa é uma luta onde todas as coisas existentes serão, mais cedo ou mais tarde, derrotadas: sempre há, fora de nós, corpos mais fortes e mais potentes, que vão extrair nossas partes extensivas para constituir outras relações. A minha morte acontece, assim, quando as partes extensivas que me caracterizam sob a “relação Ricardo” vão abandonando esta relação para entrar em outras relações, por força da usura das partes exteriores sobre o meu corpo.

Para avançarmos nesse conceito de corpo singular, vamos tomar outro exemplo: a onda do mar. Ao definirmos uma onda, seguindo o raciocínio anterior, como um conjunto de partes extensivas sob uma dada relação que caracteriza uma onda, fica evidente o limite dessa definição. Isso porque a onda tem uma duração efêmera demais: levanta, encrista-se, estoura e logo chega à beira da praia, onde já não é mais onda.

Desse modo, fica claro que minha primeira definição de corpo ou coisa singular era mera introdução didática, pois, a rigor, um corpo não é um conjunto de partes extensivas sob uma *única* relação que o caracteriza, já que esta relação pode se modificar e ainda seguir caracterizando aquele corpo.

No caso da onda, quando ela começa a se formar na superfície do oceano, já é onda e sob uma determinada relação entre as partes extensivas que a compõem. Quando vai formando a crista, já se encontra sob outra relação, mas continua sendo uma onda. Então, um corpo é, na verdade, um conjunto de partes extensivas sob certo *espectro de relações* possíveis que podem subordinar aquelas partes, e ainda assim continuar a caracterizar aquele corpo. O problema é compreender o quanto podemos variar as relações sem alterar aquela forma singular.

UM UNIVERSO MAIS AMENO • Seguindo ainda com a imagem do mar, podemos refletir sobre o significado de se “pegar uma onda” – e, então, a imagem do universo já não parece tão cruel, como antes. Surfista, pegar uma onda, pressupõe dois corpos singulares – o surfista e a onda – relacionando-se entre si. E a possibilidade de que a ação dure o maior tempo possível está na capacidade do surfista de se apresentar à onda sob relações que *componham* com ela. Se eu não tiver jogo de cintura, se não souber variar adequadamente as relações sob as quais meu corpo se apresenta, eu tomo um caldo (ou, na gíria do surfe, e ironicamente em consonância com nossa analogia anterior, uma “vaca”). Para pegar a onda, preciso apresentar meu corpo sob relações dinâmicas que componham com a “relação onda”.

No plano do universo, tem-se que todos os corpos vão entrando em composições e construindo corpos maiores, cada vez mais compostos, e que são, em

regra, relações entre relações, redes de redes. São agenciamentos. Pegar uma onda é agenciar meu corpo com a onda, produzindo alguma coisa em comum entre ambos. O mesmo ocorre quando nadamos (compondo o corpo humano com o corpo da água) ou dançamos com um parceiro (conseguindo compor dois corpos humanos).

A relação entre esse conceito e o das redes é óbvia: fazer parte de uma rede significa saber apresentar-se aos demais elos sob relações que componham com eles – e manter a composição pelo maior tempo possível. Trata-se não mais de um *regime de oposição*, mas sim de *composição*. O que nos interessa aqui é como produzir composição. Sendo cada um de nós uma singularidade absoluta num mundo marcado pela heterogeneidade, como podemos fazer para que essas nossas singularidades, que são nossas riquezas, se comuniquem de alguma forma e se componham de modo a construir uma potência de ação coletiva? A chave para isso está na comunicação. Não no sentido de mera transmissão de mensagens, mas na raiz da palavra “comunicação”: o comum. Daí vem também a palavra “comunidade”. No exemplo do surfista, para pegar uma onda, ele deve produzir um comum com a onda.

Portanto, a grande problemática da rede diz respeito à produção de potência de ação coletiva. Na realidade, é uma abordagem mais vinculada ao campo da inteligência coletiva do que propriamente ao da comunicação. Este viés, grosso modo, é o olhar da construção de inteligência coletiva, entendida como um campo preocupado com a ampliação da potência de ação coletiva dos coletivos humanos.

3. Rede HumanizaSUS

*Em continuidade à sua apresentação sobre o conceito de rede, **Ricardo Teixeira** abordou a experiência da Rede HumanizaSUS, que coordenou de 2008 a 2015.*

A criação da Rede HumanizaSUS, em 2008, ocorre num horizonte em que a Política Nacional de Humanização³ aposta na ideia de que, mais que uma fórmula do que seria humanização, os serviços precisavam ampliar sua potência de ação coletiva e de análise do próprio trabalho para a transformação dos processos. Essa perspectiva gerou um ambiente propício para que se experimentasse uma rede social.

Naquele período, a discussão sobre comunidades virtuais estava muito viva no Brasil – era o *boom* do Orkut. A junção desses fatores fez com que o contexto fosse bastante favorável à criação de uma rede inteiramente aberta, e assim surgiu a Rede HumanizaSUS – uma plataforma colaborativa na *web*, em que qualquer pessoa pode se cadastrar e publicar o que quiser, desde que forneça um endereço de *e-mail* válido. Trata-se de um “*blog* comunitário”. As pessoas postam conteúdos que ficam expostos em determinada página e, a partir daí, quem estiver logado pode comentar e iniciar uma conversa.

³ A Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) foi criada pelo Ministério da Saúde em 2003.

É uma experiência inovadora porque, apesar de apoiada pela Política Nacional de Humanização, a Rede HumanizaSUS não é a “porta-voz” dela, os conteúdos postados não representam necessariamente a visão da Política. Quando a Rede foi criada, não sabíamos direito no que a experiência ia dar. Espantosamente, ela “bombou”. Hoje, são mais de 30 mil usuários cadastrados, mais de 13 mil *posts* publicados, muito mais de três milhões de acessos. Cerca de 90% dos cadastrados na Rede são trabalhadores e gestores de saúde, mas há um crescente número de usuários do SUS.

As redes, como dissemos, são campos de relações. O reconhecimento das inegáveis interfaces entre o tema das redes e a área da Vigilância em Saúde é fundamental, mas não basta integrar o sistema. Isso é apenas metade da história. A outra metade é lembrar que uma rede é constituída por pessoas. Portanto, no debate sobre redes, é preciso pensar o que é o encontro, o que se passa nos encontros, como se constroem relações, como se constrói confiança.

O próprio SUS pode ser visto como uma gigantesca rede de encontros e conversações. Embora o trabalho em saúde possa envolver vários procedimentos materiais, estes procedimentos não podem se dar sem uma boa dose de conversa e trabalho imaterial antes, durante ou após essas intervenções. Segundo Antonio Negri e Maurizio Lazzarato,⁴ trabalho imaterial é aquele que cria produtos imateriais, como saber, informação, comunicação, relações ou reações emocionais. Esses filósofos acreditam que o trabalho imaterial é a maior fonte de produção de valor no capitalismo contemporâneo e tal definição abarca a maior parte das ações na área da saúde.

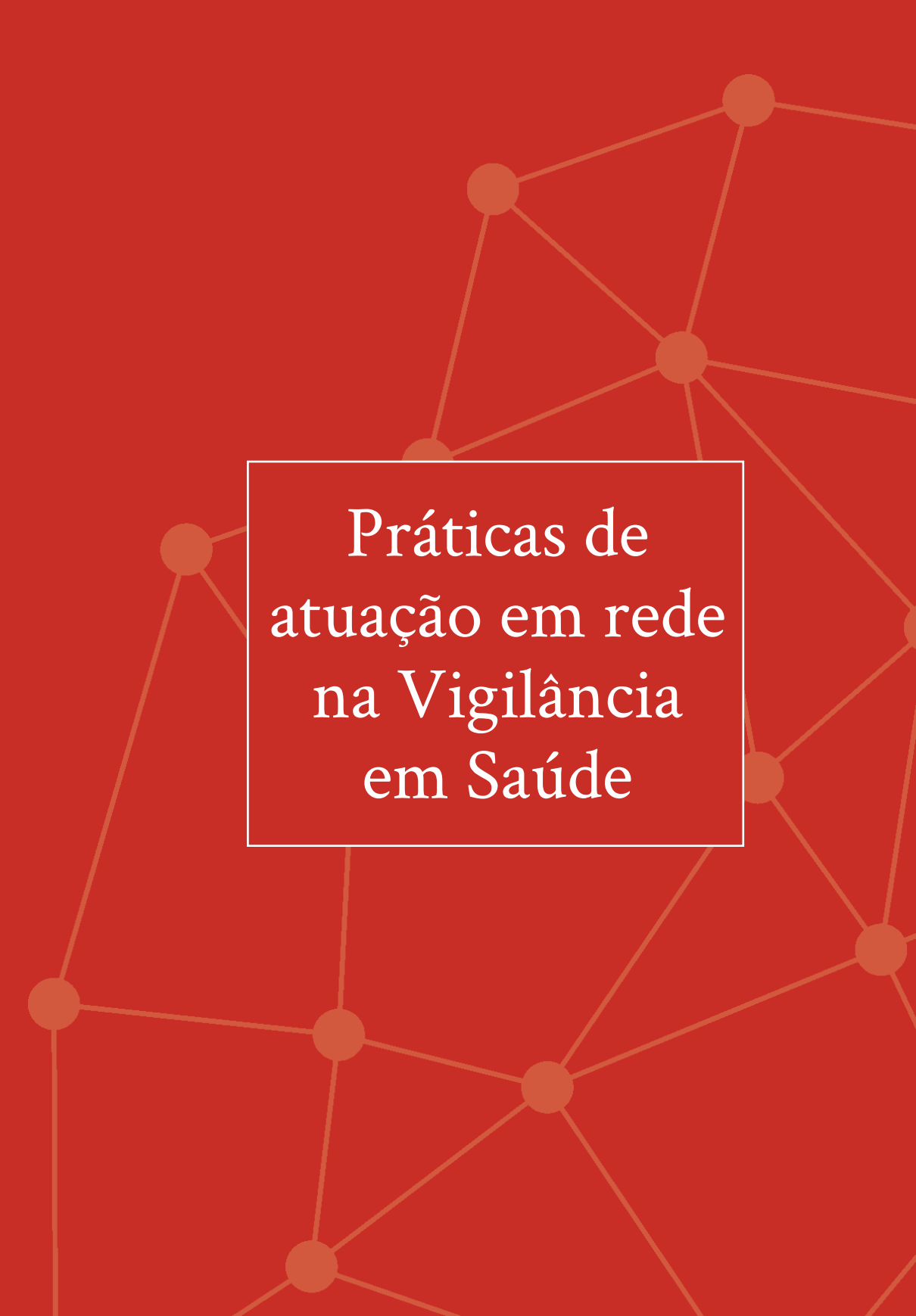
⁴ LAZZARATO, M.; NEGRI, A. *Trabalho imaterial*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

A Rede HumanizaSUS nos fornece ótimos exemplos de relações que se dão no mundo virtual, mas permanecem conectadas ao mundo do trabalho em saúde. Os conteúdos publicados são os mais variados – vão de vídeos e crônicas a reportagens e denúncias. Mas uma parte expressiva dos *posts* é composta por narrativas de experiências de trabalho.

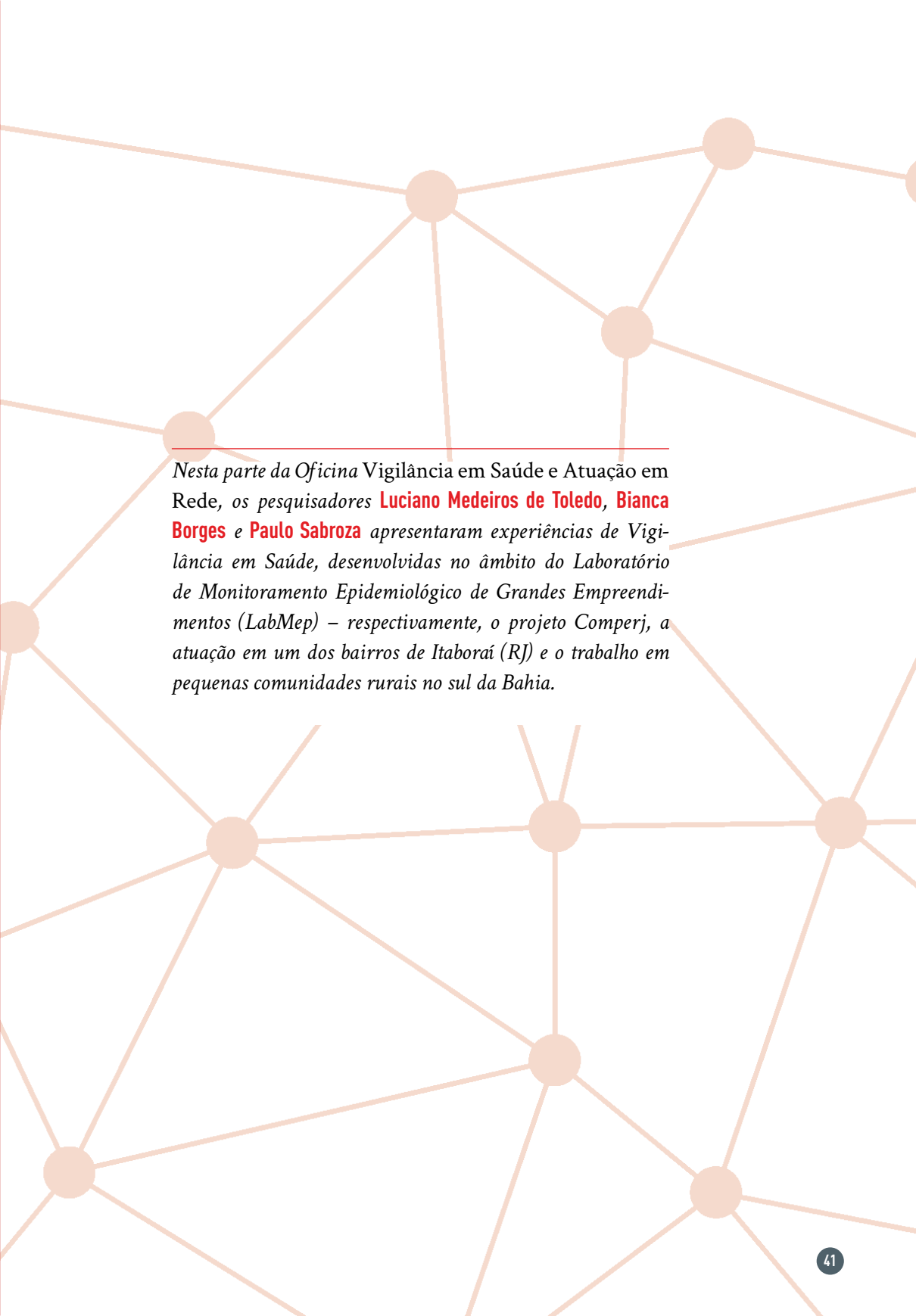
Outras experiências, como a da Comunidade de Práticas do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) (<https://novo.atencaobasica.org.br>), vêm comprovando um grande potencial de redes colaborativas na saúde. A IV Mostra Nacional de Experiências de Atenção Básica em Saúde foi totalmente preparada na plataforma virtual da comunidade. Quem desejasse apresentar um trabalho, inscrevia um relato de experiência na plataforma. Havia uma equipe de curadoria com um papel muito mais interessante que o de apenas selecionar os trabalhos. Cabia ao curador “melhorar a informação”. Ele entrava em diálogo com quem havia produzido o conteúdo, dando sugestões, pedindo esclarecimentos e orientando de modo a que o foco fosse narrar propriamente as experiências, em vez de apresentar trabalhos nos moldes científicos tradicionais.

Redes como esta podem ser vistas como um grande ateliê de aprimoramento das práticas de saúde. Não apenas isso: elas são também espaços de produção de afetos. Afinal, trocar experiências não significa apenas compartilhar saberes, mas também proporcionar encontros que têm a possibilidade de aumentar a potência de ação coletiva. Para isso, é preciso um *ethos* comunicacional distinto do que tem sido observado nas redes sociais em geral, onde imperam afetos diminutivos da nossa potência, paixões e discursos de ódio resultantes de toda uma

vida pautada pelo *regime de oposição*, onde o outro, como na analogia a que nos referimos acima, é um bife para nós. O desafio é construir *relações de composição* e modificar esse *ethos* comunicacional. Nesse registro, convido os integrantes da Oficina a participarem da Rede, somando-se a essa comunidade. Há muito espaço para a Vigilância em Saúde na Rede HumanizaSUS.

The background of the page is a solid red color. Overlaid on this background is a network diagram consisting of several circular nodes connected by thin, light-colored lines. The nodes are arranged in a non-uniform pattern, with some having more connections than others, creating a web-like structure. The text is centered within a white-bordered square in the middle of the page.

Práticas de
atuação em rede
na Vigilância
em Saúde



Nesta parte da Oficina Vigilância em Saúde e Atuação em Rede, os pesquisadores **Luciano Medeiros de Toledo**, **Bianca Borges** e **Paulo Sabroza** apresentaram experiências de Vigilância em Saúde, desenvolvidas no âmbito do Laboratório de Monitoramento Epidemiológico de Grandes Empreendimentos (LabMep) – respectivamente, o projeto Comperj, a atuação em um dos bairros de Itaboraí (RJ) e o trabalho em pequenas comunidades rurais no sul da Bahia.

1. Projeto Comperj

*Sediado na Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), o Laboratório de Monitoramento Epidemiológico de Grandes Empreendimentos (LabMep) desenvolve projetos de pesquisa e monitoramento epidemiológico em áreas de influência de empreendimentos de grande porte, que produzem impactos socioeconômicos e ambientais. A convite da Petrobras, o LabMep ficou responsável por monitorar o entorno do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (Comperj), cujas obras foram iniciadas em 2008. Para esse monitoramento, a atuação em rede, envolvendo diversos atores, foi fundamental. Com a interrupção das obras, em 2015, encerrou-se a parceria com a Petrobras. A seguir, **Luciano Medeiros de Toledo** registra alguns avanços conquistados pelo projeto. Pesquisador do Departamento de Endemias Samuel Pessoa, da ENSP/Fiocruz, desde 2008 ele vem estruturando e coordenando, na instituição, o LabMep.*

A área de influência do Comperj, instalado em Itaboraí, abrangia, além desse município, parte das cidades de Cachoeiras de Macacu, Guapimirim e Monjolos. Como todo grande empreendimento econômico, ele traria, sem dúvida, grandes mudanças ao entorno – tanto inclusões econômicas como vulnerabilidades sociais. Por isso, a primeira etapa do monitoramento foi a realização de um diagnóstico situacional da área, antes que as obras tivessem início. Foram reunidos dados que tinham como alvo a população residente do entorno, suas condições de vida e saúde, como índices anuais de dengue, violência e acidentes de transporte.

Ao elencar, ainda em 2008, os problemas mais relevantes que deveriam ser observados ao longo do tempo, os pesquisadores envolvidos no Comperj decidiram não

trabalhar com a lógica de focar nas doenças, mas sim em monitorar um conjunto de problemas de saúde, que iam desde doenças virais até assassinatos. Alguns problemas foram selecionados porque já eram graves na ocasião, como a dengue, a tuberculose e a hanseníase; outros, pela sensibilidade a mudanças rápidas ocorridas no espaço regional, como assaltos à mão armada e acidentes de trânsito.

Foram elencados os seguintes indicadores:

1. **Doenças do aparelho circulatório:** doenças cerebrovasculares; infarto agudo do miocárdio.
2. **Causas externas:** acidentes de transporte; agressões.
3. **Doenças infecciosas e parasitárias:** tuberculose; Aids; hanseníase; dengue; leishmaniose tegumentar americana; leptospirose; doenças diarreicas.
4. **Doenças do aparelho respiratório:** asma; pneumonia.
5. **Neoplasias:** neoplasias do aparelho digestivo e endócrino; leucemia; linfoma não-hodgkin; mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócito (marcadores de exposição ambiental).
6. **Eventos de segurança pública:** furto; lesão corporal dolosa; roubo; feridos em acidentes de trânsito; crimes sexuais; homicídio doloso e desaparecimento.

O LabMep não poderia acompanhar sozinho todos esses indicadores. Assim, surgiu a necessidade de se construir uma grande rede de cooperação institucional, cujos principais membros eram:

- Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).
- Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz).
- Ministério da Saúde (MS).

- Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ).
- Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFF).
- Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.
- Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro (ISP/RJ).
- Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí.
- Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeiras de Macacu.
- Secretaria Municipal de Saúde de Guapimirim.
- Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo.
- Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Itaboraí.

Cada um desses atores, cada nó dessa rede, era fundamental para o seu funcionamento. Embora alguns tivessem uma atuação mais recorrente, como a ENSP e a Secretaria de Estado de Saúde, todos mostraram-se essenciais. Se algum ficasse de fora, é certo que o trabalho não teria sido realizado da maneira como foi.

Uma das questões identificadas inicialmente foi a necessidade de maior qualificação técnica dos profissionais da região. A partir dessa constatação, a equipe resolveu programar atividades de ensino. A primeira foi a capacitação de recursos humanos para a Atenção Básica. Outro momento importante foi a especialização em Gestão da Atenção Básica e Promoção do Desenvolvimento Social, um curso de 80 horas. Essa especialização foi inovadora, pois reuniu técnicos da Estratégia Saúde da Família e do Bolsa Família, duas políticas de elevado significado para a sociedade brasileira, que, infelizmente, caminham em linhas paralelas. Também foram formadas duas turmas de mestrado profissional em Vigilância em Saúde, na ENSP, que titularam como mestres cerca de 30 profissionais.

O projeto estendeu-se, ainda, por outras áreas, como

a da saúde ambiental, no intuito de compreender a dinâmica das relações entre o homem e o meio ambiente, as características do ambiente natural e do ambiente modificado. Dentro disso, uma equipe específica fez um estudo detalhado do uso do solo, buscando, sobretudo, identificar as áreas de risco. Foi produzido um mapeamento dessas áreas com imagens de satélite.

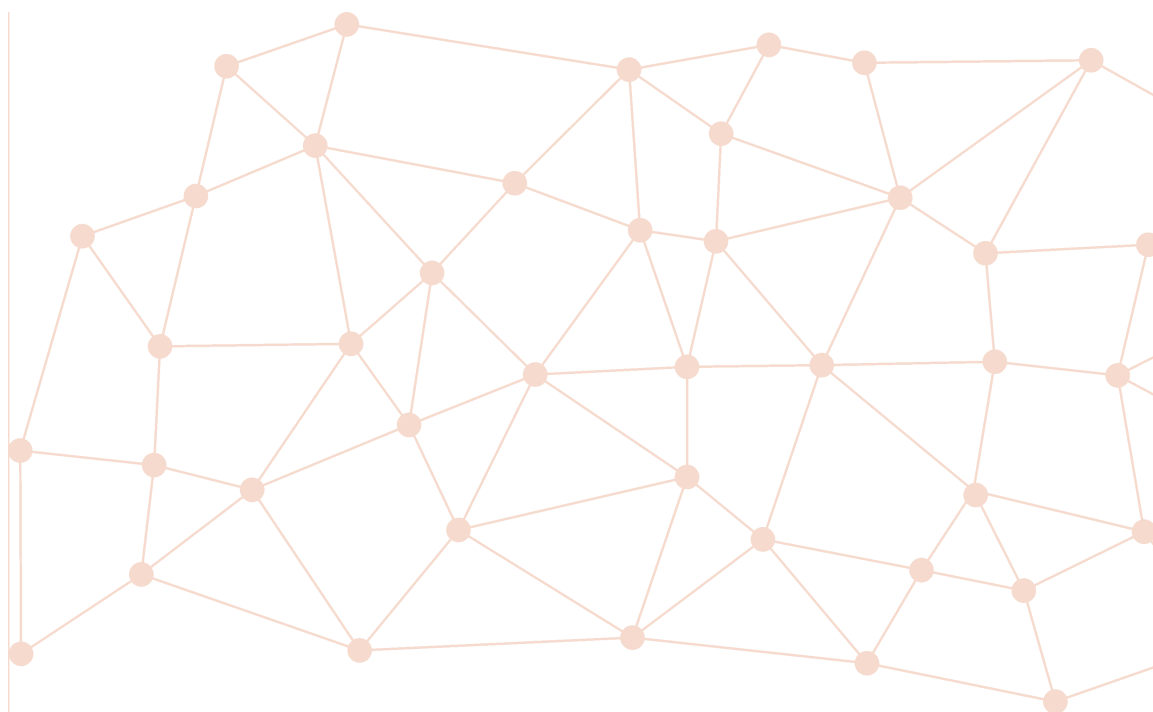
Outra área abarcada foi a da saúde mental, sobre a qual inexistem indicadores, e talvez seja o maior problema da saúde pública brasileira. Particularmente, aqueles problemas que vão determinar violência sexual contra a criança, contra a mulher, consumo elevadíssimo de *crack* e outras drogas. Foi feito um grande diagnóstico da situação da saúde mental, especialmente nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família (PSF). Também foi trabalhada sistematicamente a vigilância epidemiológica, a questão da dengue, e a segurança alimentar.

Uma das grandes novidades trazidas pelo projeto foi a elaboração de um modelo de Vigilância em Saúde de Base Territorial Local, com o mapeamento de Unidades de Vigilância Local (UVL) e a identificação/mapeamento de territórios críticos. Não se tomou o município como unidade mínima para monitoramento, uma vez que há no município uma variedade de áreas (áreas de periferia, áreas consolidadas, áreas recentes e áreas antigas). Optou-se, então, por trabalhar com microáreas relativamente homogêneas.

Assim, no município de Itaboraí, 50 bairros foram estratificados e divididos em Unidades de Vigilância Local. Essa divisão foi feita a partir de dois conjuntos de indicadores: um índice de estrutura sanitária (calculado a partir de dados sobre abastecimento de água, redes de esgoto e existência de lixo acumulado) e um índice de condições socioeconômicas (com base na renda, escolaridade e densidade domiciliar). Foram identificadas

27 áreas críticas, mais ou menos homogêneas, onde os serviços públicos de infraestrutura urbana, educação, saúde e segurança são inexistentes ou ineficientes.

Ao longo desses anos, todo esse material era sistematicamente entregue a Petrobras e muito bem avaliado pela área técnica. A decisão da estatal de extingui-lo, de não renová-lo a partir de 5 de agosto de 2015, quando termina o contrato, naturalmente impactou o projeto. Como sempre, procuramos maximizar os recursos da Petrobras, economizando em tudo que era possível, decidimos usar a pequena economia de recursos obtida para monitorar a crise instaurada em Itaboraí com a decisão da empresa de suspender o Comperj.



2. A atuação em um dos bairros de Itaboraí

Bianca Borges, sanitarista, trabalha no Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz (EPSJV/Fiocruz). Ela cursou um dos mestrados profissionais oferecidos pelo projeto e apresentou, na Oficina, a proposta de Vigilância da Saúde de Base Territorial Local, que foi desenvolvida no bairro de Visconde de Itaboraí, em Itaboraí.

Nesse trabalho, que desenvolvemos no bairro Visconde de Itaboraí, em Itaboraí, buscamos colocar em prática um modelo que chamamos de Vigilância da Saúde de Base Territorial Local (VBTL). Sabemos que a vigilância pode se dar em qualquer espaço – no hospital, na Assistência Social, nos domicílios –, mas, de início, a equipe privilegiou o espaço da Atenção Básica e, em especial, da Estratégia Saúde da Família para a realização do trabalho. Aqui apresentamos alguns elementos dessa experiência.

A experiência foi desenvolvida em alguns municípios impactados pelo Comperj. Selecionamos cinco unidades-sentinela, que foram consideradas territórios de vigilância local. A ideia era ver como se materializavam os benefícios e malefícios do Complexo nesses territórios. No início do trabalho, as próprias Secretarias de Saúde não tinham muitas informações sobre as unidades de saúde.

Em uma rápida linha do tempo, podemos apontar que as atividades de campo iniciaram-se em 2012 e foram desenvolvidas em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), de onde vieram estagiários de graduação em Saúde Coletiva. A equipe

começou a atuar em três localidades: Boa Vista, em Cachoeiras de Macacu; Parada Modelo, em Guapimirim; e Visconde de Itaboraí, em Itaboraí. Em 2013, atuou mais fortemente no território de Visconde de Itaboraí. Em 2014, o grupo continuava atuando em Visconde de Itaboraí e foi contemplado com um edital da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) para capacitação em Vigilância.

É importante compreender que o desenvolvimento dessa iniciativa teve como base a reflexão e questionamento sobre algumas questões, tais como:

- Será que o perfil de situação de saúde traçado ao nível municipal reflete as diferenças e particularidades locais (intramunicipais)?
- Como repensar a lógica da Vigilância em Saúde tendo a Atenção Básica, em especial a Estratégia Saúde da Família, como reorientadora das práticas?
- Como avançar na análise da situação de saúde local dadas as dificuldades metodológicas (bases de informações, bases territoriais, trabalho com números pequenos etc.)?

A partir dessas reflexões, considerando a complexidade do processo saúde-doença e a vulnerabilidade socioespacial que ocorre em diversas escalas (nacional, regional, estadual, municipal e local), a proposta da VBTL tem como base a articulação e interação de duas correntes teóricas: a Vigilância da Saúde e a Promoção da Saúde. Nesse sentido, os pilares que guiaram essa experiência prática foram:

1. O vínculo com a Atenção Básica e a Promoção da Saúde, partindo de problemas coletivos de saúde e buscando extrapolar a ideia de monitorar apenas doenças e fatores de risco.
2. Priorizar a base territorial, principalmente os níveis local e municipal, e comparar, sempre que possível, esses dois níveis de análise.

3. Utilizar diferentes métodos de análise e fontes de informação, tanto indicadores quantitativos quanto qualitativos.
4. Transcender os espaços institucionais do serviço de saúde e buscar outros setores e órgãos, como escolas, serviço social e rádios comunitárias.
5. Procurar convergir todo esse trabalho de conhecimento sobre as relações de interação para a construção de pautas e elaboração de agendas para priorizar ações a serem realizadas.

Na condução da iniciativa, estruturaram-se três eixos de trabalho: o território, os indicadores e a vigilância civil. O primeiro significou delinear os **territórios** da Saúde da Família com mapas básicos e temáticos, incluindo a delimitação da microárea de cada Agente Comunitário de Saúde (ACS). O mapeamento dessas microáreas de trabalho dos ACS foi um processo demorado. Os agentes tinham um histórico de ver pesquisadores da universidade que vão lá, fazem o que precisam e não voltam mais, não trabalham junto. Por isso, levou um certo tempo para criar confiança e iniciarmos o mapeamento. E mesmo o mapeamento, que a princípio parecia simples, não foi tão fácil, porque as microáreas se entrelaçam, se misturam de acordo com os vínculos pessoais dos agentes com os moradores das comunidades.

Além das microáreas de atuação dos agentes, foram elaborados mapas temáticos das regiões – mapas de infarto do miocárdio, de mortes por agressões, de atividades de lazer, de instituições religiosas, de pontos de alimentação, entre outros. Esses mapas eram utilizados para a discussão com a equipe e para ajudar no processo de trabalho. Os mapas que existiam antes eram pouco claros e desatualizados. Para nossa surpresa, muitos dos profissionais não estavam acostumados à lógica dos mapas e tiveram um pouco de dificuldade para se localiza-

rem e comecem a trabalhar com eles.

O segundo eixo do trabalho objetivou avançar na discussão de **indicadores** da realidade local de Visconde, comparando-a com a situação de Itaboraí. Foram construídos dois tipos de indicadores – os de caracterização e os de monitoramento. Os primeiros são oriundos de bases fixas, que não são sempre atualizadas, como os Censos do IBGE, que acontecem a cada 10 anos. Os indicadores de monitoramento são oriundos de bases atualizadas com mais frequência, como, por exemplo, as do Instituto de Segurança Pública (ISP) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). A partir desses indicadores, foi possível comparar as condições de vida da população de Visconde de Itaboraí com as médias do município. Em relação à faixa etária e sexo, não foram observadas grandes diferenças, mas houve diferenças importantes em relação ao abastecimento de água e à pavimentação. As condições de vida em Visconde de Itaboraí eram, em geral, piores.

Com esses dados, partimos para um modelo de boletins epidemiológicos, que se tornaram os principais instrumentos utilizados para construir pautas e agendas. Foram elaborados dois boletins quadrimestrais, de quatro a seis páginas, com uma linguagem acessível, abordando aspectos como renda, educação e agravos de saúde. A cada boletim, o grupo ia ao município e discutia os resultados com os profissionais da Estratégia Saúde da Família, decidindo as ações que poderiam ser priorizadas para dar conta dos problemas.

Uma reunião da qual participaram um grupo interseccional formado por profissionais do nível central da Secretaria Municipal de Saúde, representantes do serviço social do município, da epidemiologia, uma enfermeira e agentes comunitários da unidade básica de saúde de Visconde, uma professora de uma escola de Visconde e profissionais da Fiocruz para a discussão coletiva dos

dados, ouvindo diferentes percepções, com o objetivo de se construir uma agenda de trabalho comum, foi um momento relevante do processo.

Ainda com relação a esse eixo, buscamos construir indicadores que levassem em conta uma outra dimensão do processo saúde-doença, não considerando apenas doenças e agravos, mas também os determinantes e condicionantes da saúde. Desse modo, surgiu a ideia dos “indicadores positivos da saúde” e duas estratégias foram desenvolvidas na localidade de Visconde: o monitoramento do preço dos terrenos e o da alimentação, tendo como ponto de partida o custo de uma cesta básica expandida.

Em uma terceira dimensão, para analisar as informações qualitativas, que vêm dos movimentos sociais e da população, o modelo utilizado foi o de **vigilância civil** da saúde, segundo o conceito de Victor Valla⁵. As ações realizadas em conjunto com várias instituições do território possibilitaram o conhecimento de dados qualitativos que os indicadores quantitativos não mostram. A primeira abordagem utilizada foi trabalhar com informantes-chave, pessoas de referência da comunidade. Com o tempo, essa opção se mostrou complicada, porque as relações pessoais acabaram interferindo no trabalho, sobretudo em períodos eleitorais. Se o informante não gostava de alguém, deixava de colaborar. Compreendemos que, apesar de os informantes-chave serem muito importantes, era necessário garantir certa institucionalidade e passamos a buscar outros parceiros no território, com o objetivo de construir uma rede local. Juntando, por exemplo, a enfermeira do posto, a professora da escola e a assistente social do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), visávamos à construção de uma rede colaborativa própria, articula-

⁵ A proposta elaborada pelo educador Victor Valla na década de 1990 incorpora à Vigilância em Saúde a participação da população.

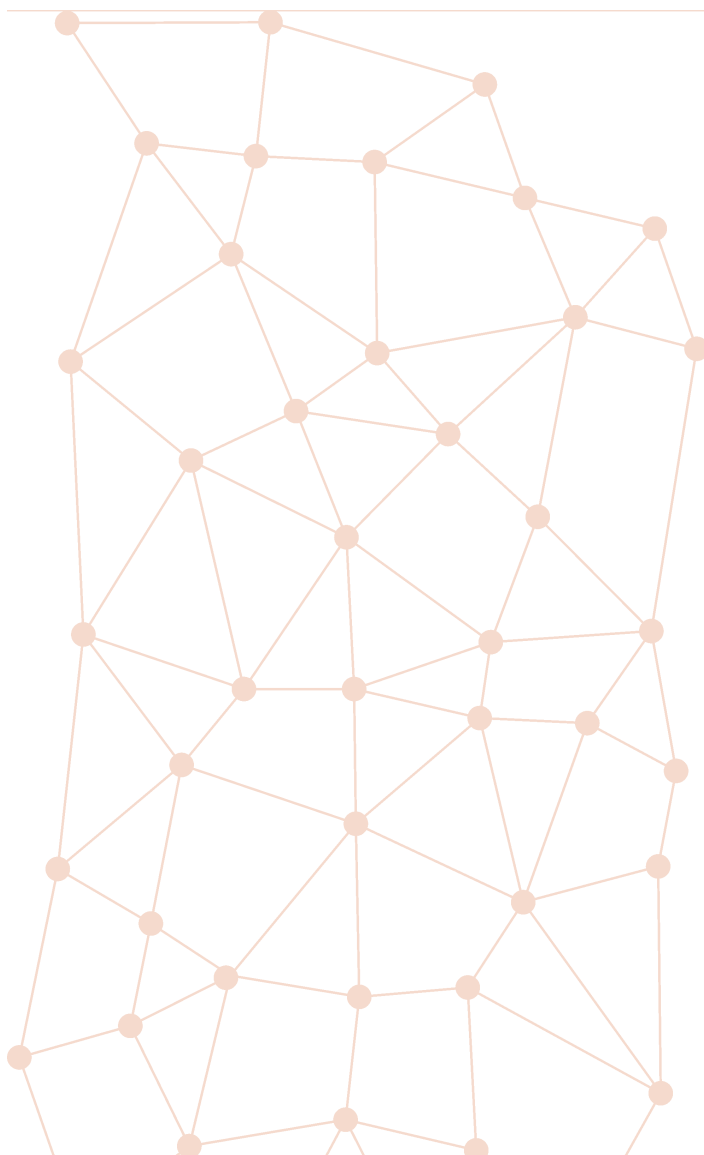
da, que pudesse prescindir de nossa presença. Esse modelo de vigilância civil da saúde serviu-nos de guia para os processos de trabalho de campo. Com isso, fortalecemos, em Visconde, a atuação junto à unidade básica de saúde, nas escolas e no CRAS.

O diagnóstico dos principais problemas de saúde, feito junto aos informantes-chave, serviu de base a várias ações que integraram profissionais de diferentes instâncias. Para fortalecer a formação dos ACS, enfermeiras e professoras, foi realizada uma oficina sobre promoção e prevenção da saúde, em conjunto com o Programa Saúde na Escola do município. Em outra iniciativa de saúde e educação, foram utilizados mapas falados junto aos estudantes das escolas do território de Visconde. Levamos aos estudantes do 9º ano um mapa da região e pedimos que apontassem, a partir da percepção de cada um, os problemas de saúde do território e o que poderia ser feito para superá-los. O saneamento básico e a violência foram os mais destacados.

Foi também realizada uma oficina de desenhos criativos com os estudantes, em que os participantes fizeram charges sobre os problemas do território com a intenção de elaborar uma cartilha para ser levada ao poder público com a reivindicação de melhorias. Outra atividade importante foi uma oficina sobre Saúde da Mulher com famílias consideradas pelo CRAS em situação de vulnerabilidade social. Essa atividade contou com a participação da equipe da Fiocruz, de moradores de Visconde, profissionais do CRAS, enfermeira e ACS da unidade básica de saúde e representante do serviço social da empresa de energia elétrica da região.

Outro instrumento utilizado foi o teatro. A equipe da unidade básica de saúde (o médico, as enfermeiras e os ACS) fez uma teatralização sobre a questão da tuberculose e apresentou em todas as escolas do território. Essa ação contou também com a análise de indicadores específicos

da tuberculose, para o território de Visconde, elaborada pela equipe da Fiocruz em conjunto com o Programa de Controle da Tuberculose do município. Um dos desdobramentos dessa ação foi a participação de uma das enfermeiras da unidade básica de saúde na 14ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças – a Expoepi de 2014.



3. Monitoramento da saúde em zonas rurais

*Pesquisador da Fiocruz, **Paulo Sabroza** participou do Plano de Monitoramento Epidemiológico da área de influência do Comperj. Em sua apresentação na Oficina, abordou o projeto Saúde e plantas medicinais em sistemas produtivos agroecológicos no extremo sul da Bahia, desenvolvido pelo LabMep em conjunto com o Núcleo de Gestão em Biodiversidade e Saúde (NGBS/Fiocruz).*

O projeto *Saúde e plantas medicinais em sistemas produtivos agroecológicos no extremo sul da Bahia* foi estruturado a partir de dois componentes: o estudo das plantas medicinais e medicamentos da biodiversidade e o monitoramento e análise das condições de vida e saúde. Iniciado em 2014, foram dois anos trabalhando intensamente em rede, e o mais interessante: numa rede formada por algumas instituições que jamais haviam trabalhado juntas e que muitas vezes tinham interesses gerais antagônicos.

A lista de atores envolvidos era a seguinte:

- Núcleo de Gestão em Biodiversidade e Saúde (NGBS/Fiocruz);
- Laboratório de Monitoramento Epidemiológico de Grandes Projetos (LabMep/ENSP/Fiocruz);
- Escola Popular de Agroecologia e Agrofloresta Egídio Brunetto do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST);
- Secretarias de Saúde dos municípios de Alcobaça, Prado e Teixeira de Freitas;
- Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz (ESALQ/USP);
- Empresa Fibria do grupo Votorantin.

Cada uma dessas instituições tem um objetivo diferente. O da Fibria, sem dúvida, é ter um selo de sustentabilidade social para o seu processo produtivo, centrado na monocultura do eucalipto. Já o MST busca atividades produtivas que renovem os ecossistemas e assegurem geração de renda e soberania alimentar. Também se pretende que o projeto contribua para a elaboração de uma proposta de saúde para comunidades rurais voltadas para agricultura familiar. A receita para conseguir colocar estes atores em diálogo tem buscado a construção de confiança e de acordos positivos a partir das diferenças. Os mutirões e as celebrações têm sido oportunos para interações e articulações.

Para atender a expectativa do MST, um dos braços do projeto foi um mestrado profissional voltado para o Movimento na ENSP. O curso teve como finalidade pensar um modelo assistencial para a área rural. A verdade é que a área rural nunca teve visibilidade. Todos os avanços que conseguimos no SUS não chegam às zonas rurais. A área rural foi pensada e trabalhada sempre como extensão da urbana – como levar até ela as mesmas ações de saúde das cidades. Isso quando tem recurso, transporte, medicamento etc. Nunca se desenvolveu um modelo adequado, operacional. O objetivo, então, é construir um modelo que possa de fato atender as necessidades especiais do campo – o SUS rural.

Um grande passo para isso é conhecer as condições de saúde nas zonas rurais. Em geral, pessoas das cidades têm a visão de que no campo há muita esquistossomose, doença de Chagas, tracoma, mas essa não é a realidade. É preciso se debruçar sobre os dados concretos que já existem e encontrar maneiras para produzir os que ainda não estão mapeados.

As primeiras informações consolidadas no processo dizem respeito à pirâmide etária. O que se conclui – e que já era de se esperar, pois ocorreu de maneira se-

melhante em todo o país – é que, nas últimas décadas, a população urbana cresceu e a rural diminuiu. Nosso modelo de desenvolvimento concentra terras e territórios, mobiliza capital e expulsa a população rural pelo menos desde o século passado. A discrepância entre as políticas públicas na área urbana e na rural é enorme, e praticamente impõe que os rurais se desloquem.

A novidade é que, hoje, a pirâmide etária dos municípios visados pelo projeto – Prado, Vereda, Teixeira de Freitas, Itamaraju e Alcobça – não é muito diferente da encontrada nas áreas urbanas. Nos últimos anos, apesar de as condições de vida continuarem ruins, a mortalidade precoce diminuiu muito. Ao mesmo tempo, o número de idosos é grande, como nas cidades, e esse pode ser o maior problema de saúde nessas áreas, em que o acesso aos serviços de saúde é escasso.

As informações mais relevantes sobre os municípios estudados, no entanto, não estavam disponíveis em lugar algum. E especificamente em relação às comunidades monitoradas – comunidades de agricultura familiar tradicional e pré-assentamentos do MST –, os dados eram ainda mais escassos, quando não inexistentes.

Para levantar esses dados, um trabalhador importante é o agente popular de Vigilância em Saúde local, cuja formação tem sido um dos principais desafios da área. Esses agentes são diferentes dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Eles trabalham juntos, complementando suas funções, mas são trabalhadores distintos. O ACS é fundamental em áreas onde não há serviços permanentes de saúde, mas ele vai ao território, quando muito, a cada duas semanas. Quase nunca há uma pessoa que esteja presente na comunidade. Nas nove que examinamos, havia só um ACS que morava no local. Já o agente popular é alguém da comunidade e indicado por ela. Sua função principal é levantar dados, mas cabe a ele também levar à comunidade um conjunto de co-

nhcimentos para ajudá-la a reconhecer seus direitos e procurar o SUS, além de ações de promoção e cuidados em saúde.

Outros desafio é a realização sistemática de círculos de discussão de problemas de saúde nas comunidades – algo que foi contemplado pelo projeto e é provavelmente seu aspecto mais interessante, pois tem explicitado as principais queixas da população. Até agora, todas as comunidades identificam a hipertensão e o diabetes como os principais problemas de saúde. Nenhuma colocou a violência como algo importante. Há também a baixa qualidade da água, as invasões de ratos, mosquitos e morcegos. Além disso, são unânimes em apontar a baixa acessibilidade ao SUS e a baixa resolutividade do sistema de saúde.

Outros desafios são a elaboração e discussão periódicas das pautas das comunidades, e a capacitação de técnicos e agentes de saúde nos municípios para que compreendam e implementem a Vigilância da Saúde de Base Territorial Local.

4. A análise de dados

*Depois de sua apresentação sobre o projeto realizado no extremo sul da Bahia, **Paulo Sabroza** destacou a questão geral da baixa capacidade de análise de dados como uma das principais dificuldades da Vigilância em Saúde.*

A baixa capacidade de análise de dados é um problema comum em diversas esferas da Vigilância em Saúde. Um dos elementos mais importantes do processo de trabalho são as salas de análise de situações de saúde, os observatórios da saúde e as unidades-sentinela. O fato, porém, é que há dificuldades de funcionamento e operação. Capacita-se dezenas de pessoas, mas não se consegue construir uma cultura de análise de indicadores. Os dados produzidos o tempo todo são relatados, mas não são analisados.

Quando as análises conseguem ser realizadas, um outro problema é a dificuldade em se produzir as sínteses. Sem isto, o diálogo com os outros atores se torna muito difícil: ninguém quer saber os resultados específicos, as pessoas querem conhecer e compreender as sínteses. Outro desafio, na área, é desenvolver estudos que possam fazer boas projeções para o futuro, porque não basta analisar a tendência dos anos passados.

5. Sobre descontinuidades, carreira e outros desafios

*Em seguida às apresentações dos pesquisadores **Luciano Medeiros de Toledo**, **Bianca Borges** e **Paulo Sabroza**, realizou-se um debate. Abaixo, um resumo dos principais tópicos focalizados.*

Descontinuidade de projetos

Um dos temas levantados foi a descontinuidade de projetos e relações institucionais, em decorrência, muitas vezes, de questões políticas. A discussão incluiu a saída de trabalhadores qualificados, tanto por razões políticas quanto em busca de empregos com salários melhores.

Planos de carreira

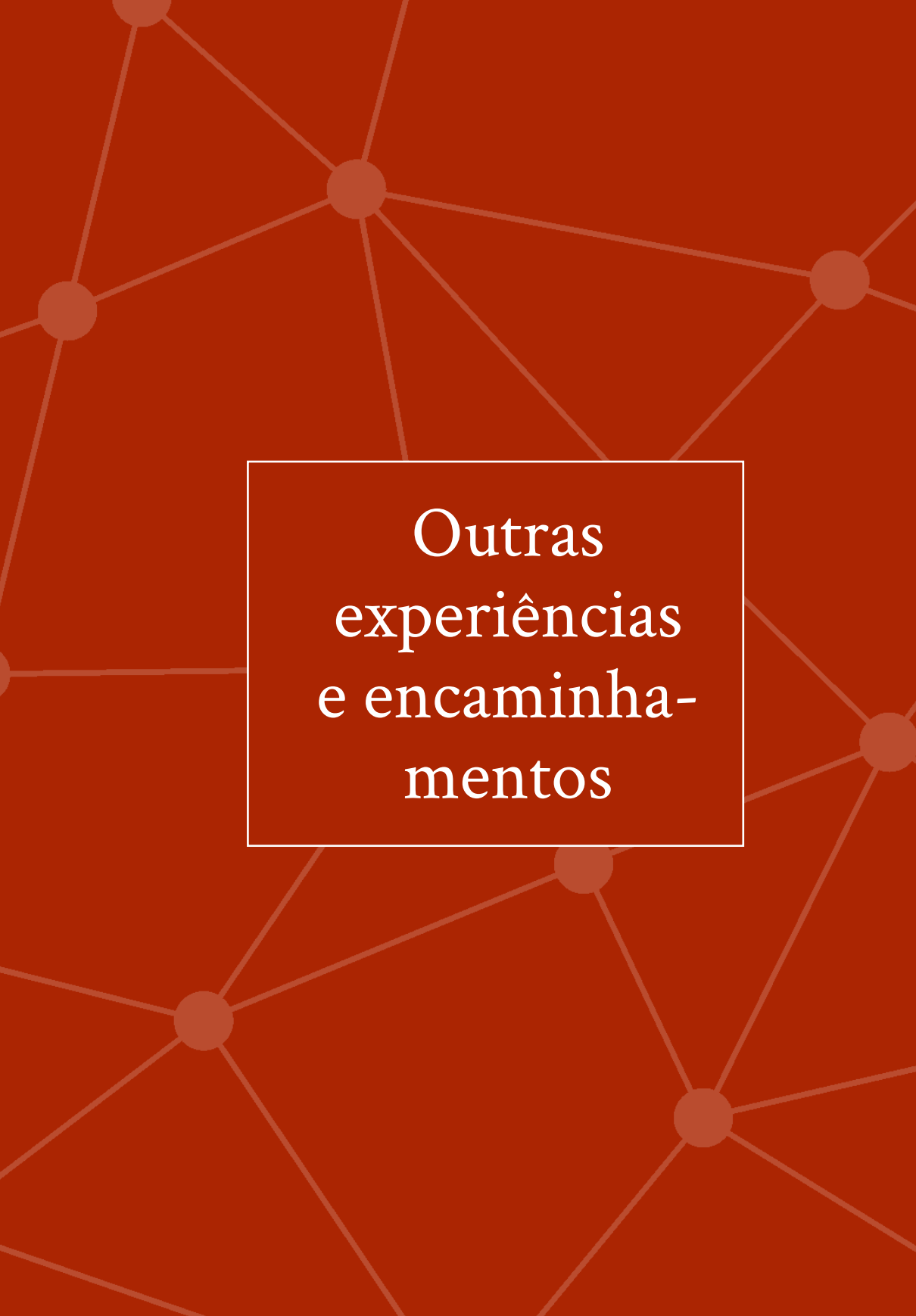
A questão dos planos de carreira foi apontada como um desafio por sua complexidade. Propôs-se a reflexão sobre uma pauta de carreira na Atenção Básica.

Sustentabilidade das ações


Como garantir a sustentabilidade das ações para que se gere um processo de mudança, independentemente da continuidade dos projetos? A questão foi debatida e apontou-se como caminho o empoderamento dos elementos da rede, de modo a tornar os processos autônomos e permanentes.

Territórios

Na discussão sobre políticas de Estado e políticas públicas, foi observado que um dos grandes desafios da Vigilância em Saúde é assegurar a posse do comum, o que se dá, entre outras maneiras, pelo conhecimento das condições de saúde do território onde se vive e atua.



Outras
experiências
e encaminha-
mentos



Na última parte da Oficina, organizou-se uma mesa-redonda sobre a atuação em rede no âmbito da Vigilância em Saúde, na qual foram relatadas várias experiências, que mobilizaram os participantes. Entre os desdobramentos sugeridos, foi lançada a proposta de organização de uma rede virtual de Vigilância em Saúde. A seguir, um resumo das discussões.

Formação de técnicos

Em sua exposição, **Aldiney Doreto**, coordenador geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do Departamento de Educação em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS), falou sobre a educação profissional dos trabalhadores da saúde de nível médio. Sua participação evidenciou a positividade de uma articulação entre a RedEcola e a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS).

O maior desafio enfrentado para a realização do curso Técnico em Vigilância em Saúde no país tem sido a resistência dos gestores em compreenderem a necessidade desse profissional. Em geral, os gestores demandam o Agente de Combate a Endemias (ACE), cuja formação é rápida e tem um papel já bem definido nas ações de controle de vetores.

A proposta do curso técnico, com uma carga de 1.800 horas, é a de um itinerário formativo, que começa voltado para o controle de endemias – justamente para que o trabalhador entre mais rápido em campo – e prossegue com a formação de um profissional que, na nossa concepção, é mais um educador do que um fiscal. Ele deve construir saberes locais que ajudem no controle de agravos e na melhoria da qualidade de saúde da população.

Há mais de sete mil vagas para técnicos em Vigilância em Saúde no país, mas muitas turmas não conseguem ser montadas porque os gestores não colocam os profissionais à disposição pelo tempo necessário. Outro problema, para os próprios técnicos, é a falta de possibilidade de ascensão na carreira. O ACE que se forma em técnico não consegue ascender, pois seria necessário abrir outro concurso para esse cargo específico.

O público-alvo dos cursos da RET-SUS (normalmente, trabalhadores já em exercício) demanda uma série de especificidades dos currículos. Como costumava dizer Izabel dos Santos⁶, nossa patrona, é necessário que a sala de aula seja o serviço. A experiência do trabalhador precisa ser usada na formação. Temos buscado isso e a flexibilização dos itinerários formativos é importante. O nosso aluno não tem como dedicar o mesmo tempo que um jovem iniciando a carreira – frequentemente, ele é um estudante que já tem três filhos, três jornadas.

Existe muito preconceito com os trabalhadores técnicos. Sei que a busca de qualquer país é ter seus trabalhadores com a maior titularidade possível. A graduação e a pós-graduação são, sim, objetivos. Mas não podemos negar que, no mundo do trabalho, 75% são de trabalhadores de nível médio. Não adianta pensar apenas na formação de nível superior, esperando que um dia possamos incluir todos os trabalhadores. Espero que isso se torne verdade, mas ainda está muito longe e não podemos esquecer as condições reais.

Algumas escolas técnicas têm sido engolidas pelas Escolas de Saúde Pública e Institutos de Ensino Superior. Sei que a ideia tem sido a de unir os esforços mas, na prática, isso tem significado que as escolas técnicas têm desaparecido dentro da estrutura das ESP, que se dedicam mais amplamente à formação em nível superior, especializações, residências. Na verdade, a operação deve ser de soma, devemos estar juntos no mesmo processo.

Márcia Valéria de Santana, da Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde Dr. Gismar Gomes (ETSUS-TO) e representante do Grupo Condutor da RedEscola pela Região Norte, trouxe a experiência do Tocantins em relação ao tema.

⁶ A enfermeira Izabel dos Santos dedicou-se à expansão da formação de nível técnico na Saúde.

Em Tocantins, havia, até 2011, dois aparelhos formadores: uma escola técnica e uma diretoria da gestão da Educação em Saúde. Como a equipe gestora verificou que havia um grande aporte de recursos, mas uma insuficiência de espaço físico e de pessoas, a solução foi a unificação das duas formações. Com isso, conseguimos aumentar a eficiência de todo o processo formativo.

Caco Xavier, da Secretaria Técnica Executiva da RedEscola, observou que é preciso resgatar a importância do trabalhador técnico.

É necessário ter em mente que ascensão não significa necessariamente titulação. Podemos pensar em ascensão e aprofundamento de conteúdos, de modo que o trabalhador continue sendo um técnico, mas cada vez mais qualificado – e ganhando mais por isso, com planos de carreira. É preciso resgatar a função social e a importância do trabalhador técnico. Em outros países, principalmente os europeus, grandes técnicos se equiparam, em termos de salários, com profissionais de nível superior.

Transformações no Tocantins

Gisele Akemi Carneiro, técnica em Vigilância em Saúde em Tocantins, que cursou a Especialização em Formação Docente na área de Vigilância em Saúde, realizada pela ENSP/Fiocruz, de 2010 a 2012, relatou a importância que teve o curso para transformações que efetuou em seu trabalho. A especialização era voltada tanto a técnicos de Vigilância como a gestores e docentes das escolas de Saúde Pública.

Nessa Especialização, a Vigilância não era vista de uma maneira fragmentada. Não se usavam os termos vigilância sanitária, epidemiológica ou ambiental. Todos os trabalhos que fazíamos eram realizados na intenção de construir uma rede e os alunos, professores e coordenadores formávamos uma rede. Havia troca permanente, as ideias eram construídas coletivamente, sem imposição de saberes e ideias. Éramos alunos, mas também construtores do processo de formação em Vigilância, e nos sentíamos como atores estratégicos para a construção daquela rede, composta tanto pelas escolas de Saúde Pública e centros formadores como por atores da Vigilância e da Atenção Primária.

Por esses motivos, foi um processo transformador. Junto com outra aluna do curso, que também atua no Tocantins, começamos a propor mudanças no processo de trabalho ainda durante as etapas da Especialização. Hoje, seguimos aprendendo a incluir o território. Estamos há quatro anos tentando desenvolver a Vigilância de Base Territorial Local. É difícil. Não conseguimos inteiramente, da maneira ideal, mas já tivemos vários avanços.

Ainda em 2010, foi realizada uma oficina com atores da Vigilância em Saúde, da Atenção Primária e do Cefor. Também foram convidados representantes da comunidade e do Conselho de Saúde, que não compareceram. O principal objetivo era traçar um diagnóstico da rede a partir do conhecimento dos integrantes e aproximar os trabalhadores dos dirigentes do Cefor, discutindo os limites e desafios da Vigilância da Saúde de Base Territorial Local. Como produto, os participantes tinham que eleger dois desafios para operacionalizar a Vigilância. Nos momentos presenciais, analisávamos, como docentes, o que havia sido feito. Foi um exercício inovador para mim, que era apenas técnica.

Nessa oficina ficou claro que o Cefor já havia incor-

porado essa nova metodologia. Eles já tinham métodos avançados, compreendiam o papel do território e, por meio da Escola Técnica do SUS (ETSUS), já promoviam um curso Técnico em Vigilância em Saúde que trabalhava sob a ótica da integração. Assim, percebemos que a ETSUS, e até mesmo o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), têm capacidade técnica para desenvolver a proposta de Vigilância da Saúde com Base Territorial Local. Os trabalhadores, por sua vez, apresentaram mais limites em relação a isso. Para nós, foi uma surpresa. Imaginávamos o contrário. A principal reclamação deles é em relação à rotatividade e ao trabalho precário. Percebemos um sentimento de desesperança, os técnicos responsabilizavam o Ministério da Saúde pela mudança na metodologia de trabalho – apesar de, em tese, terem autonomia, eles não se sentiam autônomos para modificar esses processos.

Apesar das muitas dificuldades, as mudanças são imperativas. Ninguém quer continuar trabalhando de forma fragmentada, levantando dados *não* locais, não ouvindo a população, excluindo a comunidade. Sei que é totalmente possível mudar. Como ex-aluna, mas também como técnica, acredito que poderemos transformar e ampliar essa rede.

O vice-diretor da Escola de Governo em Saúde (EG/ENSP/Fiocruz), **Frederico Peres**, elogiou a participação de Gisele Akemi Carneiro e lamentou não se ter conseguido fazer contato e trazer para a Oficina outros egressos da especialização.

Na Especialização formaram-se cerca de 30 pessoas. Ao organizar esta Oficina, conseguimos localizar apenas cinco e, por questões de disponibilidade, só a Gisele pôde estar presente. Imaginem como seria bacana termos mais 29 egressos, falando sobre essa experiência.

São pessoas que foram sensibilizadas durante o curso, que teve duração de um ano e meio, e que estão certamente no SUS, discutindo Vigilância em Saúde.

Residência descentralizada

Renata Maria de Oliveira Costa relatou sua experiência numa Residência Multiprofissional Descentralizada.

“Comecei há poucos meses a Residência Multiprofissional Descentralizada na Bahia. Um dos objetivos é o desenvolvimento da Atenção Primária em Base Territorial. Agora estamos começando a discutir modelos de atenção, promoção de saúde, integralidade no cuidado e a consolidação das redes de atenção.

Em 2015 havia 39 residentes, 37 preceptores (profissionais em serviço, acompanhando de perto os residentes) e nove tutores (orientadores da mesma categoria profissional dos residentes). Há residências em seis categorias profissionais, elegidas de acordo com o núcleo de apoio à Saúde da Família nos municípios envolvidos.

Entre as principais diretrizes pedagógicas estão o currículo integrado, a interseccionalidade e a flexibilidade programática. Esta última tem gerado um verdadeiro *auê*. Apesar de termos um projeto com abordagens programáticas previstas, elas podem mudar a partir do que está sendo vivido no município, e as pessoas não estão acostumadas a uma programação tão flexível. O programa utiliza a perspectiva construtivista. O residente identifica um problema real, formula hipóteses, elabora questões por meio das narrativas dos usuários,

busca informações e procura construir novos significados para transformar a prática.

O uso de ambientes virtuais tem sido fundamental. Na primeira etapa da residência, foi trabalhada a construção de narrativas. Os alunos postavam narrativas em um ambiente virtual e, após conversarem com a equipe, faziam uma síntese reflexiva sobre cada uma delas. Além disso, há fóruns virtuais, em que o diálogo acontece. Periodicamente, são organizados seminários interdisciplinares, em que são avaliados tanto o programa quanto os preceptores, tutores e o próprio grupo de residentes. A ideia é que os egressos sejam capazes de analisar situações de saúde e singularidades do território e das pessoas que vivem ali. Outro grande objetivo é fortalecer as redes em vários âmbitos. Há uma rede afetiva entre as escolas que oferecem a residência. Temos uma rede de escolas, uma rede de residências, vamos ter a rede de atenção onde os residentes vão circular. Queremos construir uma porção de redes e que esse movimento cresça.”

Trabalho em rede para a eliminação da sífilis congênita

Apesar do diagnóstico e cura baratos, a sífilis ainda é uma doença de grande magnitude e, em mulheres grávidas, é transmitida verticalmente e leva os bebês a óbito. Por isso, a eliminação da sífilis congênita é há anos uma prioridade da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde (MS).

A Opas determinou em 2014 algumas metas para a

eliminação regional de HIV e sífilis congênita. Entre elas, estão: 1) taxa de incidência de sífilis congênita menor que meio caso por 1.000 nascidos vivos; 2) cobertura de pré-natal (com pelo menos uma consulta) em no mínimo 95% das gestantes; 3) cobertura de testagem para HIV e sífilis em no mínimo 95% das gestantes; 4) cobertura de tratamento para no mínimo 95% das gestantes com sífilis.

Carmen Domingues, representante da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, compartilhou, na Oficina, a atuação do Programa Estadual de DST/Aids em relação à doença.

“Em 2007, ainda antes de essas metas serem estabelecidas, um plano de eliminação da sífilis congênita em São Paulo foi produzido a várias mãos. Entre os parceiros, estavam os Conselhos Municipais de Saúde, a Vigilância Sanitária e Laboratório de Referência. Os principais desafios eram aumentar a qualidade do pré-natal e ampliar o diagnóstico e o tratamento adequado, tanto da gestante quanto do seu parceiro.

O plano inicial encontrou três problemas que o marcaram. Em primeiro lugar, a pouca visibilidade que a sífilis congênita tinha como problema de saúde pública, sendo pouco notificado, apesar de a notificação ser compulsória. Em segundo, vimos que a rede de saúde estava desarticulada para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento. E, em terceiro, as organizações da sociedade civil também desconheciam a magnitude do problema, o que dificultava o controle social.

Para dar conta do primeiro e do terceiro problemas, a equipe elaborou um material informativo que deveria alcançar tanto os profissionais de saúde quanto a população em geral. Nosso primeiro cartaz, que falava na identificação das gestantes infectadas, foi colocado em todos os serviços de saúde. Depois fizemos

um específico para os médicos, numa pareceria com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Em 2009, fizemos também uma parceria com a Unimed paulistana para atingir todos os médicos conveniados, explicando a importância de se pedir o teste a todas as gestantes.

A desarticulação da rede de saúde foi trabalhada a partir da pactuação de fluxos resolutivos: profissionais, hospitais, maternidades, santas casas e unidades da saúde suplementar deveriam pactuar normas técnicas e portarias nas mais diversas instâncias. Em 2007, foi lançada a primeira norma, que tratava da abordagem dos parceiros sexuais.

Um dos primeiros impactos das ações foi o aumento da notificação de sífilis no Estado. Ela cresceu muito: aumentou 2,3 vezes entre 2010 e 2013. Apesar disso, ainda é uma doença subnotificada. Agora, a expectativa é que o número de casos se estabilize para, em seguida, começar a declinar.

Apesar dos bons resultados, algumas questões ainda precisam ser vistas. Por exemplo, 16% das gestantes notificadas em 2013 tiveram tratamento inadequado; 23% tiveram diagnóstico tardio, já no último trimestre da gestação, o que dificulta o tratamento; e 54% dos parceiros não foram tratados. Examinando os casos de crianças que tiveram sífilis congênita, 74% haviam sido diagnosticadas. O grande problema foi atingir os parceiros: nesse grupo, 71% não foram tratados.

Em 2014, foram aplicados questionários nas Unidades Básicas de Saúde dos 451 municípios do Estado. A iniciativa revelou que mais de 20% das unidades fazem relatórios incorretos e 30% parcialmente corretos. Além disso, 124 municípios não faziam os procedimentos adequados.

Ultrapassar essas barreiras é um grande desafio, que só pode ser resolvido com um forte trabalho em rede.

É preciso refletir sobre a chegada tardia aos serviços de pré-natal, a dificuldade de se acessar os parceiros e o fato de que muitos profissionais ainda desvalorizam o diagnóstico, acreditando ser falso positivo. O passo mais recente em relação a isso foi o lançamento, em 2015, da Rede de Cuidados em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais, que conta com a participação de diversos integrantes, como o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS) e o Centro de Referências de DST/Aids. O objetivo é instituir uma rede de cuidados para fortalecer e reorganizar a atenção hospitalar.

Proposições e planos futuros

REDE VIRTUAL E ENSINO A DISTÂNCIA • Wagner Martins (Fiocruz) propôs estabelecer uma rede virtual de pessoas envolvidas em Vigilância em Saúde, para que pudessem atuar de forma articulada.

Renata Maria de Oliveira Costa citou a experiência da Rede HumanizaSUS e sugeriu que o grupo pensasse se uma plataforma do tipo seria interessante para agregar as experiências na área de todos os estados.

Stella Ribeiro informou que desenhou, junto com a professora Edna Arouca, da Universidade de São Paulo, um curso de Educação a Distância (EaD) em docência, tutoria e preceptoría, colocando-se à disposição para conversar sobre isso com a Rede. O informe, recebido com entusiasmo, gerou uma rica discussão sobre as possibilidades e limitações da EaD.

Aldiney Doreto afirmou que se trata de questão delicada entre as escolas técnicas: “Eu costumo brincar que a RET-SUS foi pioneira ao fazer um curso de EaD, só que era um curso de EaD presencial. Descentralizamos o curso, não por meio das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs), mas levando o professor até onde não havia acesso, como a beira do rio Amazonas. Pegamos o professor no próprio território, trouxemos para a escola, qualificamos, preparamos material, levamos o professor de volta ao território e ele fez o curso lá. O professor estava presente, quem estava a distância era a nossa coordenação. É grande, sem dúvida, a potencialidade das TICs na educação, mas é preciso pensar uma linguagem diferente para o público das ET-SUS, que está acostumado a trabalhar com problema-

tização. Não podemos abandonar nossas características pedagógicas, que incluem uma metodologia ativa, rodas com os alunos. Como ter uma plataforma que traduza Paulo Freire?”.

Ricardo Teixeira também avaliou criticamente as ofertas atuais feitas por meio de EaD: “Não vemos hoje plataformas colaborativas de inspiração freireana. A imensa maioria das plataformas de EaD pendem para um modelo ‘jesuítico’. Elas têm um centro emissor encadeador, até permitem algumas interfaces colaborativas, mas que, em geral, fazem parte de um espaço de interação totalmente pré-configurado. A plataforma mais próxima da ideal seria a mais simples, como um *blog*. É preciso oferecer algo que deixe espaço aberto para as pessoas inventarem os usos possíveis. A falha da maior parte das propostas de EaD é que já trazem configurados os usos possíveis e as pessoas não se acham lá, quando muito, conseguem cumprir o currículo. Outra questão fundamental é a necessidade de uma intensa interação com a equipe de TI. Se a equipe está envolvida apenas na questão tecnológica e está distante dos usos que serão feitos daquilo, não funciona. Essa interação tem nome: *design colaborativo*. O desenvolvimento das ferramentas tem que ser feito junto com a comunidade. A equipe precisa interagir e desenvolver ferramentas conforme as demandas vão surgindo”.

Caco Xavier destacou a necessidade de se pensar para além das ferramentas e estratégias usuais, e, assim, lidar com problemas de maneiras mais criativas: “Um dos locais onde se sente falta disso é justamente no aprendizado via suportes virtuais, mas acredito que é possível conjugar essas plataformas com outros modelos. No meu caso pessoal, estudo matemática por meio de uma plataforma ‘jesuítica’ e, ao mesmo tempo, participo de diversos fóruns e redes na internet que permitem uma atuação distinta. Ao mesmo tempo que o

modelo ‘jesuítico’ me atende em alguns aspectos, esses outros espaços me abrem a cabeça para a matemática de uma forma impressionante. Eu interajo, faço exercícios, converso com pessoas... Por que precisamos optar por um modelo ou outro?”

Frederico Peres lembrou que o domínio das tecnologias, sejam elas simples ou elaboradas, ainda é um empecilho para muitas escolas: “Recentemente, discutimos a necessidade de implementar certos processos em EaD e muitas escolas não tinham condições técnicas para organizar uma plataforma. A ESNP lançou uma chamada e, no dia seguinte, já havia 20 escolas solicitando apoio. Não há como pensar um projeto de EaD – seja ele jesuítico ou freireano – se não temos o mínimo necessário para colocar a plataforma no ar”.

Caco Xavier se mostrou positivo sobre a criação de uma rede virtual de Vigilância em Saúde e fez uma proposta inicial de criar um espaço capaz de unir narrativas e mapas, instrumentos largamente utilizados pelos trabalhadores da área.

Outros desafios

No encerramento da Oficina, Frederico Peres, Aldiney Doreto, Luciano Toledo e Rosa Souza reforçaram os avanços obtidos e a ideia de que os debates devem servir de estímulo a uma ação transformadora na área.

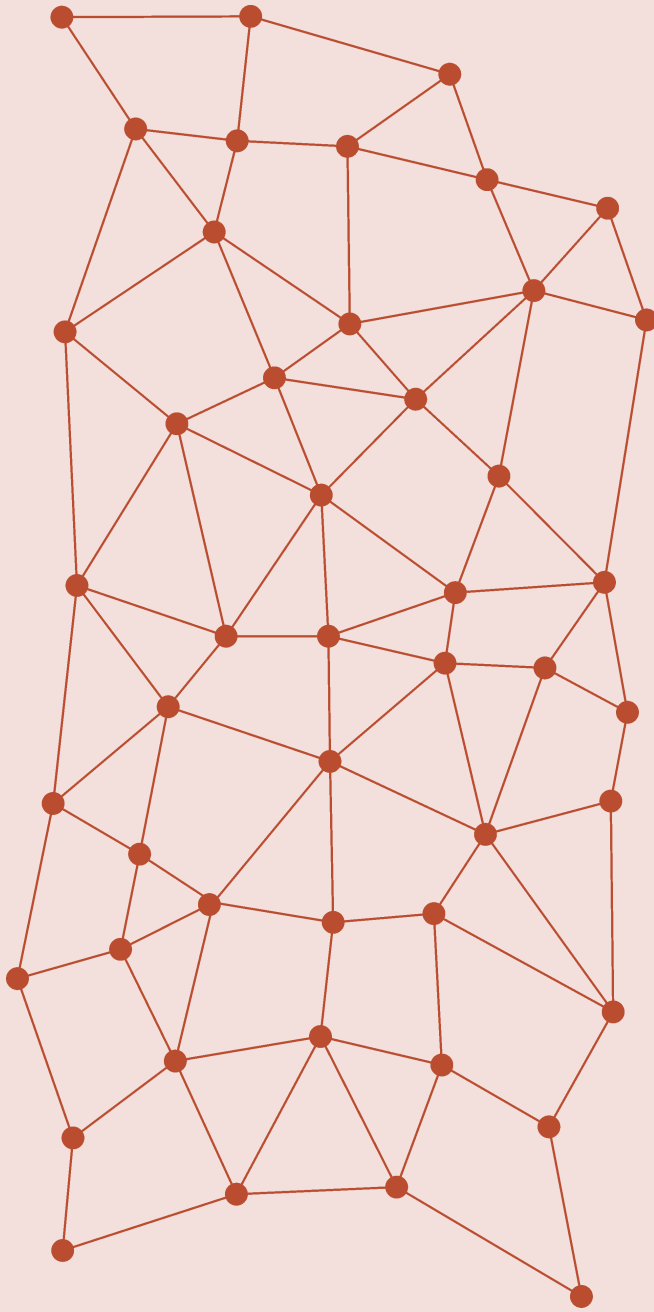
Frederico Peres • O grupo tem dois grandes desafios pela frente. O primeiro é a construção da rede de Vigilância em Saúde, que tem a ver com processos, organizações, cooperações, níveis de participação, afetos, simpatia. O outro aspecto é a dimensão *escola*. Já contamos com um avanço na área. Desde os anos 1970, Escolas de Saúde Pública do país conversam entre si e, recentemente, de forma mais periódica, com um regulamento, funcionalidade e organicidade, na RedEscola. Nem todas as instituições estão no mesmo nível, com as mesmas competências e a mesma legalidade – são agenciamentos muito heterogêneos e temos desde departamentos de Saúde Coletiva de universidades até escolas municipais de Saúde Pública. Mas já temos afeto, confiança, um caminho para começar. E, muitas vezes, ao se organizarem, as escolas acabam se empoderando e resolvendo seus problemas, apoiando-se umas as outras.

Aldiney Doreto • A estratégia das redes é importante inclusive para superar dificuldades na gestão financeira. Devemos formar uma rede de redes, dividindo tarefas, vendo quem seria melhor para executar cada tarefa. Integrar as redes e otimizar o que temos disponível. Tanto o Conselho Nacional de Saúde (CNS), como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e nossos demais parceiros dizem que usamos mal o recurso que recebemos. E é verdade. A

consequência disso é recebermos cada vez menos. Então precisamos otimizar.

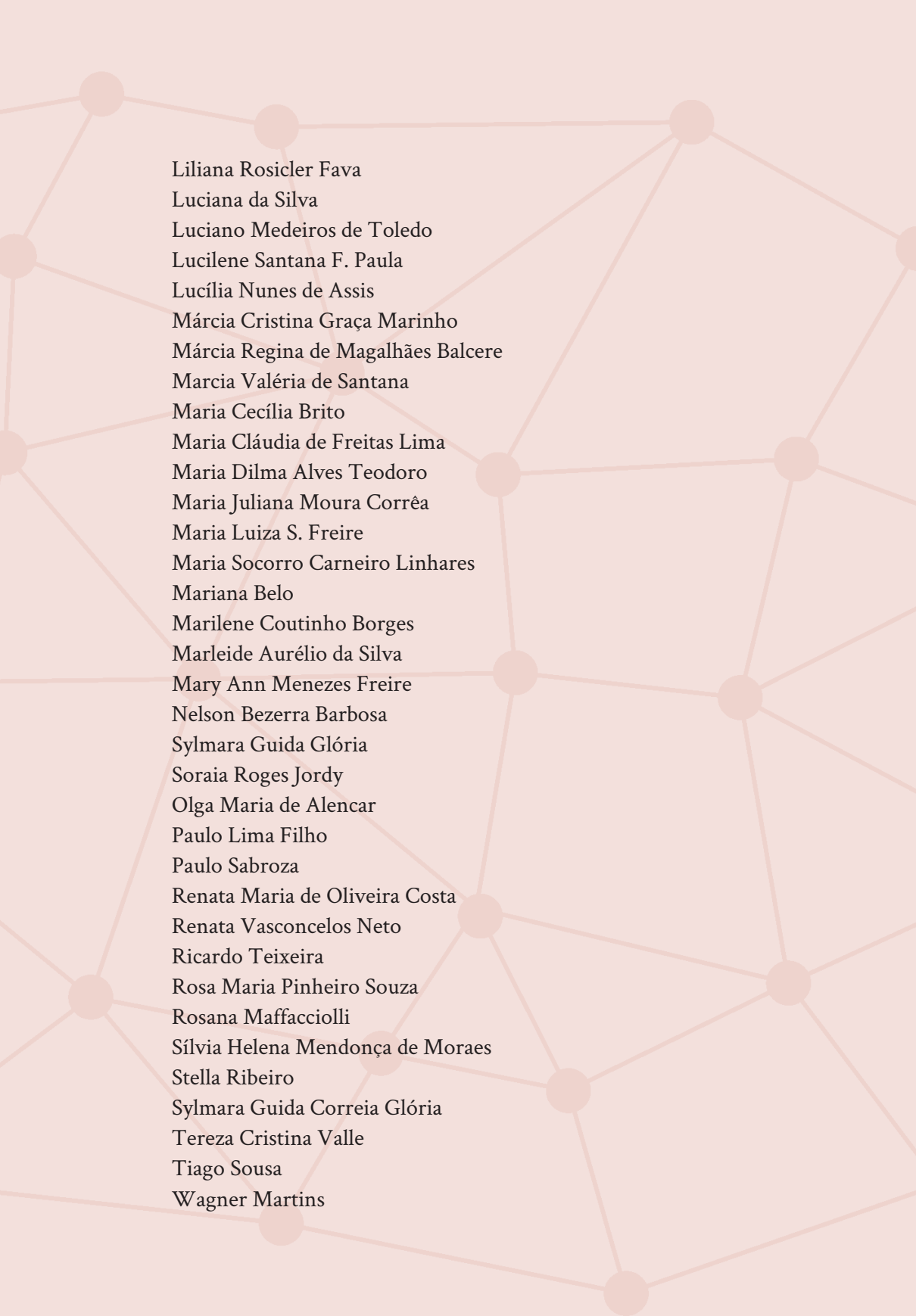
Luciano Toledo • É muito importante não deixarmos as discussões da Oficina esvanecerem. Como diz a canção, “não temos tempo a perder”. Este deve ser o mote desse encontro. O principal é que as ideias surgidas aqui se transformem em ações concretas. Se não conseguirmos fazer isso, nosso encontro vira um mero encontro de amigos. E nós seguramente não viemos para cá com essa perspectiva, e sim com uma perspectiva transformadora.

Rosa Souza • A Oficina foi uma das atividades mais concorridas do movimento das pré-conferências preparatórias para a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Isso comprova que as escolas têm um caminho a trilhar em conjunto. Vamos potencializar nossas forças para termos uma ação mais transformadora. Os debates foram tão ricos que vamos nos empenhar em editar uma publicação de modo a registrar e compartilhar as discussões travadas.



Participaram da oficina vigilância em saúde e atuação em rede

Aldiney José Doreto
Alice Falcão Pereira
Ana Maria Costa
Ana Paula da Cunha
Ana Valéria dos Santos Barroso
Anneliese Domingues Wysaki
Bianca Borges
Bianca Ramos Marins Silva
Carlos César Leal Xavier
Carlos Felinto Júnior
Carmen Sílvia Bruniera Domingues
Célida Luna Mendivil
Cirilúcia Bezerra Cirqueira Vieira
Daíssa Ribeiro de O. Borba
Danilo Borges Paulino
Diogo Augusto da Silva Santos
Erika Oliveira Abinader
Evelin Maria Brand
Frederico Peres da Costa
Giovanna Mateucci Vasconcelos
Gisele Akemi Carneiro
Helen de O. Henrique
Hermano Albuquerque Carlo
Iolanda Derenievicz
Jacqueline Simone Correia
Joice Margoni Moraes Menezes Rosado
José da Paz Oliveira Alvarenga
Jonilda Hugem Vieira
Leda Diva Freitas de Jesus
Lenilma Bento de Araújo Meneses



Liliana Rosicler Fava
Luciana da Silva
Luciano Medeiros de Toledo
Lucilene Santana F. Paula
Lucília Nunes de Assis
Márcia Cristina Graça Marinho
Márcia Regina de Magalhães Balcere
Marcia Valéria de Santana
Maria Cecília Brito
Maria Cláudia de Freitas Lima
Maria Dilma Alves Teodoro
Maria Juliana Moura Corrêa
Maria Luiza S. Freire
Maria Socorro Carneiro Linhares
Mariana Belo
Marilene Coutinho Borges
Marleide Aurélio da Silva
Mary Ann Menezes Freire
Nelson Bezerra Barbosa
Sylmara Guida Glória
Soraia Roges Jordy
Olga Maria de Alencar
Paulo Lima Filho
Paulo Sabroza
Renata Maria de Oliveira Costa
Renata Vasconcelos Neto
Ricardo Teixeira
Rosa Maria Pinheiro Souza
Rosana Maffaccioli
Sílvia Helena Mendonça de Moraes
Stella Ribeiro
Sylmara Guida Correia Glória
Tereza Cristina Valle
Tiago Sousa
Wagner Martins