



SOLANGE AUGUSTA DE ABREU RIBEIRO

“ELES CONTAM, EU CONTO, NÓS CONTAMOS”:
NARRATIVA HISTÓRICA E COLETIVA DO CENTRO DE SAÚDE CARLOS
CHAGAS NA REGIONAL CENTRO-SUL DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

BELO HORIZONTE - MG
2020

SOLANGE AUGUSTA DE ABREU RIBEIRO

“ELES CONTAM, EU CONTO, NÓS CONTAMOS”:
**NARRATIVA HISTÓRICA E COLETIVA DO CENTRO DE SAÚDE CARLOS
CHAGAS NA REGIONAL CENTRO-SUL DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Comunicação e Saúde da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ES-PMG), como requisito final para a obtenção de título de Especialista em Comunicação e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza

BELO HORIZONTE - MG
2020

R484e Ribeiro, Solange Augusta de Abreu.
"Eles contam, eu conto, nós contamos": narrativa histórica e coletiva do Centro de Saúde Carlos Chagas na Regional Centro-sul de Belo Horizonte, Minas Gerais. /Solange Augusta de Abreu Ribeiro. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2019.

80 f.

Orientador(a): Luís Paulo Souza e Souza.

Monografia (Especialização) em Comunicação e Saúde.

Inclui bibliografia.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Controle Social. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Comunicação e Saúde. 5. Vulnerabilidade e Saúde. I. Souza, Luís Paulo Souza e. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WA 590

ATA DE APRESENTAÇÃO DE TCC
Curso de Especialização *Ino sensu* em Comunicação e Saúde
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Aos 18 dias do mês de maio de 2020, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da aluna Solange Augusta de Abreu Ribeiro, intitulado "Elas Contam, Eu Conto, Nós Contamos": narrativa histórica e coletiva do Centro de Saúde Carlos Chagas na regional centro-sul de Belo Horizonte, Minas Gerais, foi avaliado pela banca composta por: Luís Paulo Souza e Souza (Orientador), Marconi Moura Fernandes (Avaliador) e Nathan Mendes Souza (Avaliador), sendo considerado Aprovado, obtendo Nota/Conceito 97 / A.

Reformulações:

(X) Sugeridas – Conceito A e B.

() Exigidas para entrega em versão final – em conceito C.

Observações: Conforme orientações da Banca.

Registramos que esta banca foi realizada por meio de videoconferência devido a emergência em saúde pública, decretada pelo Estado, da Pandemia da Covid-19. Seguindo as orientações da instituição, que suspendeu todas as atividades presenciais, a decisão foi sugerida e aprovada em consenso na Reunião do CEPEX no dia 30 de abril de 2020, e está devidamente registrada em ata.

Belo Horizonte, 18 de maio de 2020.

Luís Paulo Souza e Souza - Orientador

Marconi Moura Fernandes – Avaliador

Nathan Mendes Souza - Avaliador



Documento assinado eletronicamente por Luís Paulo Souza e Souza, Usuário Externo, em 18/05/2020, às 13:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por Marconi Moura Fernandes, Usuário Externo, em 27/05/2020, às 08:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por Nathan Mendes Souza, Usuário Externo, em 23/06/2020, às 11:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 14378698 e o código CRC A276519C.

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho não seria possível sem o apoio de alguns intervenientes. Assim, pretendo agradecer a todos os que sempre me apoiaram e contribuíram para a realização e a concretização desta etapa final na minha formação, a Especialização em Comunicação e Saúde.

Deste modo, agradeço à minha família, aos meus filhos amados Luis Felipe e Luccas e ao meu esposo Elton, pois tudo isso foi possível graças ao amor, esforço e dedicação que sempre tiveram.

Ao Coordenador do Curso, Jean Alves de Souza, pela sua sensibilidade, disponibilidade e compreensão, manifestando sempre atenção e apoio e contribuindo para o enriquecimento da minha formação.

Ao Professor Doutor Luís Paulo Souza e Souza, pela sua disponibilidade e compreensão, orientando e guiando o desenrolar do meu trabalho, manifestando sempre as suas opiniões enriquecedoras para o crescimento dessa construção “feita por muitas mãos”, pelo enriquecimento da minha formação como profissional de saúde.

Aos assistentes operacionais da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ES-PMG), onde foi desenvolvido o estudo, por toda a atenção durante a minha estadia.

A todos os docentes que contribuíram para a minha formação ao longo da especialização, por todos os conhecimentos, dedicação e contribuição para o meu crescimento pessoal e educacional.

A todos os nobres colegas de trabalho do Centro de Saúde Carlos Chagas, em especial, à equipe PACS: a ex-enfermeira Maria das Graças Lopes e a atual enfermeira Lucineia, as Agentes Comunitárias de Saúde Alverina Oliveira e Valeria Avelar, a gerente Veronica Perdesane Castro Nunes, a gerente aposentada Shirley Almeida, aos médicos Dr. Leonardo Quintão, Dra. Denise Gontijo, Dra. Carmem Sofia, Dr. Antonio Melgaço e aqueles que passaram e deixaram sua marca no meu coração, Dra. Juliana Vasques e Dr. Jose Semionato.

Aos colegas do curso, com as quais desenvolvi e aprimorei os meus conhecimentos pelas trocas de experiências.

A todos, a minha gratidão!

*"O que for a profundidade do teu ser, assim será teu desejo;
o que for o teu desejo, assim será tua vontade;
o que for sua vontade, assim serão os teus atos;
o que forem teus atos, assim será seu destino".*

(CAPUTO, 2017)

RESUMO

Este trabalho tem como principais objetivos: a) construir a narrativa histórica e coletiva do Centro de Saúde Carlos Chagas (CSCC), fazendo um resgate da luta coletiva para a garantia do acesso à saúde de populações vulneráveis residentes em área institucionalmente classificada como de baixo risco na Região Centro-Sul de Belo Horizonte; b) fazer um resgate histórico do CSCC, a partir das perspectivas: 1) de coletivos como o Conselho de Saúde, os Profissionais e os Usuários; 2) de história de vida e trabalho de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS); c) identificar as fragilidades do Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) na área de abrangência do CSCC. Trata-se de uma pesquisa analítica, de abordagem qualitativa, envolvendo um conjunto de técnicas, em três etapas: a) análise documental; b) pesquisa de campo e c) narrativa história de vida e profissional de uma ACS do Centro de Saúde. As etapas foram desenvolvidas entre março de 2019 a janeiro de 2020. Foram analisados relatórios das reuniões do Conselho Local de Saúde e do Colegiado Gestor. Na pesquisa de campo foi utilizada a base de dados do Sistema Gestão da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, para os dados atuais dos registros de cadastro e fluxos de atendimentos atualizados do CSCC. Além disso, utilizou-se a narrativa da história de vida e profissional de uma ACS (quase autobiografia), pois sua inserção na equipe e nos conselhos locais se atrela ao processo evolutivo da Unidade, sendo impossível dissociar essa rica experiência de quem realmente vive o cotidiano da Unidade e do Território. São apresentados registros dos profissionais do CSCC e integrantes do Conselho Local de Saúde, além de fotografias, registrando parte dos protagonistas dessa história. O Centro de Saúde Carlos Chagas se situa na região centro-sul de Belo Horizonte, Minas Gerais. A criação do CSCC antecede a própria constitucionalização do Sistema Único de Saúde, com Controle Social presente e fortalecido. Analisar um grande volume de materiais e informações foi um desafio colossal, requerendo muito cuidado na avaliação dos textos, atas e registros. Em síntese, é importante destacar que: a) os dados da população adscrita mostram que a área de baixo risco representa 91,77% da população; b) as microáreas do Programa de Agentes Comunitários (PACS) representam 8,23% de domicílios de risco; c) os cadastros vinculados sem equipe representam o maior contingente - 91,77% de demandas do CSCC e d) a análise demonstra um elevado crescimento das demandas das áreas de institucionalmente classificadas como de baixo risco. Os resultados deste estudo apontam uma realidade crítica das políticas públicas de saúde, com limitações de acesso de populações vulneráveis a serviços de saúde em áreas consideradas como de baixo risco. Nesse sentido, a pesquisa mostra que o critério de avaliação do IVS não está compatível com a realidade local do território. As pessoas residentes nos territórios em domicílio de risco estiveram sujeitas a diferentes condições de vulnerabilidade na perspectiva individual, social e programática. Infere-se que as variáveis socioeconômicas podem contribuir para a ocorrência das condições de vulnerabilidade nessas populações - profissionais do sexo; migrantes; residentes em prédios ocupados; pessoas em situação de rua; idosos frágeis; portadores de doenças crônicas e com sofrimento mental. Assim, os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde devem, pela análise situacional mais aprofundada, utilizar esses aspectos como ferramentas de informação para os grupos vulneráveis que precisam ser priorizados nos cuidados à saúde. Deve-se questionar os critérios institucionais de classificação de risco, principalmente em territórios heterogêneos, para que se reflita acerca da oferta e a necessidade de saúde de populações vulneráveis residentes em domicílios de risco em áreas consideradas de baixo risco. Espera-se que este trabalho sirva como importante ferramenta estratégica de informação e comunicação para os Colegiados de participação do CSCC na luta por melhorias frente à Gestão Municipal.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Controle Social. Atenção Primária à Saúde. Comunicação e Saúde. Vulnerabilidade e Saúde.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BCMRI	Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores
BH	Belo Horizonte
BR	Baixo Risco
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CF	Constituição Federal
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS/BH	Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRIE	Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
CSCC	Centro de Saúde Carlos Chagas
DISACS	Distrito Sanitário Centro Sul
DR	Domicílios de Risco
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF1	Equipe de Saúde da Família 1
ESF2	Equipe de Saúde da Família 2
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
IVS	Índice de Vulnerabilidade da Saúde
MS	Ministério da Saúde
ONGs	Organizações não governamentais
OP	Orçamento Participativo
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PSF	Programa Saúde da Família
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIND-SAÚDE	Sindicato dos Trabalhadores da Área de Saúde do Estado de Minas Gerais
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUDECAP	Superintendência de Desenvolvimento da Capital
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Resumo do histórico das principais Políticas de Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde.....	15
Figura 2 - Material de coleta dos dados – Atas do Conselho Gestor do Centro de Saúde Carlos Chagas (1992 a 2019).....	25
Figura 3 - Registro de algumas Atas, e os detalhes adotados pelos autores para a sua análise (marcação de itens importantes).....	26
Figura 4 – Placa de inauguração do Centro de Saúde Carlos Chagas (1949).....	29
Figura 5 - Estrutura proposta na época para o Centro de Saúde Carlos Chagas.....	32
Figura 6– Registro da Agente Comunitária de Saúde “Solange Augusta de Abreu Ribeiro” (uma das protagonistas desta história), apresentando um trabalho com dados sobre o Centro de Saúde no 8º Congresso Brasileiro de Vigilância Sanitária.....	39
Figura 7 – Fachada do Centro de Saúde Carlos Chagas.....	40
Figura 8 - Localização dos Centros de Saúde da cidade de Belo Horizonte.....	41
Figura 9 - Índice de Vulnerabilidade da Saúde por Bairros do Município de Belo Horizonte.....	42
Figura 10 – Organograma do Centro de Saúde Carlos Chagas.....	51
Figura 11 – Fluxograma de atendimento do Centro de Saúde Carlos Chagas.....	52
Figura 12 - Classificação de Risco na Regional Centro-Sul, utilizando o IVS.....	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Indicadores de morbimortalidade tendo em vista o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS)	19
Quadro 2 - Classificação do Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS)	21
Quadro 3– Distribuição dos cadastros por microárea no Centro de Saúde Carlos Chagas	43
Quadro 4 – Consolidado do PACS Carlos Chagas.....	44
Quadro 5 – Dados da área de baixo risco	44
Quadro 6 - Total geral da população cadastrada no CSCC	45
Quadro 7 - Descrição dos Recursos Humanos do Centro de Saúde Carlos Chagas.....	45
Quadro 8 – Dados de produção dos profissionais da Unidade Carlos Chagas, referente à população em situação de rua.....	47
Quadro 9 – Dados de produção dos profissionais da Unidade Carlos Chagas referentes à área PACS e baixo risco.....	47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 Sistema Único de Saúde e Atenção Primária à Saúde	15
3.2 Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS)	18
3.3 Comunicação, informação e controle social	21
4 METODOLOGIA	24
5 DESENVOLVIMENTO	29
5.1 Eles contam ... o antes	29
5.2 Eu conto ... o durante	36
5.3 Nós contamos ... o agora	40
5.3.1 Perfil demográfico e epidemiológico da população atendida.....	43
5.3.2 Recursos Humanos	45
5.3.3 Infraestrutura do Centro de Saúde Carlos Chagas.....	48
5.3.4 Setores do Centro de Saúde Carlos Chagas.....	49
5.3.5 Recursos Administrativos.....	51
5.3.6 Perfil demográfico e epidemiológico da população da área considerada como de baixo risco atendida pelo CSCC.....	52
5.3.7 Atendimentos individuais	53
5.3.9 Rede de Serviços de Referência	54
5.3.10 Parcerias com Instituições de Ensino	55
5.3.11 Financiamento	59
5.3.12 Índice de Vulnerabilidade da Saúde e a realidade do Centro de Saúde Carlos Chagas	59
5.4 Nós contaremos ... e o depois?	62
5.5 Vozes dos(as) protagonistas desta história	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE	72

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de alguém, em qualquer área do conhecimento, tem muito a ver com quem faz parte da sua formação. Podemos observar isso na música, por exemplo, uma vez que um grande instrumentista não se forma sozinho. Na grande maioria dos casos, esses instrumentistas precisam entrar em contato com alguém renomado na sua área para, então, aprender. Assim, aprende-se pelo estudo, pelas leituras, pela repetição e pelas experimentações. Todavia, existe algo no conhecimento que não é possível registrar em livro ou em papel, que são sutilezas das experiências vividas. Eu sou um exemplo disso.

Quando tive a oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), tive a certeza de que não bastava somente a literatura ou conhecer as leis que consolidavam tal sistema. Era preciso contato com pessoas que vivenciaram e que desenvolveram a *expertise* na área da saúde pública, algo para além da simples prática ou técnica. Ao longo desses 11 anos de vivências como profissional da saúde pública no Brasil, tive a honra de conviver com muitos mestres, aprendendo com o ato de “ler”, “ser” e “fazer”, relacionando teoria e prática, pelas trocas mútuas na construção desse sistema de saúde.

Ao analisarmos a Constituição Federal (CF), tem-se a seguinte discussão:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Nesse mergulho, pude extrair o “espírito” da letra, porque a letra está disponível para todos na literatura, mas a grande questão foi como interpretar e extrair o sentido dessa construção coletiva do serviço. Neste trabalho, tento trazer a narrativa histórica e o relato das minhas experiências de convivência com os trabalhadores e os usuários do Centro de Saúde Carlos Chagas (CSCC), sem deixar de dar visibilidade a esses trabalhadores e usuários. Por trás de cada palavra deste trabalho, existem anos de experiências e amor pelo SUS, apreendidos, ensinados, compartilhados e conquistados.

Ao analisarmos como uma instituição tem prestado cuidados de saúde à população, por vezes, esquecemo-nos dos aspectos que deram vida a tal instituição, como essa história foi construída e por quais lutas e desafios tem passado para garantir o acesso. Nessa busca pelos registros, encontrei o imponderável, aquilo que não se pode medir, uma construção coletiva de usuários e profissionais de saúde enfrentando muitas dificuldades para que o CSCC se consolidasse como um potente serviço do SUS e garantisse o acesso como prevista na CF.

O CSCC se situa no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo, portanto, porta preferencial dos usuários aos serviços sanitários. Desde 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem se constituindo como principal estratégia para a mudança do modelo assistencial e a ampliação do acesso no Brasil, principalmente para as populações com risco aumentado, tanto do ponto de vista biológico quanto socioeconômico (STARFIELD, 2002; PINTO; GIOVANELLA, 2018). A APS é orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. Nesse nível de atenção, o planejamento e a estruturação do processo de atenção à saúde da população são feitos a partir da estratificação do risco, mapeando-se o território (STARFIELD, 2002; SMSA/BH, 2010; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

O trabalho na APS deve considerar a diversidade e os contextos sociais nos quais ocorrem as relações sociais para as análises de situação de saúde no território, sendo necessário observar o cotidiano, a cultura, a economia, enfim, as práticas que determinam as regras sociais. Os recursos locais utilizados para que a vida social ocorra num determinado território podem ter caráter comum ou coletivo, estabelecendo os fluxos de pessoas, serviços e equipamentos sociais. Mas, para atuar sobre o território, é preciso conhecer sua dinâmica, suas especificidades e utilizar de estratégias de coletas de dados sobre o ambiente e onde os processos sociais acontecem. É importante construir uma base de dados que possa apontar os pontos onde se deve atuar, compreendendo que, muitas vezes, os problemas não estão limitados apenas a uma delimitação geográfica (STARFIELD, 2002; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

No Brasil, tem-se utilizado vários indicadores para avaliar esses territórios, a fim de orientar intervenções e a prestação de cuidados à população. Dentre esses indicadores, há o Indicador de Vulnerabilidade Social e de Saúde (IVS), o qual tem sido utilizado para apontar áreas prioritárias de implantação de equipes de ESF em territórios de médio e alto risco. O IVS foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), em 1998, tendo realizado sua revisão em 2012 (SMSA/BH, 2012). Nesse cenário, surge o termo “Domicílios de Risco” (DR), que designa pessoas em condições precárias de saúde e sociais residentes em áreas de Baixo Risco (BR). Alguns critérios utilizados para a classificação de domicílios de risco (DR) são: domicílios onde residem idosos frágeis com várias comorbidades e vivendo sozinhos, doentes crônicos, dependentes do SUS e integrantes do programa bolsa família (RIBEIRO; ALMEIDA, 2019). Contudo, as dificuldades do levantamento dos critérios para classificação dos DR têm possibilitado identificar pessoas e

famílias com maior vulnerabilidade em áreas institucionalmente classificadas como de baixo risco. Daí a especificidade do Centro de Saúde Carlos Chagas, uma vez que apresenta essa realidade.

Nesse contexto, os profissionais de saúde enfrentam vários desafios para atender as demandas em áreas de baixo risco, as quais têm sido crescentes nos últimos anos, mostrando que o IVS pode apresentar fragilidades. A carteira de direitos do cidadão discute que é direito dos usuários saber sobre o funcionamento dos serviços e da sua organização, bem como é fundamental que as pessoas tenham os seus problemas acolhidos e dialogados com a equipe de saúde.

A APS, como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde, vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde e do Governo Federal. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e ao acolhimento, à efetividade e à resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, ao provimento e à fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social (BRASIL, 2009; CHAVES *et al.*, 2016).

Na minha vivência profissional como Agente Comunitário de Saúde (ACS) junto a populações vulneráveis residentes em Domicílios de Risco em áreas institucionalmente classificadas como de Baixo Risco, observo o aumento de populações vulneráveis em áreas de BR, que apresentam crescentes demandas por serviços de saúde, mas com dificuldade de acesso.

As ações em saúde são guiadas pelas especificidades dos territórios e os contextos locais da vida cotidiana definem e conformam as ações adequadas a essas singularidades, garantindo uma maior e mais provável aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida acontece. Assim, faz-se de extrema importância uma análise situacional do território pelas equipes de Saúde da Família. Considerando a importância da organização dos serviços de saúde para prestar assistência à comunidade sob sua responsabilidade, há a necessidade de conhecer a realidade dessa comunidade para o planejamento das ações e para a organização dos serviços, sendo o Diagnóstico Situacional do território uma ferramenta estratégica para a gestão nas três esferas do governo (municipal, estadual e nacional) (STARFIELD, 2002; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Assim, pretende-se não apenas formalizar o histórico do CSCC como um registro bibliográfico, mas possibilitar que os registros feitos em Atas, há mais de 20 anos, empoeiradas pelo tempo, ganhem forma e vida. Quem escreveu essa história foram esses trabalhadores e usuários, pessoas comuns no sentido da vida cotidiana. Por isso, este trabalho procura ir para além de uma conversa ou discussão com autores da literatura. Busca-se um pouco mais: o cotidiano de quem coloca “a mão na massa”. Basta olhar para a realidade aqui retratada, à medida que o tempo passa, muitas vidas deram vida a essa instituição - o CSCC. Esses trabalhadores experientes acumularam experiência porque enfrentaram e enfrentam inúmeros desafios ao longo desses 23 anos do CSCC, tendo, portanto, uma sabedoria que é imensurável.

Para além do resgate histórico, o registro se mostra como um diagnóstico situacional da área de abrangência do CSCC ao longo dos anos até os dias atuais. Há mais de duas décadas, o CSCC vem sendo construído a várias mãos, sob uma multiplicidade de vozes de antigos colaboradores que se unem aos novos e, juntos, vão dando forma a esse trabalho coletivo, que deu vida ao Centro de Saúde. Ademais, este trabalho se apresenta como um conjunto de informações.

Assim, ao analisar os problemas, busca-se como estratégia fundamental a melhoria do acesso pela comunicação, desenvolvendo ações de informação, educação em saúde, ampliando o conhecimento dos usuários e trabalhadores e a colaboração entre todos; considerando que é garantido por lei que todos tenham direito ao acesso a políticas públicas de saúde e de informação, conforme a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, conhecida como Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2011).

O acesso à informação de qualidade atua positivamente na proteção e no desenvolvimento de toda a coletividade, contribuindo para a realização de outros direitos. Como princípio básico do controle social, o direito fundamental à informação permite que o povo exerça algum controle sobre a ação da Administração.

Ao abrirem as páginas deste trabalho, gostaria que pensassem nessas dezenas de trabalhadores e usuários que construíram e continuam a construir esta história alinhada ao Sistema Único de Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste trabalho é construir a narrativa histórica e coletiva do Centro de Saúde Carlos Chagas (CSCC), fazendo um resgate da luta coletiva para a garantia do acesso à saúde de populações vulneráveis residentes em área institucionalmente, classificada como de baixo risco na Região Centro-Sul de Belo Horizonte.

2.2 Objetivos específicos

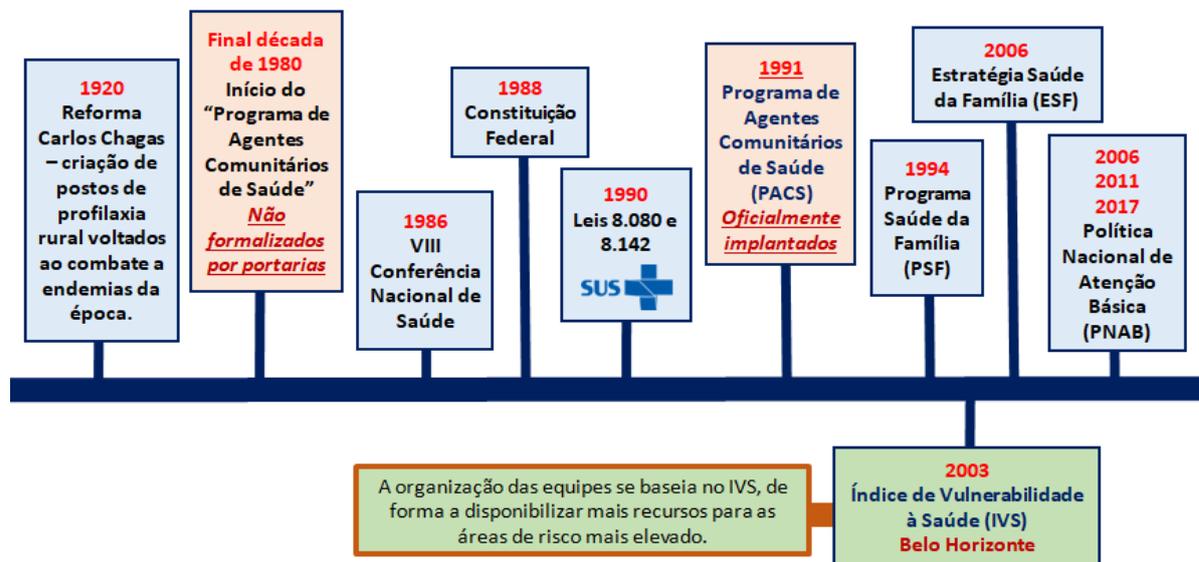
- a) Fazer um resgate histórico do CSCS, a partir das perspectivas: a) de coletivos como o Conselho de Saúde, os Profissionais e os Usuários; b) de história de vida e trabalho de uma Agente Comunitária de Saúde;
- b) Realizar o diagnóstico situacional do território como ferramenta de comunicação e informação para esclarecer as populações em domicílios de risco que o atendimento obedece a uma avaliação de baixo risco por parte da Secretaria de Saúde do município;
- c) Identificar as fragilidades do Índice de Vulnerabilidade à Saúde, que podem reforçar vulnerabilidades na área de abrangência do CSCC;
- d) Transformar este estudo em uma ferramenta estratégica de informação e comunicação para os Colegiados de participação do CSCC na luta por melhorias frente à Gestão Municipal.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Sistema Único de Saúde e Atenção Primária à Saúde

De forma sintética, elaboramos esta linha do tempo, destacando alguns marcos importantes quanto às políticas de saúde pública do Brasil, considerando o período anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS) e os marcos após a constitucionalização do sistema - com foco na Atenção Primária à Saúde (APS).

Figura 1: Resumo do histórico das principais Políticas de Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Autores (2019)

O termo “Atenção Primária” foi cunhado na década de 1920, no Relatório Dawson, que identificava os “Centros de Atenção Primária à Saúde” como serviços regionalizados no Reino Unido. Apenas 50 anos mais tarde, a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser implementada como uma estratégia abrangente para enfrentar a maioria dos problemas básicos de saúde, reforçar a infraestrutura dos serviços, especialmente nas áreas rurais, apoiando o desenvolvimento econômico e social. Em um contexto mundial marcado pela guerra fria dos anos 60 e 70 do século passado, a estratégia era uma resposta das organizações internacionais à crise dos sistemas de saúde dos países mais pobres, principalmente daqueles que buscavam a independência política e a ruptura da opressão colonial, pelos movimentos

libertários e não na linha dos países capitalistas centrais (STARFIELD, 2002; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Fundamentada nos princípios de integralidade, qualidade, equidade e participação social, a APS representou uma inovação conceitual e tecnológica na visão sobre os sistemas de saúde no mundo. É definida como a oferta de cuidados essenciais de saúde baseados em práticas, métodos e tecnologias cientificamente embasadas e socialmente aceitáveis, acessíveis universalmente a indivíduos e famílias nas suas comunidades, pela sua plena participação e a um custo suportável à comunidade e ao país. Mantendo a autodeterminação das nações em cada estágio de desenvolvimento, a APS foi a aposta teórica e operacional da Organização Mundial da Saúde - visando ao alcance da meta “Saúde para todos no ano 2000” (STARFIELD, 2002; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

No Brasil, o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira foi um marco para a saúde no Brasil, tendo o seu ponto estratégico na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986. O reconhecimento do direito à saúde como um direito social na Constituição Federal de 1988 foi importante para a construção de um novo modelo assistencial no país. Nesse contexto de um novo modelo de assistência onde nascia o SUS, a comunicação passa a ser uma estratégia para garantir o acesso (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; PAIM, 2018).

Para enfrentar a crise e consolidar o SUS, que já expressava avanços significativos com a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde, desenvolveu-se a chamada “reforma da reforma” ou “reforma incremental”, cujo processo envolveu um conjunto de modificações no desenho e na operação da política de saúde. As mudanças ocorreram nas formas de organização dos serviços (modificações nos sistemas e nas unidades prestadoras), nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde e no modelo de prestação de serviços assistenciais (PAIM, 2018; SANTOS, 2018).

O esforço brasileiro de superação da ‘crise do modelo assistencial’ e de retomada dos princípios do SUS e da APS, expressos em Alma-Ata, passa a se concretizar a partir de 1994, com a implantação progressiva do Programa Saúde da Família (PSF). Essa iniciativa foi precedida pelo Programa Agentes de Saúde (PAS), implantado no estado do Ceará em 1987, e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, que pela primeira vez na história do SUS enfoca a família e não o indivíduo, dentro das práticas de saúde, e introduz a noção de área de cobertura¹¹. Com a implementação do PSF, incorporando a experiência anterior do PACS, a Saúde da Família passa a ser priorizada pelo Ministério da Saúde como a estratégia para reorganizar o modelo de atenção, constituindo as bases conceituais e operacionais do que se denomina ‘Atenção Básica à Saúde’ (ABS) no Brasil. A proposta está ancorada nos princípios básicos de substituição da atenção básica tradicional, integralidade e hierarquização da

atenção, territorialização e cadastramento da população e equipe multiprofissional, enfrentando o desafio de promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral, contínua e equitativa. (BRASIL, 2009)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem, desde 1994, constituindo-se como principal estratégia para a mudança do modelo assistencial e ampliação do acesso, principalmente, para as populações com risco aumentado, tanto do ponto de vista biológico quanto socioeconômico. A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada preferencial de acesso aos serviços de saúde e a sua implementação possui o mais alto grau de descentralização e capilaridade, aproximando-se, cada vez mais, da vida das pessoas e do seu cotidiano (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

No Brasil, a APS é regulamentada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), com sua versão mais atual revisada em 2017 (BRASIL, 2017). Assim, define-se:

A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras. Para o cumprimento do previsto no 3º parágrafo, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/inequidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde (BRASIL, 2017).

No contexto da APS, com o processo de redemocratização do país, a Comunicação passa a ser uma estratégia fundamental para o maior projeto social do país, pois teve o papel de contribuir para o reconhecimento da população do seu direito à saúde. A APS foi sendo fortalecida em toda a nação, levando a saúde para mais perto do cidadão, substituindo os modelos tradicionais que tiveram sua hegemonia por décadas. A implementação das Equipes de Saúde da Família alcançou melhorias na Saúde da Criança, da Mulher, do Idoso e a população passou a ter acesso a serviços odontológicos. Houve uma redução considerável de internações, mortalidade materna e infantil (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para a expansão e a consolidação da Atenção Básica. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e as diretrizes previstas nessa portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família. A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica é condição essencial para o alcance dos resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da

integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade (BRASIL, 2017).

No trabalho das Equipes de Saúde da Família, destaca-se o caráter multiprofissional, com atuação de Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para garantir os princípios da: a) Universalidade; b) Equidade e c) Integralidade. Além disso, garante-se que a implementação das Diretrizes sejam efetivas, com: a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede e i) Participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Como um dos instrumentos que tem norteado a criação de equipes da ESF no Brasil, destaca-se o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS).

3.2 Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS)

No Brasil, o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) tem sido utilizado para apontar áreas prioritárias de implantação de equipes de Saúde da Família (ESF) em territórios de médio e alto risco. A APS é evidenciada como uma das estratégias que contribui com o processo de reversão de condições precárias de saúde dos estratos populacionais considerados pelo IVS mais vulneráveis, maiores dependentes do SUS (SMSA/BH, 2012).

O Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em 1998, com dados do Censo Demográfico de 1991, da Contagem Populacional de 1996, dos Sistemas de Informação em Saúde e de urbanização. Foi recalculado em 2003, com os dados do Censo de 2000 e dos Sistemas de Informação em Saúde. Pela necessidade de manter o IVS atualizado e mais próximo da realidade vivida na nossa cidade na última década, um novo cálculo foi feito em 2012. Como na construção dos IVS anteriores, a unidade de análise foi o setor censitário do IBGE. De acordo com os dados do Censo Demográfico 2010, Belo Horizonte tem 3.936 setores censitários, ou seja, 1373 setores censitários a mais do que tinha em 2000 (acréscimo de 54%). No entanto, 106 setores censitários (2,7%) não foram incluídos no cálculo atual do IVS pelas seguintes razões: a) 58 setores censitários com dados sigilosos; b) 07 setores censitários constituídos exclusivamente por domicílios coletivos e c) 41 setores censitários sem população residente (SMSA/BH, 2012).

O primeiro passo foi elencar o rol dos indicadores candidatos a compor o IVS a serem selecionados a partir do seu poder discriminatório das desigualdades espaciais. Nesse primeiro momento, foram construídos alguns dos indicadores que haviam sido utilizados nos cálculos dos IVS anteriores e incluídos outros calculados com dados inéditos disponibilizados no Censo 2012. Todos os indicadores foram construídos de modo que quanto maior seu valor, maior a vulnerabilidade esperada. Decidiu-se não incluir indicadores de morbimortalidade, tendo em vista que o IVS seria utilizado, principalmente, para avaliações de desfechos em saúde, na maioria adoecimento e morte. Os 18 indicadores candidatos estão listados a seguir:

Quadro 1– Indicadores de morbimortalidade tendo em vista o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS)

INDICADOR	DESCRIÇÃO
<u>SANEAMENTO</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente. 2) Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente. 3) Percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo de forma inadequada ou ausente.
<u>HABITAÇÃO</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Percentual de domicílios improvisados no setor censitário. 2) Razão de moradores por domicílio.
<u>ESCOLARIDADE</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Percentual de pessoas analfabetas. 2) Percentual de responsáveis analfabetos.
<u>RENDA</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Percentual de domicílios particulares com rendimento per capita até ¼ salário mínimo. 2) Percentual de domicílios particulares com rendimento per capita até ½ salário mínimo. 3) Rendimento nominal mensal médio das pessoas responsáveis (invertido para manter a lógica dos indicadores. Quanto menor a renda, maior a vulnerabilidade).
<u>SOCIAL</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Percentual de responsáveis pelos domicílios particulares permanentes com 10 a 19 anos de idade. 2) Percentual de pessoas de raça/cor parda, preta ou indígena. 3) Percentual de pessoas de raça/cor preta ou indígena.
<u>ENTORNO</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Percentual de domicílios sem iluminação. 2) Percentual de domicílios sem calçada. 3) Percentual de domicílios com meio-fio. 4) Percentual de domicílios com esgoto a céu aberto. 5) Percentual de domicílios com lixo acumulado nos logradouros.

Fonte: SMSA/BH (2012)

Após a avaliação, pela análise descritiva, o estudo de correlação (Pearson e *Spearman*) e o mapeamento das variáveis candidatas, os seguintes indicadores foram descartados pelas razões expostas:

- a) Percentual de domicílios improvisados no setor censitário – Não considerado um indicador adequado devido ao número reduzido de setores cujos domicílios eram na maior parte improvisados;
- b) Percentual de responsáveis analfabetos – Optou-se por utilizar apenas o indicador de pessoas analfabetas, uma vez que já inclui os responsáveis analfabetos;
- c) Percentual de domicílios particulares com rendimento per capita até $\frac{1}{4}$ SM – Optou-se por considerar a linha de corte em $\frac{1}{2}$ salário mínimo, sendo coerente com o que é considerado linha de pobreza para todos os programas sociais do governo brasileiro;
- d) Percentual de responsáveis pelos domicílios particulares permanentes com 10 a 19 anos de idade - Observou-se uma concentração inesperada de setores censitários com altos valores para este indicador em determinadas áreas, como ao redor de campus de universidades, o que levantou a possibilidade de se tratarem de domicílios de jovens estudantes, não se adequando ao objetivo pretendido;
- e) Percentual de pessoas de raça/cor preta ou indígena - Em discussão interna com o grupo que trabalha igualdade racial na SMSA, considerou-se mais adequada a utilização do indicador que inclui também os indivíduos de cor parda, uma vez que a raça negra é constituída por pessoas de cor preta e parda.

Apesar de serem candidatas iniciais ao indicador, as variáveis do entorno foram excluídas por terem cobertura de 95,5%, sendo as perdas não aleatórias. Essas perdas se concentraram nas áreas de vilas e favelas, sendo que os maiores aglomerados não tiveram cobertura adequada. Dessa maneira, foram excluídas 10 das 18 variáveis candidatas iniciais e o cálculo do IVS foi feito com as oito seguintes variáveis agrupadas em duas dimensões (SMSA/BH, 2012).

Após o cálculo final do IVS, os setores censitários foram categorizados de acordo com os seguintes pontos de corte apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Classificação do Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS)

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
BAIXO RISCO	Setores com valores IVS inferiores ao IVS médio.
MÉDIO RISCO	Setores censitários com valores do IVS com ½ desvio padrão em torno da média (média +/- 0,5 Desvio Padrão).
ELEVADO RISCO	Setores com valores acima do IVS médio até o limite de 1,5 Desvio Padrão acima da média (limite superior do IVS médio + 1 Desvio Padrão).
MUITO ELEVADO RISCO	Setores com valores acima do IVS elevado.

Fonte: SMSA/BH (2012)

Os indicadores de vulnerabilidade têm sido utilizados para apontar áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos, como as equipes de SF. No entanto, observa-se populações vulneráveis em áreas consideradas como de baixo risco, que apresentam muitas demandas por serviços de saúde, mas com dificuldade de acesso aos mesmos.

3.3 Comunicação, informação e controle social

O direito à informação, assim como à saúde, é essencial para a manutenção da vida humana na sua dignidade mínima (GENTILLI, 2002). Dessa maneira, faz-se necessário realizar investigações para verificar como esse discurso é exposto e quais os temas mais abordados sobre saúde pública, no sentido de contribuir com o fortalecimento do SUS para a sociedade. A promoção da informação em saúde é reconhecida como ferramenta estratégica para a melhoria da saúde de uma população.

[...] três são mais comuns e frequentemente identificadas como por exemplo: a comunicação que fica sob responsabilidade da Assessoria de Comunicação Social do órgão cuidando da imagem pública da gestão, tem aquela que fica a cargo das divulgações científicas, chamadas de comunicação pública da ciência e por último a Comunicação organizacional (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 29).

A comunicação organizacional diz respeito aos processos internos das organizações de produção, circulação e apropriação da informação. Segundo Araújo e Cardoso (2014), a partir da teoria crítica pela comunicação na década de 50, iniciou-se o processo de diferenciação, a informação aprofundou o modo de produção de dados e sua conversão em informação. Outro ponto importante abordado pelas autoras, é o princípio da universalidade que é o fundador do SUS, saúde como direito de todos, logicamente, a comunicação como direito de todos (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

A comunicação relacionada à saúde deve esclarecer sobre questões dos cuidados com a saúde, que podem impactar nas escolhas individuais assim como sobre o acesso às políticas de saúde públicas. O acesso a informações de interesse público permite o conhecimento das questões referentes às práticas de saúde e dá suporte às decisões a serem tomadas. Um contrato de comunicação é uma definição socialmente estabelecida de quais as condições (identidade dos sujeitos, objetivos legítimos, saberes pertinentes, circunstâncias materiais) apropriadas para se produzir cada tipo de discurso (narrativo, argumentativo, persuasivo, descritivo, com um conjunto ou outro de recursos estilísticos, mais ou menos formal, dentre outros modos) e, inversamente, que tipo de discurso é adequado para que condições (NOGUEIRA, 2004).

Para que esse contrato se estabeleça, é necessário, primeiramente, que o sujeito comunicante tenha seu direito de fala reconhecido pelo sujeito interpretante, ou seja, que ele seja considerado um sujeito normal, não alienado, alguém digno de ser escutado.

Martins e Marco (2010) destacam falhas nos processos comunicacionais como um dos principais desafios envolvidos na humanização dentro dos serviços de saúde. Entre os vários setores e segmentos (profissionais, gestores, usuários) envolvidos no trabalho em saúde, o diálogo é um passo importante para a melhoria da qualidade das condições de trabalho e atendimento aos usuários.

Destaca-se que comunicar não é somente transmissão de conteúdo, fato e informação; envolve a composição de emoções e sentimentos quando nos comunicamos com o outro. A qualidade de comunicar pode ser avaliada pela capacidade de analisarmos qual o nível de troca que fazemos com a pessoa que solicita nossa ajuda e qual disponibilidade e conhecimento dispomos como profissional da saúde. É coerência entre discurso e ação (SILVA, 2002).

O discurso é sempre ideológico e marcado pelo objetivo que se quer atingir. Os pressupostos de enunciação são aquilo que se espera ouvir, por ser mais interessante vantajoso ou economicamente rentável. O discurso midiático relativo à saúde pública, de um modo geral, está mais preocupado com as questões comerciais do que com o bem comum, apresentando sempre discursos e imagens da falência da saúde pública nos mais variados territórios brasileiros (CIRINO; TUZZO, 2014).

São três as condições que embasam o direito à fala (discurso): o reconhecimento do saber, do poder e do saber fazer. Primeiramente, o emissor (sujeito comunicante) deve demonstrar que sua fala, ou seja, o seu discurso tem, adequadamente, um conjunto de

significados aceitos em consenso pelos membros da comunidade para quem se fala (sujeito destinatário) para que o sentido da fala possa ser compreendido e avaliado (NOGUEIRA, 2004).

Além disso, o emissor precisa se fazer reconhecer como possuidor de determinadas identidades sociais que o legitimam para proferir o discurso em questão. Portanto, tanto a identidade social quanto o discurso a ser proferido estarão intimamente ligados à legitimidade da sua fala. Por último, o direito à fala está também vinculado ao “saber fazer”, isso é, à capacidade do emissor de ter a credibilidade das pessoas para quem se fala, proferindo ideias que confirmem as expectativas esperadas (NOGUEIRA, 2004).

Considerando o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS-BH) como representante da comunidade nas decisões tomadas sobre a saúde pública, a sua fala se torna legítima. A informação como direito social é aquele indispensável para a vida, resultado de conquistas no campo social. O direito à informação, assim como à saúde, é essencial para a manutenção da vida humana na sua dignidade mínima. Portanto, a regulação ao acesso à informação deveria ser provida e concedida pelo Estado.

Espera-se que este trabalho sirva como ferramenta estratégica de informação e comunicação para os Colegiados de participação do CSCC na luta por melhorias frente à Gestão Municipal.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa analítica, de abordagem qualitativa, envolvendo um conjunto de técnicas, em três etapas: a) análise documental; b) pesquisa de campo e c) narrativa da história de vida e profissional da pesquisadora Agente Comunitária de Saúde (ACS) do Centro de Saúde Carlos Chagas. As etapas foram desenvolvidas de março de 2019 a janeiro de 2020.

Como estratégia para o resgate dos marcos históricos do CSCC, optou-se pela análise documental, acessando uma gama de documentos, publicações, noticiários, reportagens, materiais audiovisuais disponíveis eletronicamente ou de forma impressa, na tentativa de se construir uma “síntese”, pois se referem a atos individuais, da vida política, do municipal, do estado e do Brasil. As autoras Marina Marconi e Eva Lakatos (2019) destacam que, na análise documental, o pesquisador não exerce controle sobre a forma que esses documentos foram criados, assim, para utilizá-los, deve-se selecionar o que lhe interessa e preparar os documentos, interpretando-os e comparando a outros, quando possível. Em relação ao conceito de síntese, as autoras destacam, ainda, que:

Consiste na exposição abreviada de uma sucessão de acontecimentos, das características gerais de alguma coisa, objetivando a favorecer uma visão global do que está sendo focalizado. Reúne elementos concretos ou abstratos em um todo, por meio de uma operação mental que permite conhecer as relações dos elementos de um texto (entendido aqui não apenas o que é formado por palavras), dando-lhe um sentido global. Refere-se à separação das diferentes partes constituintes de um todo ou exame de cada parte, tendo em vista conhecer sua natureza, suas proposições, suas funções e suas relações (MARCONI; LAKATOS, 2019).

Um trabalho árduo foi conduzido ao buscar o máximo de informações possíveis quanto à criação do CSCC. Com acesso direto aos relatórios das reuniões do Conselho Local de Saúde (CLS) e do Colegiado Gestor, preparou-se uma espécie de documentário em conjunto com ofícios protocolados, que apontavam de que forma ocorreu a participação popular na Unidade, principalmente no que se refere às reivindicações da sua principal demanda, que foi a transformação do serviço de saúde numa Unidade de Saúde da Família (USF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS), numa área de abrangência de baixo risco na regional centro sul de Belo Horizonte.

Assim, foram consultadas as 61 Atas das reuniões do Colegiado Gestor, com início em 1992 - período que a Unidade pertencia ao Estado de Minas Gerais. As Atas foram analisadas do ponto de vista qualitativo. A pesquisadora Maria Cecília Minayo (2002) destaca que, nas Ciências Sociais, preocupam-se com um universo significativo, que não pode ser quantifica-

do, como motivos, aspirações, valores e atitudes, correspondentes a relações e fenômenos que não são operacionalização de variáveis. Por isso, nossa abordagem partiu de uma da abordagem qualitativa. Na seção de Resultados, quando foram transcritos trechos originais das Atas, elas foram identificadas como: “Ata 1”; “Ata 2”; “Ata 3” e assim sucessivamente, seguida do ano e da página. A Figura 2 mostra o volume de materiais referentes às Atas.

Figura 2 - Material de coleta dos dados – Atas do Conselho Gestor do Centro de Saúde Carlos Chagas (1992 a 2019)



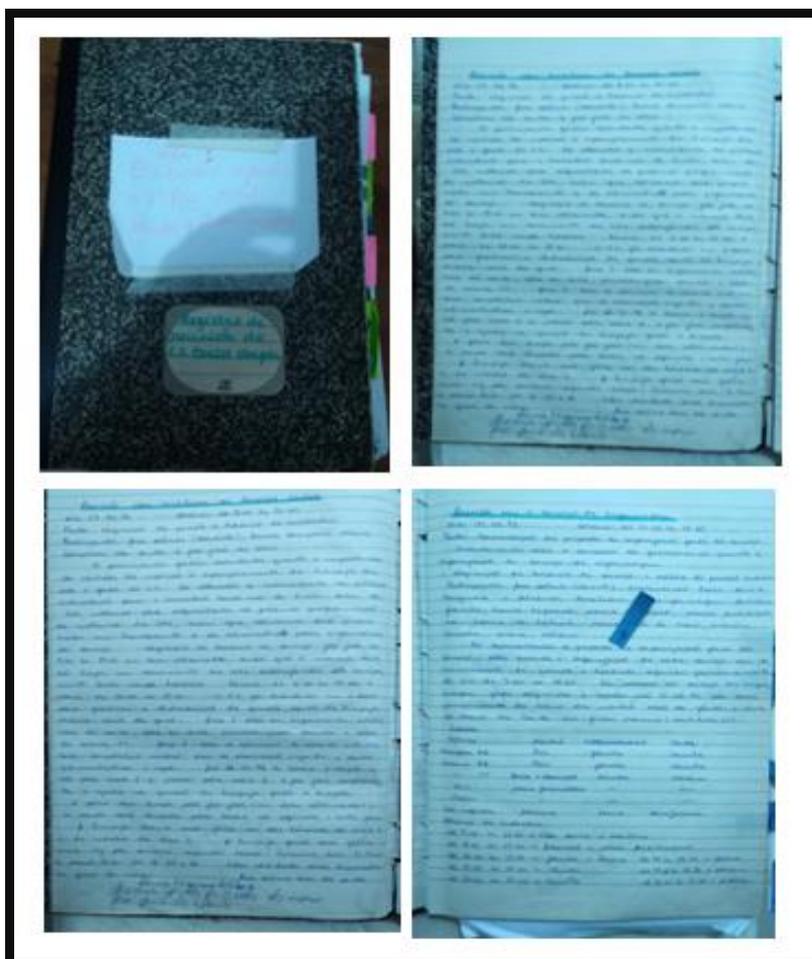
Fonte: Autores (2019)

Memórias anteriores a 1992 (início das atas) são trazidas nos registros como a data de construção do serviço de saúde, no ano 1949. Eram abordadas situações como a organização do serviço pelos trabalhadores, os conflitos sobre a utilização do mesmo espaço por outros serviços como o Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) e Profilaxia da Raiva, em 1996; a municipalização; a luta social para o serviço social atender a população de rua; a criação das equipes das Estratégias Saúde da Família (ESF) número 01 e número 02 (ESF01 e ESF02), em 2002; a formação do Conselho Local de Saúde (CLS), em 2005, e as transformações que ocorreram na Unidade até os dias atuais - 2019.

Com acesso direto aos relatórios das reuniões o Conselho Local de Saúde (CLS) e do Colegiado Gestor, preparou-se uma espécie de documentário em conjunto com ofícios protocolados, que apontavam de que forma ocorreu a participação popular na Unidade, principalmente no que se refere às reivindicações da sua principal demanda, que foi a transformação do serviço de saúde numa Unidade de Saúde da Família (USF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS), numa área de baixo risco na Regional Centro-Sul de Belo Horizonte.

Destaca-se que, na leitura das Atas, conduziram-se análises minuciosas dos conteúdos, página por página, marcando trechos importantes e extraindo os dados necessários. A Figura 3 mostra o registro de algumas Atas e os detalhes adotados pelos autores para a sua análise.

Figura 3 - Registro de algumas Atas, e os detalhes adotados pelos autores para a sua análise (marcação de itens importantes)



Fonte: Autor (2019)

Na tentativa de registrar os atores participantes das discussões para melhoria do Centro de Saúde, tentou-se fazer um “resgate histórico” a partir das Atas de Reuniões (APÊNDICE A).

Na pesquisa de campo, foi utilizada a base de dados do Sistema Gestão da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA/PBH), para os dados atuais dos registros de cadastro e fluxos de atendimentos atualizados do CSCC, cujos dados são de acesso público, adotando todos os cuidados para preservar o sigilo quanto aos usuários.

Destaca-se, ainda, que outros documentos foram analisados, tais como: registros das equipes de saúde; reportagens em jornais impressos e eletrônicos; materiais audiovisuais, entre outros; cujo acesso se deu nos formatos impressos ou eletrônicos, efetuando buscas no Google e/ou bases de dados científicas – Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Além disso, utilizou-se narrativa da história de vida e profissional da pesquisadora (quase autobiográfica), pois sua inserção na equipe e nos conselhos locais se atrela ao processo evolutivo da Unidade; sendo impossível dissociar essa rica experiência de quem realmente vive o cotidiano da Unidade e do Território.

Desse modo, os documentos analisados, mais de 80, não esgotaram todos os processos de decisões, mas trouxeram fatos importantes de participação de trabalhadores e usuários na organização dos serviços da Unidade, elucidando uma rica construção coletiva do CSCC.

Já com a análise dos documentos, propõe-se problematizar as estratégias de comunicação e informação de um conselho local de saúde de Belo Horizonte para a garantia do controle social e do acesso à saúde de populações vulneráveis residentes em áreas institucionalmente consideradas como de baixo risco. A comunicação é uma parte importante da organização e do seu fortalecimento junto à comunidade local, assim, esse trabalho, além de fazer a construção histórica, divulga as atividades do Conselho de Saúde Local na discussão com os segmentos de usuários, trabalhadores e gestores sobre as questões coletivas de saúde do território.

Por fim, para dar voz e visibilizar alguns dos protagonistas desta história, foi solicitado a alguns profissionais que fizessem um registro, considerando seus históricos no CSCC, suas vivências, lutas e desafios que estão por vir no trabalho na Unidade. Ademais, sem nos esquecermos dos integrantes do Conselho Local de Saúde, coletaram-se alguns registros, transcrevendo-os na íntegra. A abreviação dos nomes e indicativo das funções/cargos que ocupam teve justamente a intenção de permitir que esses profissionais e usuários ficassem registrados na história do Centro de Saúde e neste trabalho.

Destaca-se que, para o acesso a todos os documentos do CSCC, houve autorização prévia da Gerência, sendo que os cuidados para preservar o anonimato e sigilo dos usuários foram considerados durante todo o estudo.

5 DESENVOLVIMENTO

5.1 *Eles contam ... o antes*

Os fatos apresentados se embasaram em vários documentos consultados (BELO HORIZONTE, 1991; 1993; 2010; 2019; SOUZA; CARNEIRO, 2003; CSMBH, 2006).

O Centro de Saúde Carlos Chagas (CSCC) foi inaugurado em 1949, localizado no hipercentro de Belo Horizonte, chamada Região Centro-Sul, e foi construído pela Secretaria das Comunicações e Obras Públicas do estado de Minas Gerais, governado pelo Exmo. Sr. Dr. José de Magalhães Pinto, que tinha como Secretário de Saúde Dr. Aureliano Souza Cruz, tendo a obra sido acabada na gestão do Secretário Dr. Aureliano Chaves.

Figura 4 – Placa de inauguração do Centro de Saúde Carlos Chagas (1949)



Fonte: <https://www.flickr.com/photos/portalpvh/8125586190/in/photostream/> (2012)

Foram implantados serviços de Ginecologia (consultas; pré-natal e prevenção de câncer cérvico uterino); Pediatria; Clínica Médica (maior demanda de pessoas com carteira de trabalho assinada); Dermatologia; Cardiologia; Imunização Básica e Especial (vacinas exigidas para viagens internacionais), com destaque para a varíola; Programa de Profilaxia de

Raiva Humana; Abreugrafia¹; Laboratório de Análise Clínicas; Exames médicos para carteira de motorista.

Na década de 50, pelo fato de parte da área física do Centro estar ociosa, tal parte foi cedida à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Já na década de 60 ocorreram reformas, demolição e reconstrução do prédio. Na década de 70 foram extintos serviços médicos, laboratório e abreugrafia, de forma gradativa. Foram mantidos serviços de profilaxia da raiva humana, imunização básica e internacional. Nesse período, é importante destacar que, em Belo Horizonte, ocorria a I Conferência Municipal de Saúde, precedendo a Pré-Conferência Estadual preparatória para a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS).

Em 1987, com o projeto do Centro de Treinamento e Referência em Imunização e Vigilância Epidemiológica para Minas Gerais, houve alteração radical no quadro de Recursos Humanos, gerando conflitos internos. O projeto não foi implantado devido à inadequação da área física e à falta de recursos materiais.

Destaca-se a II Conferência Municipal de Saúde, em novembro de 1990, que objetivou discutir as políticas de saúde para o município e constituir um Conselho de Saúde, incluindo a elaboração e a aprovação do seu estatuto. Assim, foi aprovado um estatuto, propondo a organização, atuação e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS/BH). O Estatuto foi remetido à Câmara Municipal de Belo Horizonte para ser transformado em Lei, como determinava a Lei Orgânica do Município.

Já em 1991 ocorreu a III Conferência Municipal de Saúde do município, destacando a participação do Sindicato dos Trabalhadores da Área de Saúde do Estado de Minas Gerais (SIND-SAÚDE), que junto a outros movimentos, assinaram uma moção reivindicando a municipalização dos hospitais da rede estadual de saúde, principalmente o Hospital Júlia Kubitschek, o controle das autorizações de internação e o controle, por parte da SMS, dos contratos e convênios estabelecidos com a rede privada.

Dentre as deliberações dessa Conferência, destacam-se: a importância da efetivação do CMS/BH; a necessidade de mudança no modelo assistencial hegemônico centrado na assistência médica para uma prática de atenção integral à saúde; a necessidade de criação dos Conselhos Locais, Distritais e Municipal; o fortalecimento, mesmo que em pequena proporção, dos movimentos populares; dentre outras questões.

¹ Abreugrafia: método de fixar em chapa fotográfica de dimensão reduzida à imagem obtida por radioscopia. Era um método brasileiro rápido e barato de tirar pequenas chapas radiográficas dos pulmões, para facilitar o diagnóstico da tuberculose e doença mortal.

Com o movimento de municipalização de algumas ações de saúde, o CSCC foi municipalizado, em 1991, mantendo-se a referência e projeto. Todavia, problemas emergiram após a municipalização. Em 1992, com a desorganização e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais, a Gerência orientou sobre a importância da implantação do Centro de Treinamento e Referência em Imunização, capacitando todos os setores para a melhoria do atendimento e das informações aos usuários.

Nesse período, o CSCS funcionava 24 horas em turnos de plantões. Foi realizado o primeiro levantamento estatístico do número de atendimentos nos períodos de 1991 a 1993 para planejamento da organização do serviço.

Em 1993, nesse ano, iniciou-se o funcionamento do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), acordo entre Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Isso se iniciou com a vacina contra Hepatite B, que era indicada a grupos restritos. Assim, percebia-se que mesmo com os levantamentos feitos na III Conferência Municipal de Saúde, as ações não passaram a ser integrais, restringindo a ações campanhistas.

As demandas do Centro de Saúde extrapolavam meramente ações de imunização. No início de 1994, em reunião com o Distrito Sanitário Centro Sul (DISACS), gerência e profissionais do CSCS, tinha-se a proposta de levantamento das demandas atendidas no CSCS, levantadas por todos os profissionais. O conhecimento dos dados, segundo a gerência, favoreceria a análise e a programação das atividades locais. Em abril de 1994, ocorre a Conferência Distrital com os temas: a) urgência e emergência; b) financiamento; c) recursos humanos; d) participação popular; e) controle social e f) relação público-privado. A municipalização já se desenhava e era objetivo da administração municipal, pois representava um avanço, um ganho para a população desde a VIII Conferência Nacional de Saúde.

Entre maio e agosto de 1994 ocorreu a IV Conferência Municipal de Saúde, sendo um dos principais momentos da construção do SUS e do Controle Social em Belo Horizonte, pois foi quando se deu, junto com a sociedade civil organizada, a aprovação do projeto político do SUS, a definição do Modelo Assistencial e a entrada de Belo Horizonte na Gestão Semiplena. Nessa Conferência, aprovou-se que a forma de escolha de gerentes das Unidades de Saúde seria por eleição direta. Além disso, destacam-se as deliberações: instalar mesa permanente de negociação de Recursos Humanos; criar a função gerencial nas Unidades de Saúde; estruturar o Sistema Municipal de atendimento à urgência e emergência; dentre outras ações.

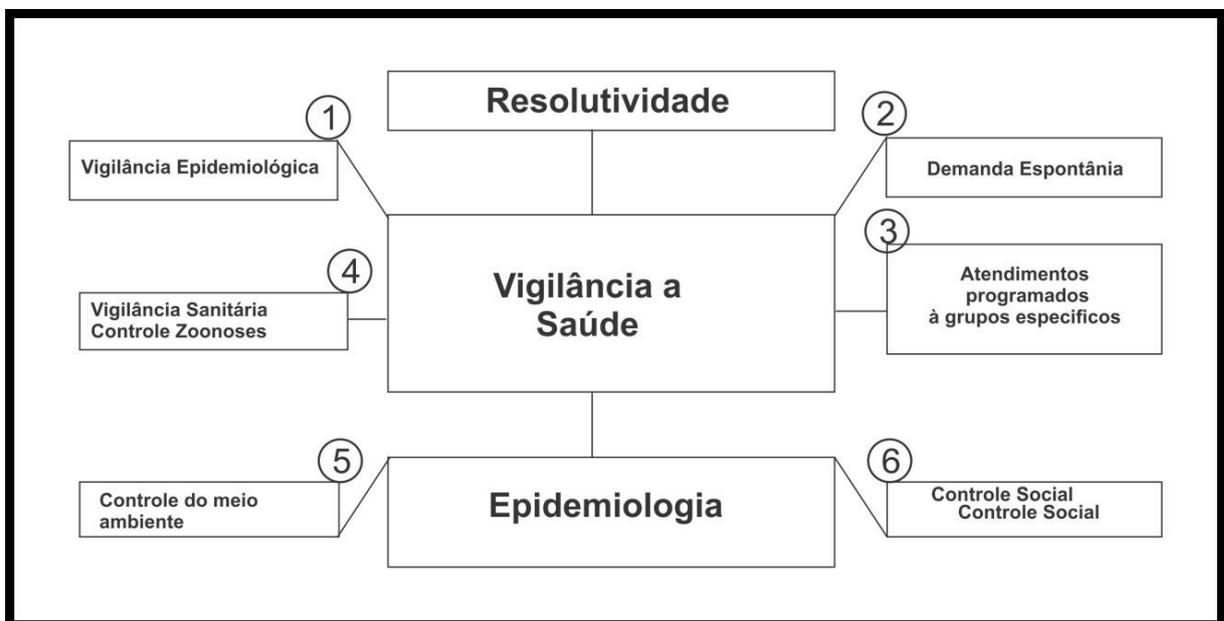
Assim, neste mesmo ano (1994), aprova-se a reforma do Centro de Saúde Carlos Chagas pelo Orçamento Participativo (OP)/95. Essa reforma foi assegurada por grupos da sociedade civil organizada, como: catadores de papel, sindicato de lavadores e manobristas de veículos e Organizações não Governamentais (ONGs), que trabalhavam com população em situação de rua. Destaca-se que não houve participação efetiva dos moradores do Centro da cidade. Sua localização era Alameda Ezequiel Dias, número 345, Centro, Belo Horizonte.

A diretora do DISACS à época apresentou uma proposta à SMS, como mostrado no trecho a seguir extraído de uma das Atas:

[...] o processo de desenvolvimento do SUS no ponto de vista político e filosófico não é apenas uma questão da SMSA, mas de uma política de saúde como um todo. A PBH é apenas uma Instituição que defende esta proposta do SUS e trabalha com os princípios básicos do mesmo (ATA 01, 1995, p. 18).

A Figura 5 mostra como era a estrutura proposta na época:

Figura 5 - Estrutura proposta na época para o Centro de Saúde Carlos Chagas



Fonte: Ata 01 (1996, p. 23)

Em 25 de setembro de 1996, a administração municipal entregou as obras de reforma do CSCC à população, ocorrendo no mandato do Prefeito Patrus Ananias de Souza, com o Secretário de Saúde César Rodrigues Campos, o Superintendente da Superintendência de Desenvolvimento da Capital (SUDECAP) Marco Antônio de Rezende Teixeira, também Administrador da Regional Centro-Sul.

As ações de serviço envolvendo cuidados primários ou Atenção Básica no CSCC se iniciaram em outubro de 1996, data em que aconteceu o 1º Seminário do Centro de Saúde Carlos Chagas. A diretora do DISACS apresentou o novo modelo assistencial vigente, o fluxograma de atendimento hierarquizado, dando foco ao papel e à importância do CSCC como porta de entrada do SUS.

Em 1996 a direção do Distrito Sanitário do Centro Sul (DISACS) apresentou a proposta da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte com o seguinte relato:

[...] o processo de desenvolvimento do SUS no ponto de vista político e filosófico não é apenas uma questão da SMSA, mas de uma política de saúde como um todo. A PBH é apenas uma Instituição que defende esta proposta do SUS e trabalha com os princípios básicos do mesmo (ATA 01, 1995, p. 18).

Contudo, vale destacar que, em Minas Gerais, as primeiras experiências de implantação da Estratégia Saúde da Família ocorreram em 1994, após assinatura do Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde. Inicialmente, 12 municípios (Abre Campo, Além Paraíba, Barbacena, Brumadinho, Caeté, Itacarandu, Juiz de Fora, Pedra de Indaiá, Santa Cruz do Escalvado, São Gonçalo do Pará e Três Pontas) receberam recursos financeiros do MS para montar uma infraestrutura necessária para as equipes. Assim, desde 1996, o estado trabalhou para implantar novas equipes da ESF e PACS (BARROS, 2015).

As estratégias de funcionamento do CSCC seguiam os seguintes pressupostos:

- a) Planejamento baseado no perfil epidemiológico;
- b) Atuação ativa no processo saúde-doença;
- c) Coordenação das ações com outros setores;
- d) Atuação interdisciplinar;
- e) Mudança na relação do serviço com a população;
- f) Apresentação do quadro de Recursos Humanos:
 - ✓ 01 Gerente – carga horária de 8 horas;
 - ✓ 07 Médicos (Clínico Geral) - carga horária de 4 horas;
 - ✓ 02 Enfermeiros - carga horária de 4 horas;
 - ✓ 09 Auxiliares de Enfermagem - carga horária de 6 horas;
 - ✓ 03 Auxiliares de Enfermagem - carga horária de 4 horas;
 - ✓ 02 Auxiliares de Serviços Gerais - carga horária de 8 horas;
 - ✓ 01 Auxiliar Administrativo - carga horária de 8 horas;

- ✓ 01 Vigia - carga horária de 12 horas.
- g) Foram solicitadas contratações de mais:
 - ✓ 01 Médico Clínico Geral;
 - ✓ 01 Médico Ginecologista;
 - ✓ 04 Auxiliares de Enfermagem;
 - ✓ Equipe de Saúde Mental – trabalho com a população em situação de rua.

Seguindo o percurso histórico do CSCC, em maio de 2001, ocorreu a reorganização do CRIE, com uma equipe específica para esse atendimento e com mais disponibilidade dos imunológicos e melhor divulgação. Assim, houve um aumento significativo da demanda.

Em maio de 2002, na Unidade Carlos Chagas, houve a implantação da Equipe de Saúde da Família 1 (ESF1), responsável pelo atendimento da população em situação de rua. Em novembro de 2002, houve a implantação da Equipe de Saúde da Família 2 (ESF2), responsável pelo atendimento da população da área de abrangência do CSCC. Como serviços de apoio às duas Equipes, destacam-se: Serviço Social, Odontologia e Saúde Mental.

Com a implantação do novo modelo de organização de serviços de saúde, a ESF como alternativa para a reorganização da Atenção Básica, substituindo o modelo médico-centrado hegemônico, trouxe alguns questionamentos feitos pelos profissionais do CSCC. Segundo registros do Livro de Ata, destaca-se a seguinte fala: “Quem não tem capacidade de reflexão corre o risco de fazer sempre e da mesma forma” (ATA 01, 2002, p. 35). Assim, surgiram questionamentos como:

- a) De que forma o serviço seria ofertado?
- b) Para que e para quem o serviço seria ofertado?
- c) Qual a função social do serviço?
- d) Que papéis o serviço desempenhava?
- e) Qual o grau de comprometimento e responsabilização que o serviço assumia com os usuários?

Todos os profissionais sentiam a pressão daquele momento, emergindo a necessidade de que o serviço precisava organizar-se e reorganizar-se em função do modelo pautado na Atenção Primária à Saúde, uma estratégia nacional, mas tendo a referência de base de planejamento o território para atender às demandas locais. Sentia-se a necessidade de integração das informações.

Os primeiros dados levantados da população da área de abrangência de baixo e médio risco foram registrados no Livro Ata 01 (2002, p. 38):

- a) Usuários em Área de Médio Risco → 1.400 cadastros.
- b) Usuários em Área de Baixo Risco → 13.982.

A ESF1, que atendia a população em situação de rua, era composta por um médico, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e ACS's - que eram selecionados pelo Distrito. Na primeira reunião, a Gerência reforça com a equipe o histórico de criação do Centro de Saúde, que se deu pela luta da associação de catadores de papel e lavadores de carro, reforçando o comprometimento do Centro de Saúde com essa população.

Foi criada uma equipe de Saúde Mental para o atendimento dessa população. Autoridades responsáveis conseguiram autorização para a criação da equipe específica para a população em situação de rua, com apoio do Distrito e da Secretaria do Desenvolvimento Social, além da criação de uma equipe de Saúde Mental para essas pessoas, sendo o projeto pioneiro no Brasil.

A ESF1 inicia o atendimento em 03 de junho do ano de 2002, e o Centro de Saúde Carlos Chagas é o primeiro no país a dar assistência a essa população extremamente vulnerável, conforme registrado na página 38 do Livro de Atas, ano 2002. A ESF2, que atendia a população da área de abrangência, tinha uma população cadastrada de 1.400 usuários de médio risco e 13.982 de baixo risco, tendo iniciado a equipe de forma incompleta, sem médico. A organização do serviço envolvia: curativo, vacinas, farmácia, aplicação de injetáveis e controle dos faltosos. Assim, o tema “organização do serviço” foi amplamente discutido pelos profissionais, além das normas da SMS/PBH.

Em 2004, a ESF da área de abrangência foi descredenciada. Foi mantido o projeto do C. S de atendimento aos domicílios de risco pelo PACS. Também no final de 2004 foram transferidos os atendimentos do CRIE e da Raiva para a Santa Casa.

Em 2005, acontece a eleição da 1ª Comissão Local de Saúde, efetivando o Controle Social e a participação popular no CSCC e apresentando regimento interno aos participantes. Um representante de morador em situação de rua discordou do capítulo IV, que mencionava que pessoas residentes na área de abrangência teriam direito à eleição ao Conselho por votação direta. O questionamento do usuário foi amplamente discutido e revisado e seu texto aprovado passou a vigorar: parágrafo 5º do cap. IV - Excepcionalmente enquanto existir a missão de uma Equipe de Saúde da Família para a população de rua no CSCC será admitida a

candidatura de um usuário em situação de rua com mandato de 1 ano representado pelo Fórum de População de Rua. Considerando que a participação e a reivindicação dos moradores em situação foram fundamentais para a criação do CSCC, esses teriam direito em ser eleitos no Conselho Local.

Em 2006, ocorreu a seleção de Agentes Comunitários de saúde. Nesse período, as inscrições ainda eram realizadas nos Centro de Saúde e o processo de seleção aconteceu no Distrito Centro Sul. Em 2007, iniciou-se o processo de informatização do Centro de Saúde. Em 2008, houve seleção pública dos Agentes Comunitários de Saúde e o CSCC aguarda os novos ACS.

Até aqui, ao analisar o conteúdo das Atas, por vezes, parece-me que os personagens relataram a sua história e chego arrepiar. Daí, questiono-me:

Onde estava eu com tudo isso acontecendo tão perto da minha residência?

5.2 Eu conto ... o durante

Minha inserção nesta história se dá em 2008, quando me tornei Conselheira de Saúde e, também, profissional do Centro de Saúde Carlos Chagas. Mas antes de contar minha trajetória de militância e serviço no Sistema Único de Saúde, peço licença para descrever como se deu minha inserção nesse contexto. Casei-me em 1993 e vim morar na Região Centro-Sul, na Rua da Bahia, quase vizinha do CSCC. Nessa época, meu discurso, assim como de muitos brasileiros, era de que eu não precisava e nem precisaria do SUS. Pasmem! Avaliando minha trajetória, eu nem acredito que dizia tamanho absurdo! Reproduzia o que a mídia dizia, reforçando apenas os aspectos negativos da conjuntura desse rico Sistema de Saúde, que é o maior do mundo.

Contudo, minha história com o SUS não começou de forma positiva, o que reforçou meu preconceito. Infelizmente, a experiência de um mau atendimento no CSCC ou, melhor dizendo, um péssimo e desagradável atendimento, fez-me reagir àquela situação. Não me conformei com aquele atendimento e reproduzia o discurso de quem dependia do SUS estava perdido, dizia que pagávamos impostos e que tínhamos o direito de um atendimento digno. “Direitos”? Eu nem sabia o que significava essa palavra, pois não compreendia que, atrelados a eles, havia meus “Deveres” como cidadã. Passados 11 anos, hoje, quando me lembro desses

fatos, sinto-me envergonhada, pois fazia críticas severas de algo que eu não conhecia, ou melhor, que eu não me interessava em conhecer.

Ao sair da Unidade, irada com o atendimento, deparei-me com um pequeno informe pregado na parede suja do Centro de Saúde. Logo, registrei uma foto do telefone que ali estava com a intenção clara e óbvia de reclamar! Contudo, como acredito que nada nessa vida acontece por acaso, as circunstâncias me levaram a outros caminhos. Naquele mesmo dia, liguei para saber do que se tratava aquele tal curso de “Conselheiro”; a atendente informou e pediu que retornasse ao CSCC e procurasse a Gerência para realizar a minha inscrição. Esbravejei com a moça, afirmando veementemente que jamais colocaria meus pés naquele lugar horrível novamente. A moça, gentilmente, pediu que eu me acalmasse e que faria minha inscrição por telefone se assim eu desejasse. Aceitei o convite e me preparei para o tal curso. Pensava comigo: “eu vou, mas vou apenas para dar um recado para esse pessoal do Centro de Saúde como atender melhor as pessoas, principalmente, os pobres que dependiam do SUS”.

Pois bem, 2008 foi o marco da minha vida no SUS. Iniciei minha trajetória como Conselheira de Saúde, participando do primeiro curso de capacitação que ocorria em Belo Horizonte. Minha primeira reunião como conselheira foi em agosto do mesmo ano. Em 2009 foi minha primeira participação efetiva nos colegiados de participação do Centro de Saúde. Isso foi intenso e me fez conhecer parte da história de luta da Saúde e da Democracia. Apaixonei-me pela história de lutas do SUS e, alguns meses após aquele dia fatídico, eu retornava ao CSCC como Servidora da Saúde e, também, como Conselheira. Muito tenho aprendido nesses anos e ainda muito tenho a aprender! Certamente, o SUS me transformou numa pessoa melhor; e eu também pude transformar o SUS. Nós nos transformamos!

A experiência na Atenção Primária à Saúde despertou em mim um interesse em aprofundar os meus conhecimentos sobre as Políticas Públicas de Saúde. Assim, iniciei a graduação no Curso Superior em Tecnologia de Gestão Pública, concluindo-o em 2014. A experiência durante a graduação foi de um aprendizado prático e humano, por uma forte interdisciplinaridade, em que desenvolvi trabalhos pelos quais foram utilizadas várias ferramentas de conhecimento de Políticas Públicas de Saúde. Os estudos e a prática como profissional de saúde possibilitaram um olhar mais crítico sobre os problemas, as dificuldades e os grandes desafios em relação ao território e às populações vulneráveis em territórios considerados de baixo risco.

Foram consideradas as especificidades do CSCC, pela sua localização fora do seu território; por possuir uma área de abrangência extensa e de densidade demográfica superpoblada e ter um elevado número de usuários que demandam os serviços de saúde, situações conflituosas têm ocorrido com frequência. É preciso reconhecer que a rotina da Unidade é constantemente tumultuada, com excesso de usuários a espera de consultas e/ou procedimentos. Assim, faz-se necessário pensar em alternativas que garantam o acesso, mas que tal acesso se dê de forma humanizada.

Daí nasce a importância de se conhecer o território e as pessoas que nele habitam. Conhecer se torna um potente objeto para melhorar a comunicação e a interação entre os trabalhadores, bem como com os usuários, visando levar informações e orientações de forma humanizada. Considerando que a humanização agrega valores éticos, respeito e solidariedade ao ser humano, as relações sociais que envolvem situações e circunstâncias conflituosa poderão ser de forma mais acolhedora e humana, evitando juízo de valores, mas contemplando a integralidade do ser humano.

Assim, ao analisar os problemas, busca-se como estratégia fundamental a melhoria da comunicação e desenvolver ações de informação, educação em saúde, cultura da paz e promoção da saúde, ampliando o conhecimento dos usuários e trabalhadores.

Hoje, faço parte da equipe do PACS, referência de atendimento de domicílios de risco em território de baixo risco. Segundo dados do cadastro do Sistema de Gestão SUS-BH, estima-se que 35.000 usuários vivam em área predominante de Baixo Risco (BR) da APS. Na prática profissional, observou-se um aumento da demanda por atenção à saúde de parcela significativa da população com diversidade no perfil, caracterizada por profissionais do sexo, migrantes, residentes em prédios ocupados e idosos frágeis. Nesse contexto, os profissionais de saúde enfrentam vários desafios para atender as demandas, a equipe se mobiliza e busca estratégias para priorizar os atendimentos (RIBEIRO; ALMEIDA,2019).

O serviço precisava se organizar e reorganizar em função do modelo novo que era uma estratégia nacional, sendo ali uma porta de entrada dos usuários ao Sistema, tendo como referência a base de planejamento para o trabalho no território, para atender as demandas locais. A seguir, apresento-me, em um momento importante, que foi a apresentação de um trabalho em parceria com a “ex-gerente S. P. Almeida” com dados sobre o Centro de Saúde no 8º Congresso Brasileiro de Vigilância Sanitária (SIMBRAVISA).

Figura 6– Registro da Agente Comunitária de Saúde “Solange Augusta de Abreu Ribeiro” (pesquisadora e uma das protagonistas desta história), apresentando um trabalho realizado em parceria com a ex-gerente S.P. Almeida, com dados sobre o Centro de Saúde no 8º Congresso Brasileiro de Vigilância Sanitária



Fonte: Autores (2019)

5.3 Nós contamos ... o agora

Atualmente, o CSCC está localizado no Bairro Santa Efigênia, em uma casa alugada, de 680m² total e de área construída de 584m², possui um histórico de prestação de cuidados primários em saúde, voltado à população da Regional Centro-Sul. As informações sobre as características da planta do imóvel foram passadas pela ex-gerente S. P. Almeida.

Figura 7 – Fachada do Centro de Saúde Carlos Chagas



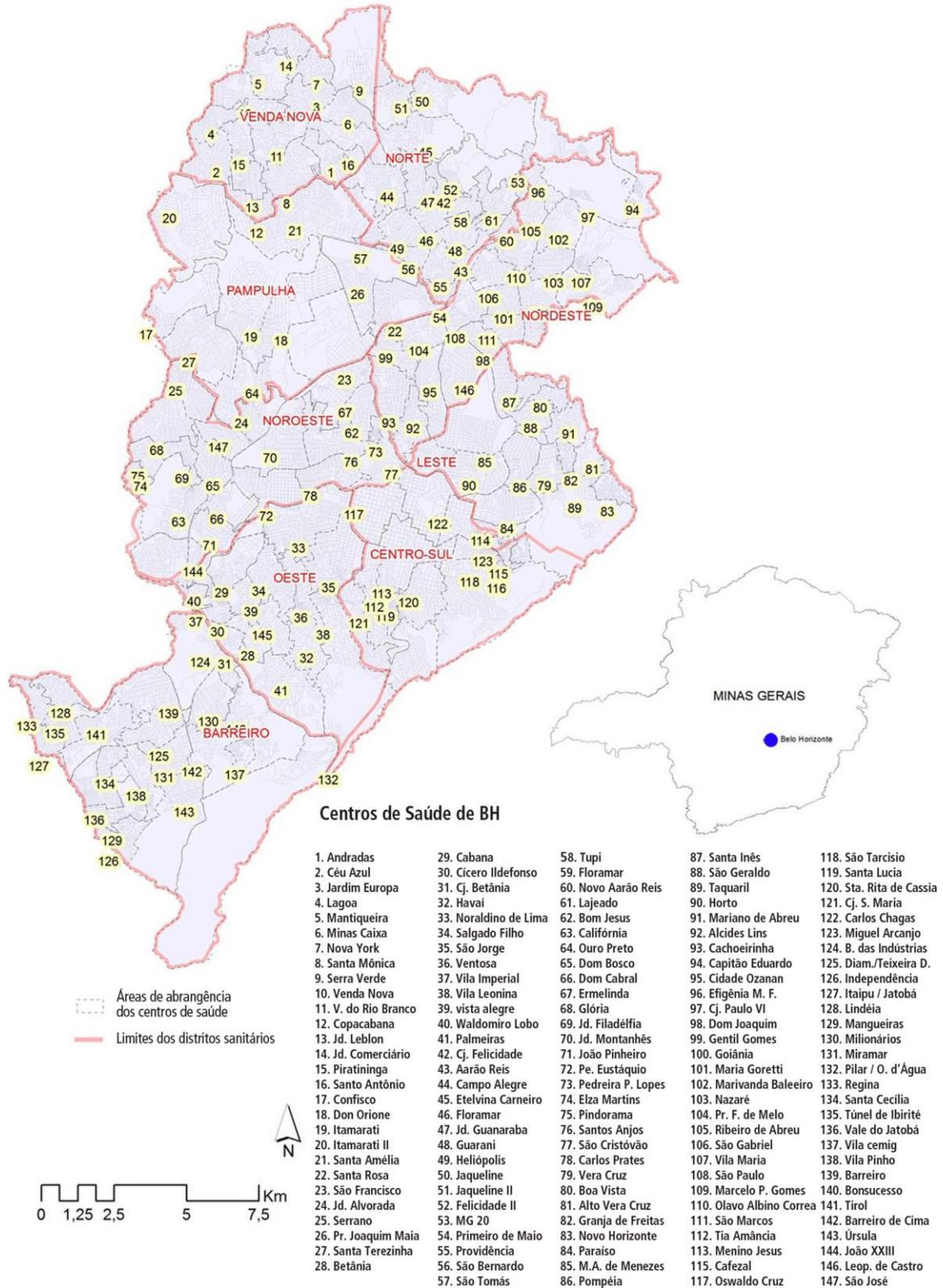
Fonte: <https://www.flickr.com/photos/portalpbh/21976994616> (2015)

O município apresenta nove regionais, sendo:

- a) Barreiro;
- b) Centro-Sul;
- c) Leste;
- d) Nordeste;
- e) Noroeste;
- f) Norte;
- g) Oeste;
- h) Pampulha;
- i) Venda Nova.

A Figura 8 mostra as Regionais e os Centros de Saúde em cada uma.

Figura 8 - Localização dos Centros de Saúde da cidade de Belo Horizonte

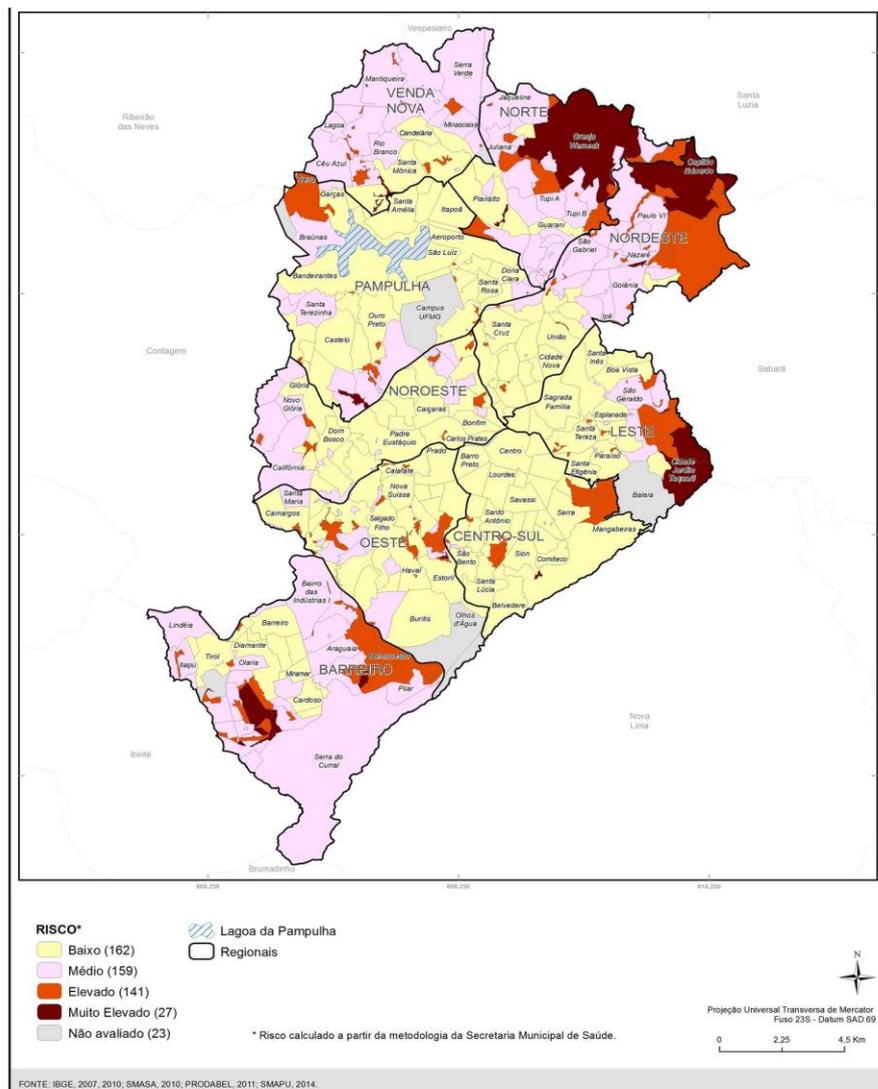


Fonte: Souza *et al.* (2016, p. 331)

Como já enfatizado, os cuidados primários se iniciaram em 1996, com o foco no seu papel como porta de entrada do SUS. Considerando a sua localização na região mais central da cidade, local de maior concentração de pessoas em situação de rua, o serviço começou a se tornar referência para esses usuários. Nesse período, a Secretaria de Assistência Social da PBH, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, implantou o serviço de Abordagem de Rua, inicialmente na Regional Centro-Sul e, posteriormente, nas demais regionais.

Como observado na Figura 9, a Região Centro-Sul é classificada como baixo risco. Contudo, após 23 anos de transformação, o CSCC enfrenta grandes desafios devido o crescimento elevado de usuários da área institucionalmente classificada como de baixo risco.

Figura 9 - Índice de Vulnerabilidade da Saúde por Bairros do Município de Belo Horizonte.



Fonte: <https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/indice-de-vulnerabilidade-da-saude> (2012)

Comparando os números de usuários cadastros na área de baixo risco em 2002 até o ano de 2019, houve um aumento de 44,50%.

5.3.1 Perfil demográfico e epidemiológico da população atendida

Ao analisarmos o perfil epidemiológico da população na are área de baixo risco da UBS em questão, nos deparamos com o cadastro de famílias e indivíduos de risco elevado de saúde e social, dados desconsiderados pelo IVS. As análises do perfil demográfico e epidemiológico, das condições familiares e sociais, a partir dos dados de cadastro das famílias em áreas de baixo risco, revelaram que a população adscrita possui, na sua maioria, adulto-idosos, média de 1,8 pessoas/família, doentes crônicos, portadores de sofrimento mental e aposentados com renda de um salário mínimo.(RIBEIRO;ALMEIDA, 2019). Em relação aos dados gerais do CSCC, a análise situacional do território em 2019 é:

a) POPULAÇÃO CADASTRADA: 31.415 pessoas, distribuídas da seguinte forma:

- ✓ PACS → 2.389 pessoas.
- ✓ Baixo Risco (sem equipe) → 15.009 pessoas.
- ✓ Microáreas 98 e 99 → 14.017 pessoas.

b) NÚMERO DE IMÓVEIS: 35.008

- ✓ Horizontais: 4.705
- ✓ Verticais: 30.303

Quadro 3– Distribuição dos cadastros por microárea no Centro de Saúde Carlos Chagas

Microárea	Cadastros Vinculados ao PACS		Cadastros Vinculados às Microáreas 01, 02 e 03 Baixo Risco
	Nº indivíduos	Nº famílias	
01	507	326	5.469
02	648	421	3.557
03	1.233	746	5.983
Total	2.389	1.493	15.009

Fonte: Portal PBH – INTRANET – Relatório Censo BH Social (2019)

Quadro 4 – Consolidado do PACS Carlos Chagas

Variáveis	Nº
Total de Indivíduos	2389
Bolsa Família	66
Sexo	
Feminino	1604
Masculino	785
Faixa etária	
0-1 ano	02
1-5 anos	27
5-10 anos	32
10-19 anos	60
20-59 anos	1.088
60-80 anos	752
80 ou mais	409
Condição de saúde referida	
Tuberculose	05
Hanseníase	03
Saúde Mental	412
Hipertensão Arterial	607
Diabetes	234
Aids	10
Alcoolismo	19
Tabagismo	127
Idoso Dependente	96
Gestante	04

Fonte: Relatório do cadastro familiar do Centro de Saúde Carlos Chagas. SISREDE (2019)

Quadro 5 – Dados da área de baixo risco

Microárea	Cadastro vinculado sem Equipe
	Nº de indivíduos
98	12269
99	1.748
Total	14017

Fonte: Portal PBH – INTRANET – Relatório Censo BH Social (2019)

Quadro 6 - Total geral da população cadastrada no CSCC

Equipe	Cadastros Vinculados		Cadastro não vinculados - Geral
	Nº de indivíduos	Nº de famílias	
PACS	2.389	1.493	--
Baixo Risco sem equipe	15.009	--	--
Baixo Risco - 98	12.269	--	--
Baixo Risco - 99	1.748	--	--
TOTAL	31.415	1.493	31.415

Fonte: Portal PBH – INTRANET – Relatório Censo BH Social (2019)

5.3.2 Recursos Humanos

Os recursos humanos existentes na Unidade de Saúde Carlos Chagas se compõem de:

- Uma equipe para a população em situação de rua: 1 Médico generalista; 1 Cirurgião Dentista; 1 Técnico de Saúde Bucal; 1 Enfermeiro; 2 Técnicos de Enfermagem e 4 Agentes Comunitários de Saúde;
- Uma equipe de Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) para atender domicílios de risco em áreas de baixo risco composta por: 1 Enfermeiro e 3 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Além disso, para atendimento da demanda espontânea, conta com uma equipe de apoio (médicos clínicos, ginecologista, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal pediatra, psiquiatra, auxiliares de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais), e uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), composta por: 1 psicólogo, 2 fisioterapeutas, 1 fonoaudiólogo, 1 nutricionista, 1 farmacêutico, 1 equipe de Zoonoses, 2 auxiliares de Serviços Gerais, 1 Gestor Local, 3 Auxiliares administrativos e 1 Estagiário de ensino médio.

Quadro 7 - Descrição dos Recursos Humanos do Centro de Saúde Carlos Chagas

Categoria profissional	Quantitativo	Jornada semanal	Forma de vínculo	Observações
Clínica Médica	05	3 profissionais de 4 horas e 2 de 8 horas	4 - Efetivos 1 - Contrato	1 generalista do PSF da POP Rua; 4 clínicos de apoio

				1 clínico de 8h Atende demanda espontânea e PACS
Pediatra	01	4 horas	Efetivo	---
Ginecologista	01	4 horas	Efetivo	---
Técnicos de Enfermagem	13	2 de 8 horas 9 de 6 horas	5 Efetivos 6 contratos	2 vagas em aberto "Rodízio grande desses profissionais de contrato"
Enfermeiros	04	3 de 8 horas 1 de 4 horas	4 Efetivos	1 enf. De PSF 1 Enf. PACS
Assistente Social	03	1 de horas 2 de 4 horas	3 Efetivos	1 prof. PSF 2 apoios e PACS
Psicólogo	01	1 de 4 horas	Efetivo	Falta 1 profissional Demanda grande Saúde Mental
Psiquiatra	01 01	1 de 4 horas	Efetivo	Demanda grande Saúde Mental
Residente de Psiquiatria R2	01	1 de 4 horas	Residência	Demanda grande Saúde Mental
Cirurgião Dentista	02	1 de 8 horas 1 de 4 horas	2 Efetivos	1 Prof. Do PSF
Técnico em Saúde Bucal	01	1 de 8 horas	Contrato	---
Auxiliar em Saúde Bucal	01	1 de 8 horas	Contrato	---
Agente de Controle de Endemias	05	5 de 8 horas	Empregados Públicos Efetivos	---
Agente sanitário	03	3 de 8 horas	Efetivos	---
Técnico Nível superior	02	2 de 8 horas	Efetivos	---
Técnico em Saúde Bucal	01	1 de 8 horas	Contrato	---
Administrativos	03	3 de 8 horas	02 contratos 01 efetivo	---
Auxiliar de serviços gerais	02	2 de 8 horas	Terceirizados	---
Estagiário de Ensino Médio	01	1 de 6 horas	Estágio	---
Gestor Local	01	1 de 8 horas	Efetivo	---
Agentes Comunitários de Saúde	06	6 de 8 horas	Empregados públicos Efetivos	---
Psicóloga NASF	01	8 horas 1x por semana	Efetivo	---
Farmacêutica NASF	01	4 horas 1x por semana	Contrato	---
Fonoaudiólogo NASF	01	4 horas 1x por semana	Efetivo	---
Fisioterapeuta NASF	02	4 horas 1x por semana	2 Efetivos	---
Nutricionista NASF	01	4 horas 1x por	Efetivo	---

		semana		
Assistente Social NASF	01	4 horas 1x por semana	---	---
TOTAL DE PROFISSIONAIS			63	

Fonte: Autor (2019)

Quadro 8 – Dados de produção dos profissionais da Unidade Carlos Chagas, referente à população em situação de rua

Unidade: CS CARLOS CHAGAS - Ano: 2019 – Distrito: DS CENTRO SUL - Período: janeiro até setembro de 2019	
Total de consultas com o Médico Generalista	1987
Total de consultas com o Enfermeiro PSF	2591
Total de acolhimento do Auxiliar de Enfermagem ESF	1094
Total de visitas domiciliares ACS - ESF	1726
Total de consultas realizadas pelo Dentista – População em Situação de Rua	820
Total de atendimentos do Serviço Social ESF	649
Total de consultas com a Psicologia	441
Total de consultas com a Psiquiatria - Adulto	147
Total de consultas Ginecológicas	70
Total de atendimentos com o Auxiliar de Saúde Bucal	155
Total de atendimentos com o Técnico Saúde Bucal	655
Total de consultas com o Médico de Apoio ESF	778
Total de consultas com o Enfermeiro de Apoio ESF	1402
Total de consultas com a Pediatria de Apoio	01

Fonte: SMSA-BH (2019)

Quadro 9 – Dados de produção dos profissionais da Unidade Carlos Chagas referentes à área PACS e baixo risco

Unidade: CS CARLOS CHAGAS - Ano: 2019 – Distrito: DS CENTRO SUL - Período: janeiro até setembro de 2019	
Total de consultas clínicas - Área Baixo Risco	6.529
Total de consultas com o Enfermeiro PACS- Área Baixo Risco	2.188
Total de acolhimento do Técnico de Enfermagem - Área Baixo Risco	14.480
Total de consultas Ginecológicas - Área Baixo Risco	929
Total de consultas com a Pediatria - Área Baixo Risco	216
Total de consultas com a Psicologia - Área Baixo Risco	1157

Total de consultas com a Psiquiatria – Adulto - Área Baixo Risco	1242
Total de visitas domiciliares PACS	1514
Total de atendimentos Serviço Social- Área Baixo Risco-	1238
Total de consultas Enfermeiro Apoio - Área Baixo Risco	4873
Total de atendimentos coletivos e individuais - Técnico Saúde Bucal - Área Baixo Risco	3860
Total de atendimentos coletivos e individuais com o Auxiliar de Saúde Bucal - Área Baixo Risco	5968
Total de atendimentos coletivos e individuais Cirurgião Dentista - Área Baixo Risco	4806

Fonte: SMSA-BH (2019)

5.3.3 Infraestrutura do Centro de Saúde Carlos Chagas

A Unidade está localizada em um imóvel alugado que passou por um projeto de readequação para aqueles que necessitam de maior acessibilidade como idosos, portadores de necessidades especiais, mesmo sabendo que a residência é um patrimônio tombado, impossibilitando algumas alterações. De acordo com informações da ex-gerente S.P. Almeida, atualmente parceira como Professora da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, com alunos de enfermagem que estagiam na Unidade. O imóvel atual tem uma área de 680,25 m², com 583,88 m² de área construída, comportando uma estrutura de 4 andares. A garagem é coberta, onde são realizadas as atividades, tais como prática do *Liang Gong* com os usuários, reuniões gerais com toda a equipe, reuniões da comissão local de saúde e conferências locais.

Possui dois portões de acessos: o portão principal dá acesso, à direita, a uma rampa que levará a porta de entrada do 1º piso e à esquerda o usuário tem opção tanto de descer uma escada ou uma rampa para ter acesso a porta do 2º piso. O outro portão, com acesso direto da rua, levará o usuário ao setor da farmácia.

Ainda de acordo com suas informações, no 1º piso estão localizados os seguintes setores: 01 sala de espera, 01 recepção, 05 consultórios médicos, 01 consultório de enfermagem, 02 salas de acolhimento, 01 sala de observação e procedimentos de enfermagem, 01 sala de eletrocardiograma, 2 banheiros para usuários com acessibilidade. No 2º piso estão localizados os setores: 01 consultório de odontologia, 01 consultório equipe NASF, 01 escovário, 01 sala de vacina, 01 sala de expurgo, 01 sala Serviço Social, 01 sala de espera, 02 banheiros (feminino, masculino) de uso exclusivo dos funcionários. Externamente, nesse piso, tem a sala de curativo e uma pequena área coberta que serve de sala de espera para os usuários. No 3º piso funcionam os seguintes setores: 01 sala de almoxarifado, 01 sala do administrativo, 01 copa,

01 cozinha, 01 sala de reunião, 02 banheiros (feminino, masculino) de uso exclusivo dos funcionários.

5.3.4 Setores do Centro de Saúde Carlos Chagas

a) Farmácia: O Centro de Saúde faz a dispensação de medicamentos à população mediante a apresentação de receituário. As compras são feitas pelo Município de forma centralizada. O Nível Central é responsável por toda a compra de medicamentos. Há uma previsão anual de necessidade de medicamentos e a compra é feita por licitação. Essa previsão é baseada em consumo histórico. O controle e o monitoramento dos contratos são feitos pelo Nível Central. As entregas são realizadas gradualmente e diretamente do Fornecedor às Farmácias Distritais, que recebem e fazem as entregas aos Centros de Saúde. Estrutura interna: A forma de guarda e acondicionamento de medicamentos não é unificada nas unidades. Há um controle informatizado dos medicamentos distribuídos e dos usuários, das datas e das quantidades dispensadas (SMSA/PBH, 2010).

b) Almoxarifado: As compras são centralizadas pelo Nível Central da Secretaria, que faz a entrega dos insumos mensalmente aos Centros de Saúde. Há um local para guarda de insumos. (SMSA/PBH, 2010).

c) Sala de curativo: Oferece condições adequadas para a realização de curativos por um conjunto de ações necessárias para um ambiente seguro e facilitador do processo de trabalho, assegurando atendimento humanizado e qualidade de assistência ao usuário.

d) Central de Material Esterilizado: A esterilização dos materiais utilizados nos Centros de Saúde é feita pelas Centrais de Material Esterilizado (CME), que se encarregam de abastecer os Centros de Saúde diariamente. A CME trabalha com o conceito de kit (pacotes) de materiais, desenvolvidos de acordo com cada especialidade dos diferentes serviços e se baseia no Manual elaborado em 2002. Os conjuntos de pacotes são identificados por Centros de Saúde. Cada Centro de Saúde trabalha com uma quota pré-estabelecida de kits, sendo essa adequada de acordo com a necessidade, dependendo dos serviços ofertados e da quantidade de profissionais alocados em cada um. Em cada Centro de Saúde existe um Expurgo, onde todo o material é pré-lavado, antes de ser encaminhado à CME (SMSA/PBH, 2010).

e) Serviços de Análises Clínicas – Coleta Laboratorial: Atualmente, são utilizados os serviços dos Laboratórios Distritais que fazem as análises de grande parte dos exames de coletas geradas nos Centros de Saúde. Apenas alguns exames são encaminhados ao Laboratório Central e outros poucos são encaminhados aos Laboratórios Terceirizados. O transporte das amostras, em geral, é feito em embalagens padronizadas para o acondicionamento, garantido a integridade do material e a possibilidade de realizar a análise. Cabe ao laboratório o recolhimento dos materiais nos CS diariamente. Os resultados são encaminhados aos CS via rede (SMSA/PBH, 2010). A unidade conta, hoje, com uma sala onde o procedimento de coleta é realizado. A coleta domiciliar não é feita pelo fato de a UBS não ter PSF para área de abrangência.

f) Imunização: O setor de imunização do Município se encarrega de receber as vacinas do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e redistribuí-las aos Centros de Saúde. Cada Centro recebe um lote de vacinas de acordo com sua média histórica mensal de aplicações. As entregas são mensais e feitas em caixas especiais, cuja temperatura sempre é monitorada. As vacinas são extremamente sensíveis a variações de temperaturas. Existe uma Câmara Fria de Conservação de Vacinas para a guarda de todo o estoque da Secretaria na sede do setor de Imunização (SMSA/PBH, 2010). No centro de saúde as vacinas são acondicionadas em câmaras frias específicas, com temperatura controlada. Essas câmaras são equipamentos fabricados especificamente para esse fim.

g) Logístico – Transporte: As ESF (Equipes de Saúde da Família) realizam parte do seu trabalho em campo, junto à população de rua e, bem como a equipe PACS, realiza visitas nos domicílios de risco. O transporte fica disponível para a UBS 2 dias na semana. e nesses dias é utilizado pela equipe de PACS, pelo transporte e a entrega de insumos da Equipe de Controle de Endemias e atende as demandas de outros profissionais que atuam em serviços externos. A equipe de Controle de Endemias está instalada dentro do Centro de Saúde e trabalha com produtos específicos, portanto, tem uma estrutura própria (depósito, vestiário, administração e sala de trabalho). Os insumos de Controle de Endemias são comprados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Belo Horizonte e enviados ao Almoxarifado Central. Todos os insumos mensais são estocados no Centro de Saúde em um depósito específico para esse fim, exceto venenos de alto risco, que são

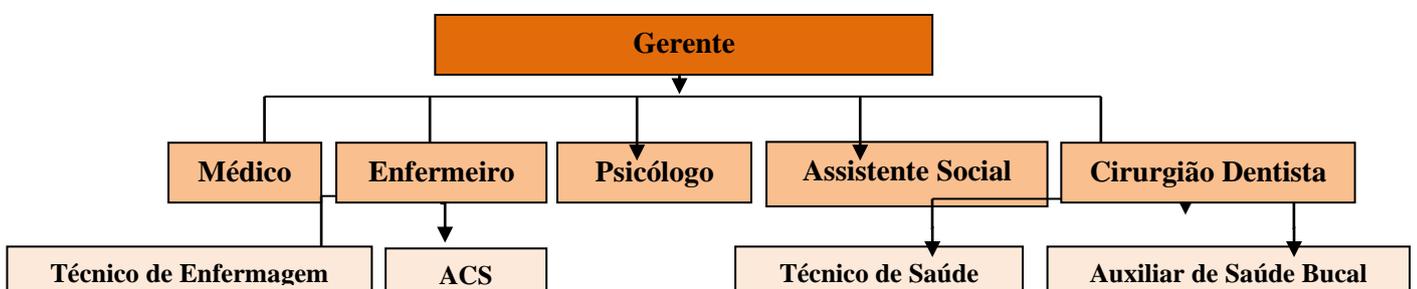
requisitados ao Almoxarifado Central apenas para uso imediato. Para o transporte da equipe é realizada uma programação das ações de campo (SMSA/PBH, 2010).

h) Manutenção preventiva dos recursos físicos e materiais: Em todos os Centros de Saúde do Município de Belo Horizonte a manutenção das instalações elétricas, hidráulicas e predial é feita pela equipe de manutenção da Prefeitura. Não existe um planejamento das manutenções preventivas, apenas manutenções corretivas (SMSA/PBH, 2010). O Centro de Saúde possui manutenção apenas corretiva, que funciona da seguinte forma: Em caso de equipamentos de informática o setor administrativo solicita o reparo, por telefone, à PRODABEL, que emite uma ordem de serviço para uma empresa terceirizada realizar a manutenção. Os outros equipamentos, quando necessitam de manutenção corretiva, é o próprio serviço de manutenção da Prefeitura o responsável por esse serviço.

5.3.5 Recursos Administrativos

A instituição não possui regimento interno/serviço de Enfermagem, o que pode impactar na rotina da unidade, pois o regimento é utilizado para estabelecer regras que devem ser seguidas por todos, com a finalidade de regulamentar o funcionamento do serviço, normatizando todo o atendimento e visando uma assistência integral. Com a ausência desses regimentos, o serviço pode se tornar fragmentado, individualizado, no qual cada funcionário irá realizar o atendimento fundamentando-se na sua cultura/crença e conhecimento prévio, revela a ex-gerente.

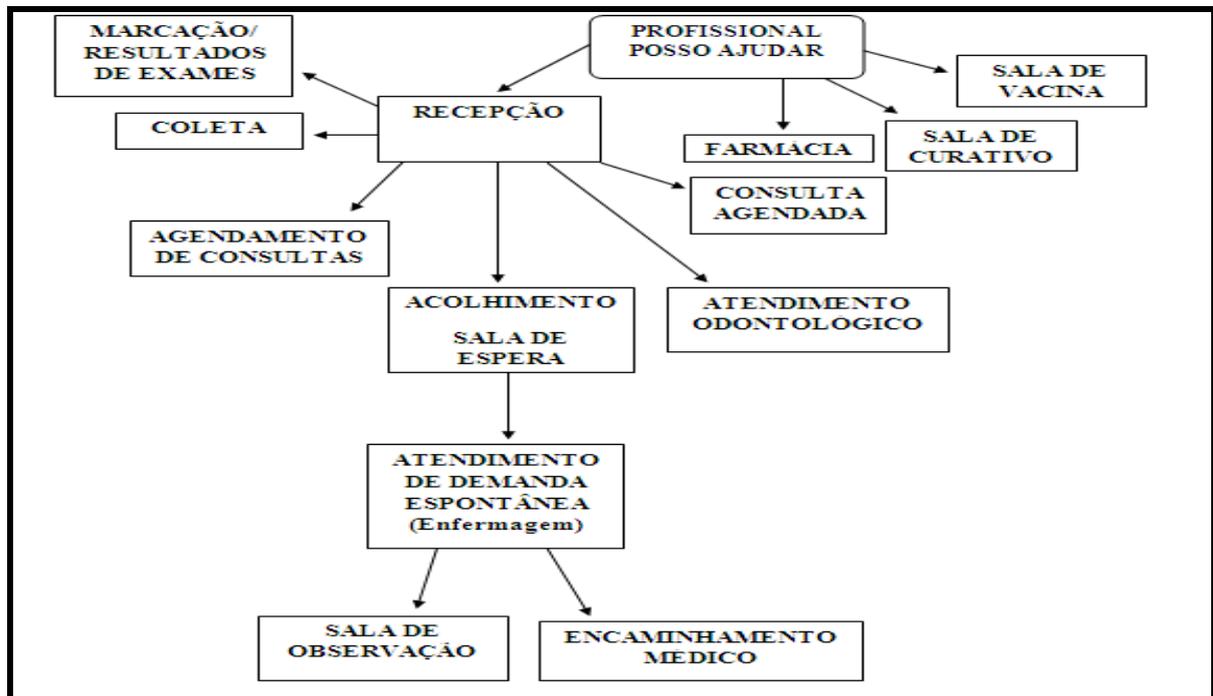
Figura 10 – Organograma do Centro de Saúde Carlos Chagas



Fonte: ALMEIDA (2015)

Em relação ao fluxograma de atendimento, conforme explanado pela ex-gerente elaborou-se a Figura 11.

Figura 11 – Fluxograma de atendimento do Centro de Saúde Carlos Chagas



Fonte: ALMEIDA (2015)

Com relação aos trabalhadores da área de abrangência S. P. Almeida aponta que há cerca de 162.082 postos de trabalho em 2002, com predomínio do Setor terciário. De acordo com Souza (2003), com relação à população no hipercentro, em torno de 515 mil pessoas residentes na região metropolitana de Belo Horizonte, deslocam-se diariamente até o hipercentro, por motivos variados.

5.3.6 Perfil demográfico e epidemiológico da população da área considerada como de baixo risco atendida pelo CSCC.

O perfil demográfico e epidemiológico da população residente na área de abrangência que é atendida pela equipe de PACS, na sua maioria, é de idosos com predominância do sexo feminino, portadores de sofrimento mental. Além disso, há população de imigrantes; profissionais trabalhadoras do sexo, população residente em ocupações urbanas; Instituições de Longa Permanência; Abrigos de pessoas em situação de violência e Instituições de pessoas deficientes visuais (RIBEIRO; ALMEIDA, 2019).

Para atender as necessidades de saúde dos indivíduos e famílias residentes em situação de vulnerabilidade na sua área de abrangência, a UBS conta com uma equipe de PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde), oferecendo ações direcionadas à atenção primária. Também atende aos trabalhadores da região, que procuram a unidade, bem como qualquer pessoa que busque por atendimento na sala de vacina ou para dispensação de medicamentos na farmácia. Além disso, prestam atendimento às profissionais do sexo, que trabalham na região de hipercentro, encaminhadas pela Pastoral da Mulher. Os profissionais promovem ações de cuidados ao adulto, ao idoso, à mulher, à gestante, à criança e ao adolescente, por consultas individuais e atividades em grupo.

5.3.7 atendimentos individuais

Dando seguimento nas informações gerenciais passadas pela ex-gerente, em relação aos atendimentos individuais são realizados pelos profissionais de saúde, como: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, ACS e profissionais da equipe de NASF. Os atendimentos são classificados em demanda espontânea e agudos individuais. As demandas espontâneas são agendadas pelos administrativos ou auxiliares de enfermagem, na recepção, ou pelos enfermeiros, durante o acolhimento.

Os agendamentos podem se referir a casos agudos, que são agendados para o mesmo dia, ou para o acompanhamento da condição crônica de saúde, para a realização de exames preventivos, acompanhamento do pré-natal, da puericultura, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

Em relação às atividades coletivas e de promoção saúde, são realizadas: *Lian Gong* nas segundas e quintas-feiras por uma fisioterapeuta do NASF, Aulas de dança e o grupo de terapia “Chá Comigo”, realizado uma vez por semana pela Assistente Social do NASF. *Lian Gong* em 18 Terapias é uma ginástica terapêutica desenvolvida especialmente para prevenir e tratar dores crônicas no corpo. É uma prática corporal fundamentada na Medicina Tradicional Chinesa e tem atuação importante na melhoria do funcionamento dos órgãos internos, trabalhando a mente e as emoções e buscando o prolongamento da vida com qualidade.

O Programa *Lian Gong* em 18 Terapias faz parte das ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, conforme orientações da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a) e da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006b).

5.3.8 Reuniões e atividades de planejamento

Seguindo as informações gerenciais de S.P. Almeida:

As reuniões realizadas no Carlos Chagas, mensalmente, são:

- a) Reunião da equipe de ESF;
- b) Reunião da equipe de PACS;
- c) Reunião da equipe de NASF;
- d) Reunião de Matriciamento com equipe de NASF, equipe de PACS, equipe de PSF, médicos de apoio – para discussão de casos e encaminhamentos de ações a serem desenvolvidas em conjunto (abordagem conjunta) e visitas domiciliares;
- e) Reunião do Colegiado Gestor: reunião para a discussão de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações, tomada de decisão, discussão em relação aos problemas que ocorrem na unidade em relação aos recursos humanos e aos recursos materiais. Nessa reunião participam os representantes de cada categoria profissional, que elegem quem os representará na reunião. É um espaço colegiado de decisões que auxilia a gerência da unidade na gestão do serviço.;
- f) Reunião da equipe de saúde mental: de acordo com um cronograma pré-estabelecido, a cada semestre, a equipe de saúde mental realiza as reuniões, a cada semana do mês, com a equipe de SF e com a equipe de PACS. Essas reuniões são realizadas para a discussão de casos, planejamento de ações conjuntas, configurando também como apoio matricial às equipes, tanto de SF quanto de PACS e apoio;
- g) Reunião da Comissão Local de Saúde: espaço formal de participação dos usuários na consolidação do SUS. São realizadas mensalmente. Há a participação do usuário/comunidade e é realizada uma vez por mês.

5.3.9 Rede de Serviços de Referência

A Unidade conta com uma rede de referência de atenção secundária e terciária no seu território de abrangência. Pela sua localização central, na área hospitalar de Belo Horizonte, essa rede de serviços de referência facilita o acesso da população.

A rede de serviços de referência se constitui:

- a) Para atendimento de emergência e urgência clínica: UPA Centro-Sul;

- b) Para atendimento a consultas especializadas de neurologia, ortopedia, cardiologia, reumatologia, dermatologia, mastologia: Centro de especialidades médicas Centro-Sul;
- c) Para atendimento de urgência sem pediatria: O Centro Geral de Pediatria (CGP);
- d) Para atendimento em situações de urgências ginecológicas e de pré-natal: Hospital das clínicas e Maternidade Hilda Brandão;
- e) Para atendimento de pré-natal de urgência e parto: Maternidade Hilda Brandão;
- f) Para atendimento em urgências em Saúde Mental: a Regional Centro-Sul, onde o CS Carlos Chagas está localizado. É a única regional que ainda não possui CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental). Nesse caso, os usuários são encaminhados para o CERSAM Leste ou CERSAM Oeste, se a urgência ocorrer durante o turno de trabalho e for encaminhado antes das 18h. Após esse horário o usuário é encaminhado para o SUP (Serviço de urgência Psiquiátrica), localizado na Santa Casa;
- g) Para atendimento de exames laboratoriais que não são realizados na rede própria do SUS BH: Laboratório Hermes Pardini;
- h) Para realização de RX: Clínica Davi Rezende, Laboratório Hermes Pardini;
- i) Para realização de exames de ultrassom: esses exames são realizados no Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI), serviço próprio da Rede SUSBH.

5.3.10 Parcerias com Instituições de Ensino

A intersetorialidade é um dos mecanismos de gestão e integração de ações, saberes e esforços de diferentes setores da política pública, com o objetivo de construir objetos comuns de intervenção entre eles, para o enfrentamento mais articulado dos problemas sociais. Nesse aspecto, o CSCC tem as suas peculiaridades e conta com duas parcerias que são fundamentais, como: o Projeto de Iniciação a Atenção Primária a Saúde (IAPS) e o projeto de extensão dos estudantes de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG). A IAPS é um conjunto de disciplinas implementado recentemente no curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

A IAPS possui diversas finalidades e importâncias acadêmicas. Contudo, ressaltam-se suas principais contribuições: construir conhecimento discente sobre o Sistema Unificado de Saúde (SUS) e como ele cuida de pessoas, famílias, comunidades e populações; propiciar primeiro contato e vivência profissional com a unidade básica de saúde (UBS) e Atenção

Primária à Saúde (APS), para que discentes possam, oportunamente, conhecer seu funcionamento e importância, enfatizando a potencialidade de equipes interdisciplinares e ações intersetoriais, além de iniciar o desenvolvimento de competências culturais, sociais e comunicacionais entre alunos, profissionais de saúde e usuários no âmbito da APS (SOUZA, 2016).

A parceria com o professor Souza. M. N. e os acadêmicos da UFMG, somada à parceria com a professora S. P. Almeida e os acadêmicos do projeto de extensão os estudantes de Enfermagem da FCM- MG tem trazido efetividade nas ações de Educação em Saúde pelo CSCC. São parcerias muito fortalecidas na verdade, com uma equipe tão reduzida da APS e com uma demanda tão grande. Esses parceiros nos ajudam nas atividades de promoção de saúde nas ocupações, nas ILPIs e na Pastoral da Mulher, com as profissionais do sexo. Destaco aqui trabalhos realizados junto a equipe PACS do CSCC.

O Centro de Saúde Carlos Chagas, em parceria com os acadêmicos das turmas de IAPS da FM-UFMG, juntamente com a APROSMIG, Pastoral da Mulher vem promovendo atividades, com o intuito de amenizar o quadro de vulnerabilidade das profissionais do sexo.

A Pastoral da mulher é uma associação vinculada à Arquidiocese de Belo Horizonte, criada em 1982, a partir da iniciativa de leigas e religiosas. Atua em parceria com instituições governamentais e não governamentais. Está articulada com entidades voltadas para o atendimento à mulher. “A Pastoral incentiva o exercício da cidadania, estimula a consciência crítica, a autonomia e o fortalecimento da autoestima, com a finalidade de instigar a mulher a se tornar protagonista da sua história”. (ARQUIDIOCESE DE BH PM).

A APROSMIG foi formada por prostitutas para defender os direitos da categoria. Possui uma estimativa de quatro mil associadas. São profissionais do sexo, mulheres e transexuais. A associação funciona numa das principais zonas de prostituição de Belo Horizonte. Segundo a organização, a circulação de mulheres para o trabalho sexual está relacionada a diversos fatores, entre eles uma forma de proteção quando as condições de trabalho não são adequadas aos anseios profissionais, além da vulnerabilidade social e de saúde.

Para atender as demandas dessas mulheres que exercem a prostituição, o CSCC é realizado desde 2014, juntamente com o professor e os acadêmicos da UFMG, somando esforços com a Blitz da Saúde. A parceria tem trazido resultados satisfatórios, que foram reconhecidos na Mostra de Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG. A mostra contou com vídeos produzidos pelos próprios alunos, pelas disciplinas de Introdução à Atenção Primária à Saúde I, II e III. Neste trabalho os alunos relatam as experiências exitosas em aten-

ção primária à saúde identificada no seu centro de saúde, num trabalho que envolve alunos, profissionais e gestores de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte - MG.

Esses trabalhos ganharam destaque na Mostra de Atenção Primária à Saúde da FMUFG, a 1ª Mostra de Atenção Primária em Saúde realizada no segundo semestre de 2018. teve como vencedor com o vídeo 10, “Acolher Bem para Servir”, que contou com o rico relato dos trabalhadores do CSCC. Na segunda mostra realizada no 2º semestre de 2019, teve também como vencedor o vídeo 2, “Blitz da saúde”. Esse trabalho contou com a entrevista da pesquisadora e da Gerente da UBS. Nesse breve relato destacamos a importância dos parceiros institucionais e das ações de educação e saúde que são promovidas com o intuito de amenizar o quadro de vulnerabilidade das profissionais do sexo que demandam a UBS. Na 3ª Mostra da APS, que aconteceu em dezembro de 2019, teve como vencedor o vídeo “Matriciamento” como 1º lugar na votação científica e 2º lugar da votação popular. O vídeo retrata a

Demonstração e explicação da importância do Matriciamento como ferramenta de auxílio à Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, a partir da apresentação das dinâmicas que permeiam esse novo modelo de se promover saúde e que visam, principalmente, a implementação de Planos Terapêuticos Singulares assertivos. (SOUZA; ANDRADE 2019).

Ainda no fim do ano de 2019 foi realizado um importante mutirão da saúde “Mutirão da Saúde das pessoas que exercem a prostituição incluindo transexuais e travestis”, iniciativa dos acadêmicos da UFMG e pelo professor Souza. M. N. Nessa ação foram envolvidos vários parceiros, juntamente com o CSCC, como: o Centro de Referência da Juventude (CRJ), a Pastoral da Mulher e a ASPROMIG. BH de mãos dadas contra a AIDS; a POP central e Regional Centro-Sul; as representantes da Transvest e Transliteraria e as representantes do Projeto PREP FMUFG.

Contamos também com a importância da parceria com o projeto de extensão dos estudantes de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG). Eles atuam juntamente com a equipe do CSCC, no trabalho de promoção e prevenção nos prédios ocupados pelas ocupações: Ocupação Zezeu Ribeiro e Norma Lúcia localizada na Rua Caetés, 331, um antigo prédio público do Governo Federal, que já foi sede do INSS, e a Ocupação Carolina Maria de Jesus, hoje localizada na Rua Rio de Janeiro, 109. Nessas ocupações residem famílias que participam do Movimento de Luta nos Bairros, Vilas e Favelas (MLB), movimento que coordena a ocupação, de moradias no Centro de BH.

A Ocupação Zezeu Ribeiro e Norma Lúcia desde o dia 14 de abril de 2015, ocupa o antigo prédio do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), situado na Rua dos Caetés, 331, no centro de Belo Horizonte, foi ocupado com objeto de reivindicação de cerca de 150 famílias de baixa renda que se instalaram no local. Os moradores da ocupação são acompanhados desde 2015, quando foi solicitada a primeira visita para um idoso conhecido pelo carinhoso apelido de vizinho, pelos moradores da ocupação. um dos usuários centenários acompanhado pela equipe do PACS do CSCC. Também são acompanhadas as famílias do Programa Bolsa Família. A ocupação está localizada na microárea nº2, onde a pesquisadora atua acompanhando as famílias.

O acompanhamento nas ocupações é realizado através de várias ações de promoção e educação de saúde. Destacamos o trabalho realizado com a equipe de Zoonoses, pelas medidas preventivas e corretivas de (anti-ratização): É o conjunto de medidas preventivas e corretivas adotadas no meio ambiente, que visam impedir e/ou dificultar a implantação e expansão de colônias de roedores. Pelo fato de o prédio ter ficado fechado por tantos anos e estar localizado na região central foi necessário tratar da infestação de ratos e dos riscos que correm os moradores. Assim, foram realizadas reuniões com os moradores para orientações de algumas medidas sobre o meio ambiente, que visaram a retirada de certas condições que poderiam e minimizar a infestação dos roedores. Por exemplo: o Correto acondicionamento do lixo (dentro de sacos plásticos e em lixeiras com tampas), bem como a orientação sobre a dengue. Essas ações de educação e saúde têm como o objetivo conscientizar a mudança de comportamentos da população, possibilitando a consolidação de mudanças no padrão de manutenção ambiental da ocupação.

A Ocupação Carolina Maria de Jesus, hoje localizada na Rua Rio de Janeiro 109, está numa microárea sem equipe nº98, sem equipe, porém a equipe do PACS se organizou para o atendimento das famílias que são do Programa Bolsa Família. Essa ocupação é o maior do território do CSCC e conta com uma estimativa de 200 famílias. Teve seu início de ocupação em um prédio pertencente à Fundação Sistel de Seguridade Social, na avenida Afonso Pena, 2398. Em maio de 2017 sofreram uma ação de despejo e as negociações resultaram num acordo extrajudicial de desocupação pacífica do prédio ocupado. O acordo determinou a concessão de auxílio habitacional e a cessão de terrenos para as 200 famílias que foram transferidas para o prédio hoje ocupado na Rua Rio de Janeiro, 109, Centro de Belo Horizonte.

O trabalho de promoção e educação em saúde no atendimento das famílias do Bolsa Família na Ocupação são realizados duas vezes ao ano pela equipe PACS e conta com a parceria dos acadêmicos do projeto de extensão de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG). A parceria auxilia no fortalecimento das ações de prevenção e promoção à saúde dos moradores das ocupações.

Os fatos relatados acima mostram a importância dos parceiros nas instituições públicas. A parceria agrega valores na integração de ações, saberes e esforços. A colaboração entre os parceiros demonstra que o enfrentamento mais articulado dos problemas sociais em áreas consideradas de baixo risco tem sido de suma importância para o CSCC.

5.3.11 Financiamento

O financiamento da atenção básica deve ser tripartite. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinado à viabilização de ações de atenção básica à saúde compõe o Bloco de Financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do Bloco de Financiamento de Investimento. Os seus recursos deverão ser utilizados para o financiamento das ações de atenção básica descritas na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e nos planos de saúde do município e do Distrito Federal (BRASIL, 2002).

Os repasses dos recursos do Bloco AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para esse fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal (BRASIL, 2012). As compras são centralizadas pelo Nível Central da Secretaria, que faz a entrega dos insumos mensalmente aos Centros de Saúde, havendo um local para a guarda dos insumos (SMSA, 2010).

5.3.12 Índice de Vulnerabilidade da Saúde e a realidade do Centro de Saúde Carlos Chagas

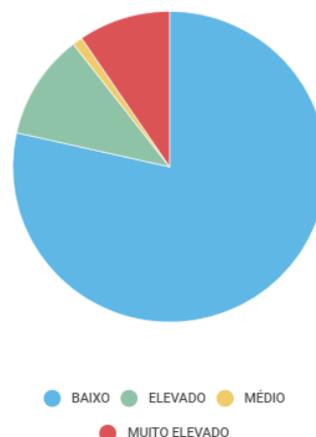
O IVS tem representado um instrumento importante para o planejamento e a avaliação das políticas de saúde na SMSA, o que permite maior justiça social, quando conjugado a outras estratégias. Os resultados obtidos mostraram associação importante com indicadores classicamente relacionados às condições socioeconômicas, demonstrando a sua capacidade de discriminar as desigualdades de adoecimento e morte no território. Sendo um indicador simples e de fácil compreensão, o IVS é uma ferramenta importante no redesenho de uma rede de

atenção à saúde e promoção social, em diversas escalas geográficas. Em Belo Horizonte, ele tem servido como uma das muitas formas de compreensão das realidades locais.

Um indicador sintético pode não ser específico o suficiente para captar condições de determinados grupos populacionais. Além do mais, a definição de indicadores, a conversão de escalas e a determinação dos pesos dependem da disponibilidade dos dados e das características e visão do grupo técnico. O IVS é calculado para um conjunto de pessoas residentes em uma determinada área geográfica contínua (setor censitário do IBGE). O indicador sintético pressupõe a homogeneidade dentro da unidade geográfica analisada, não identificando as vulnerabilidades individuais, de uma determinada família ou mesmo de parte da população que aí reside: toda a área terá o mesmo valor do IVS.

Desse modo, a análise situacional permite que as equipes locais, conhecedoras da realidade de cada família dentro de um setor censitário, utilizem outras ferramentas que permitam um olhar diferenciado para grupos de pessoas mais vulneráveis dentro do território.

Figura 12 - Classificação de Risco na Regional Centro-Sul, utilizando o IVS.



Fonte: <https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/indice-de-vulnerabilidade-da-saude> (2012)

Considerando a análise em relação à distribuição da população adscrita nas microáreas do PACS e da população do baixo risco micro áreas 98 e 99, o total de cadastros totaliza 31.415. É importante destacar que:

- ➔ Os dados da população adscrita, de acordo com o relatório censo BH social acessado em 05 de outubro de 2019, mostram que a área de baixo risco representa 91,77% da população.
- ➔ As microáreas do PACS representam 8,23% de domicílios de risco.
- ➔ Os cadastros vinculados sem equipe representam o maior contingente - 91,77% de demandas do Centro de Saúde Carlos Chagas.
- ➔ A análise demonstra um crescimento muito elevado de demandas das áreas de baixo risco.

Com relação às microáreas 1, 2 e 3 da equipe PACS, o perfil demográfico e epidemiológico da população residente na área de abrangência no Centro de Saúde Carlos Chagas, que é atendida pela equipe, na sua maioria, de idosos com predominância do sexo feminino, usuários do Programa Bolsa Família, usuários residentes em 2 ocupações urbanas, idosos vivendo em Instituição de Longa Permanência (ILPIs), usuários portadores de Sofrimento Mental, abrigos de portadores de deficiência, dentre outros. A classificação de risco desses usuários e famílias são de médio e elevado risco numa área considerada como de baixo risco (RIBEIRO; ALMEIDA,2019). Fica a questão que não fecha:

Como uma área com famílias classificadas de elevado risco permanece classificada como de baixo risco?

Nesse contexto, os profissionais de saúde enfrentam vários desafios para atender as demandas em áreas de baixo risco, que tem sido crescente nos últimos anos. A UBS não possui uma ESF para atender os domicílios de risco. A equipe PACS precisou ser proativa para atender as demandas e, nesse cenário, surgiu o termo “Domicílios de risco” (DR), que designa aqueles com pessoas em condições precárias de saúde e sociais residentes em áreas de Baixo Risco (BR) (RIBEIRO; ALMEIDA,2019).

Os critérios utilizados para a classificação de domicílios de risco (DR) foram: domicílios onde residem idosos frágeis com várias comorbidades e vivendo sozinhos, doentes crônicos, dependentes do SUS e integrantes do programa bolsa família. Esses dados não foram considerados pela avaliação do IVS, pela SMSA. As dificuldades do levantamento dos critérios para a classificação dos “Domicílios de Risco” (DR) possibilitou identificar pessoas e famílias com maior vulnerabilidade em áreas de baixo risco (RIBEIRO; ALMEIDA, 2019).

Mais uma vez, indaga-se:

Como esse território pode ser considerado como de baixo risco?

Os fatores demográficos, segundo a OMS, não foram os únicos desafios para a Saúde Pública, outros aspectos como o envelhecimento populacional e a criação de políticas de cuidado não foram priorizados nestes 30 anos de SUS. Atualmente, um dos maiores problemas

no território da UBS é a população de idosos, empobrecidos vivendo sozinhos e sem políticas de cuidado e, muitas vezes, sem acesso a serviços de saúde.

Daí, indaga-se: como fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para os idosos num território considerado como sendo de baixo risco? Como manter e/ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento da população?

Para o pesquisador assíduo do SUS, Jairnilson Silva Paim (2017):

[...] a análise de conjunturas pode ser uma via de superar o subjetivismo, examinando escrupulosamente a realidade. O mapeamento dos sujeitos de práxis e a identificação de sujeitos da antítese em situações concretas comporiam um processo de investigação e, simultaneamente, alimentariam o pensamento estratégico a orientar a intervenção (PAIM, 2017, p. 257).

A Política Nacional de Saúde do Idoso visou a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a preservação/ melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos com a finalidade de assegurar-lhes sua permanência no meio e na sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente (BRASIL, 2006c). Contudo, com o cenário que a pesquisa demonstra, a PNSI não cumpriu seu objetivo ou não foi implementada na sua totalidade.

5.4 *Nós contaremos ... e o depois?*

Com relação à área de abrangência considerada institucionalmente como de baixo risco, com a experiência, observou-se um aumento de populações vulneráveis em áreas de baixo risco que apresentam demandas por serviços de saúde. A análise situacional demonstra a fragilidade e as limitações do IVS utilizado para a avaliação de risco da área, ao desconsiderar os elementos que foram problematizados e que permeiam a dinâmica dos territórios em áreas de baixo risco. Considerando esse contexto, a equipe PACS no seu processo de trabalho idealizado no plano de metas da Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores (BCMRI), não atinge as metas propostas pela SMSA-PBH, pois essas não contemplam a realidade e a complexidade do território da Unidade de Saúde.

A análise do território realizada pode ser definida como uma das ferramentas de suma importância para a Gestão, pelo processo de coleta, tratamento e análise dos dados de um determinado local, mas ela só será verdadeiramente uma ação educativa se levar em consideração os sujeitos para os quais será pensada e as especificidades do território.

5.5 Vozes dos(as) protagonistas desta história

A seguir, apresentamos relatos de alguns profissionais que trabalharam e que atualmente trabalham no Centro de Saúde Carlos Chagas, sendo parte dos protagonistas desta história:

A história é conquista ao longo do tempo pela própria humanidade. Passa por transformações sucessivas, de acordo com a ideologia política de SUS governantes. Mesmo não sendo governantes somos protagonistas e responsáveis pela história que nós próprios construímos. (A.D–IN MEMORIA –1995)

O processo de desenvolvimento do SUS do ponto de vista político e filosófico não é apenas uma questão da SMSA, mas de uma política de saúde como um todo. A PBH é apenas uma Instituição que defende esta proposta do SUS, trabalha com os princípios básicos do mesmo. (R.L1995)

Continuar sendo a enfermeira que sou mesmo diante dos desafios diários. Há 06 meses sou a enfermeira do PACS, a minha primeira pergunta o que é o PACS? Como atender as diversas demandas de curativos, visitas domiciliares, projetos terapêuticos sendo eu e três agentes de saúde? Como desvincular em um dia supervisão, PACS, atendimento, agudo em 8 horas trabalho? Como atender numa proposta de equipe não sendo equipe, mas atendendo grávidas, puérperas, crianças, adultos, idosos, enfim em todos os ciclos de vida e propor melhorias de vida? E a promoção a saúde? E as ocupações, a desigualdade social, me preparar para pensar em um idoso com 80 anos sozinho que demanda atendimento? Uma adolescente grávida aos 16 que o pai não assume e comparece com aproximadamente 30 semanas. Propor melhoria de vida. E são 32 mil pessoas cadastradas, minha perspectiva é continuar, não desistir, fazer o melhor, pois vidas dependem de mim. E assim com uma equipe, pois sozinho não fazemos nada, todos os dias, tratando o outro com empatia, com a melhor equipe que eu podia ter, fazemos o melhor e sonhamos ser reconhecidos todos nossos esforços diários e ser transformados numa equipe de PSF, porque mesmo sem atuar como uma, fazemos o melhor que podemos a cada instante (L.P. - Enfermeira PACS, 2020).

Ser do PACS realmente é um desafio uma corda bamba. Não há um padrão a seguir cada dia uma demanda diferente e quase sempre deparamos com muita dor e sofrimento mental. Só melhora um pouco quando relacionamos com crianças e gestantes, apesar da precariedade da maioria há uma forma de esperança. É muito bom sentir que tocamos uma vida seja idoso, criança, jovem, gestante, muitas vezes tudo que podemos fazer é ouvir, mas este gesto insignificante muda o olhar da pessoa. Gostaria de fazer algo mais efetivo atender aquela demanda, mas quase sempre nunca conseguimos vencer o fluxo do sistema. A cada dia apesar das distâncias já que o C. Saúde está fora de sua área de abrangência os desafios aumentam atuar no hipercentro em prédios. Só nos resta pedir luz do alto para nos guiar e assim amar e servir todos aqueles que Ele a cada dia coloca no caminho (A.O. – Agente Comunitária de Saúde PACS, 2020).

O SUS avança muito desde que entrei como ACS no C. Saúde, mesmo diante desse avanço temos muitos desafios, estamos localizados fora da área de abrangência e cada vez mais sem profissionais. Falta materiais de trabalho e bem como incentivo para alcançar metas, pois somos “PACS”, e o número de profissionais não supri as demandas que são inúmeras. Estamos sempre trabalhando pra ontem e isso gera frustração, sempre gostei de trabalhar na área da saúde e fica a esperança de uma gestão de recursos melhor para a área. Assim, os usuários da área se beneficiarão para demandas dos trabalhadores da área, casas de apoio e ocupações (V.A. - Agente Comunitária de Saúde PACS, 2020).

Desde o tempo em que venho atuando na rede SUS / PBH venho buscando trabalhar de forma efetiva, com comprometimento profissional e institucional, prestando um atendimento holístico e humanizado. Vejo necessidade de se criar estratégias para enfrentamento dos desafios diários, a exemplo da falta de materiais e insumos recorrentes, seja utilizando da criatividade ou utilizando recursos pessoais e/ou através de arrecadação coletiva. Observo a demanda de atendimento crescente, a despeito da pouca e/ou demorada reposição recursos humanos, que em sua maioria chegam sem capacitação necessária para atender à real necessidade da UBS e dos usuários. Seria interessante a instituição a nível local e municipal promover capacitações e treinamentos mais eficazes e objetivos, e criar/aplicar instrumentos para avaliar se os mesmos estão sendo aplicados e efetivos, bem como utilizar de estratégias que promovam o engajamento da equipe multiprofissional de forma mais coerente, objetiva e satisfatória. Acredito que ainda falta aos gestores utilizar de ferramentas com cunho motivacional para os servidores, principalmente para àqueles que desempenharem suas funções de forma competente e profissional, tanto a nível local quanto municipal, a fim de criar um ambiente de trabalho mais leve, efetivo e transparente (A.D. – Enfermeira ESF, 2020).

Buscar fazer o meu melhor na perspectiva da promoção de saúde e redução de danos sem sofrimento. O cenário atual de mudanças acelerados, arbitrárias de desmonte de programas tem trazido fragmentação para o trabalho e fragilização ao trabalhador em uma cultura que vê o servidor como um problema a ser exterminado e valoriza a saúde na lógica do mercado e não do Direito. O que me nutre é o processo de aprendizado humano desse trabalho e o apoio dos colegas de jornada, buscando ser leve e levar essa leveza nas relações. Encontrar e receber conforto ao servir, trocar o que é mais valioso que o conhecimento técnico burocrático. O Amor! (J.O. – Nutricionista NASF, 2020).

Sou cirurgiã dentista desde 1978, formada pela UFMG, tenho pós graduação em saúde coletiva pela PUC MINAS. Estou à frente da ESB para pacientes em situação de rua há mais ou menos 14 anos. Diante deste enorme desafio, meu atendimento direcionado a população em maioria do sexo masculino, faixa etária de 25 a 55 anos. Aprendi com eles, o porquê de estar na rua, álcool, droga, restrição da família já sofrida vendo seus filhos caírem em tentação ao vício e assim acabam largando pois não aguentam mais. Na odontologia vivenciei o desejo de recuperarem a dignidade o trabalho o reencontro com seus familiares, a esperança de um novo recomeço. Fazer parte deste projeto me engrandeceu como pessoa, como profissional. Espero um dia poder ter um atendimento diferenciado, compartilhado, que possamos co-

nhecer cada um de nossos pacientes e assim tornar nossas ações mais valorizadas e eficazes (J.P. – Dentista ESF, 2020).

Sou médica, tenho 20 anos de formada e 20 anos trabalhando no SUS, sendo que 14 anos, exclusivamente no SUS. Nesses anos, vivenciei muitos avanços e melhorias, mas também vi muitos novos desafios aparecerem. No caso específico do Centro de Saúde, acredito que o nosso maior desafio seja, no momento, o aumento exponencial do número de usuários. A cada dia, recebemos novos pacientes, que impossibilitados de arcar com os custos de planos de saúde suplementar, chegam até nós. Por trás da nossa classificação de “baixo risco”, encontramos idosos frágeis, com graus variados de insuficiência familiar e uma população adoecida do ponto de vista da saúde mental, além, é claro, dos portadores de doenças crônico-degenerativas, tão prevalentes em nosso meio. Apesar de todos os problemas, eu defendo integralmente o SUS e gosto de vislumbrar os próximos anos com otimismo. Espero que as equipes sejam redimensionadas e que seja criada mais uma equipe de PSF na unidade, para que a atenção básica seja fortalecida e possamos continuar oferecendo um atendimento de qualidade e manter as ações de promoção e prevenção (D.G. – Médica, 2020).

A perspectiva que eu tenho que a cada dia que passa o C. S está bem melhor em relação a boa comunicação da equipe. E a minha perspectiva é que vai melhorar mais ainda (E. – Auxiliar de Serviços Gerais, 2020).

Poder estar como gerente do CS Carlos Chagas (CSCC) hoje, é gratificante e desafiador, pois estamos num momento em que a demanda é cada vez mais crescente.

Atrelado a isso, o território do CSCC é muito heterogêneo e complexo, conta com população em situação de rua, profissionais do sexo, trabalhadores, moradores da área PACS que são domicílios de risco na área considerada de baixo risco, ocupações, migrantes. Este contexto faz com que os profissionais e principalmente dos agentes comunitários de saúde tenham um olhar e atuação cuidadosa e eficiente, para que possamos ofertar a todos saúde com equidade! (Gestor Local V.P)

Para o psiquiatra Quintão L. A, referência técnica das equipes do Centro de Saúde Carlos Chagas:

Vejo o enfoque de nossa atuação crescer diante da complexidade dos problemas e da necessidade de delimitarmos temas prioritários, com base na vulnerabilidade e complexidade dos problemas de nossos pacientes. Assim, vimos como o paciente com Transtorno mental Grave (TMG) e Dependência Química tem a duração e resultado de seu tratamento de Tuberculose (TB)prejudicados. Vimos idosos se tornando acumuladores, nas ruas ou vivendo sozinhos em apartamentos do centro. Vimos mulheres vulneráveis, com TMG e DQ, engravidando sucessivamente em situação de rua, sendo captadas tardiamente para o Pré-natal, num contexto do aumento de incidência de sífilis. Conhecemos a situação e podemos ajudar a orientar ações e políticas públicas- além de atender e fazer matriciamento. Articular serviços intersetoriais e intrasetoriais se faz necessário e exige um trabalho cotidiano, sempre fortalecendo parcerias e criando um ambiente colaborativo, que ajude a orientar o percurso assistencial do usuário do SUS. Nossos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são fundamentais neste processo. (Psiquiatra L. Q)

A seguir, apresentamos relatos de alguns dos integrantes do Conselho Local de Saúde, parte dos protagonistas desta história:

Como cidadã, sinto-me responsável pela doação de parte de meu tempo para contribuir no acompanhamento e defesa do SUS que é tão precioso para todos nós brasileiros. Fui do tempo que minha família era considerada como “indigente”, pois meu pai não tinha “carteira assinada”. Faço o possível para divulgar a importância do SUS em nossas vidas. Mesmo com todas as barreiras, todas as lutas e retrocessos que sempre ocorreu. Mantenho minha intenção e compromisso em atuar como conselheira de saúde minha participação também traz grande satisfação pessoal. Aprendi e aprendo muito sempre! (D.M. – Usuário Conselho Local de Saúde, 2020).

Minha perspectiva é a melhor possível. Não podemos deixar morrer o Conselho Local, e participar e reivindicar as nossas demandas. O Conselho Local do C. S. É muito ativo e de muito valor (T.C. – Usuário Conselho Local de Saúde, 2020).

Desafios são comuns para quem quer levar os objetivos adiante, e aqui a Saúde Universal (SUS), único e universal, diante desse sistema que resolve os problemas. Sinto estar no caminho certo e como para nós usuários conseguir encontrar os objetivos e perspectivas para o melhoramento do mesmo cada vez mais. Não está sendo fácil junto construirmos um sistema que mostra que já deu certo (F.B. – Presidente Conselho Local de Saúde, 2020).

Eu participo com o objetivo de que seja levada em conta a opinião do usuário. Aos 72 nos sou defensora do SUS, desde sua criação. Acredito que quem fala do SUS é porque não conhece. O C. S tem uma particularidade que é atender prioritariamente o público do alto (apartamentos) e do baixo (da rua). Isso é um dificultador que o trabalhador precisa atuar como apaziguador. Levando também em conta todas as limitações do sistema, o C. S oferece um atendimento que reflete claramente o esforço conjunto do trabalho em equipe (Usuária Conselho Local de Saúde, 2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da informação em saúde é reconhecida como ferramenta estratégica para a melhoria da saúde de uma população. Nesse contexto, a análise situacional do CSCC é reconhecida como ferramenta estratégica para o acesso da população ao SUS da Região Centro-Sul de Belo Horizonte. É garantido, por lei, que todos têm direito às políticas públicas de saúde e de informação. A forma como a informação sobre a saúde é repassada impacta o acesso da população, nos mecanismos para a garantia e a luta do direito à saúde, pois, se a comunicação não for inclusiva, contextualizada e assimilada pela população, isso pode ser um fator que dificulta o acesso.

Reunir as informações acerca do histórico do Centro de Saúde Carlos Chagas e registrá-las neste trabalho foi um trabalho árduo, mas de importância ímpar, uma vez que a criação da Unidade antecede a própria constitucionalização do Sistema Único de Saúde, com Controle Social presente e fortalecido. Esses aspectos precisavam ser documentados, para que gerações atuais e futuras tivessem acesso à riqueza que é esse Centro de Saúde para a saúde pública do estado e do país. Além disso, demonstrou-se a importância do diagnóstico territorial, com olhar sensível de reconhecimento dos “domicílios de risco”, mesmo em áreas classificadas institucionalmente como de baixo risco.

O território de atuação da pesquisadora se configura como de “baixo risco” quanto à vulnerabilidade social, mas se observa a existência de pessoas em vulnerabilidade social e de saúde residindo nesses territórios, os quais têm o SUS como principal recurso para saúde. Nesse contexto, surgiu o termo domicílios de risco no baixo risco. Esse termo designa as pessoas que apresentam condições precárias de saúde e sociais, sendo fundamental sua identificação no território, bem como a definição de estratégias de comunicação e informação que possibilitem o acesso aos serviços sanitários.

Analisar um grande volume de materiais e informações foi um desafio colossal, requerendo muito cuidado na avaliação dos textos, atas e registros. Em síntese, é importante destacar que: a) os dados da população adscrita mostram que a área de baixo risco representa 91,77% da população; b) as microáreas do PACS representam 8,23% de domicílios de risco; c) os cadastros vinculados sem equipe representam o maior contingente - 91,77% de demandas do Centro de Saúde Carlos Chagas e d) a análise demonstra um elevado crescimento das demandas das áreas de institucionalmente classificadas como de baixo risco.

Os resultados deste estudo apontam uma realidade crítica das políticas públicas de saúde, com limitações de acesso de populações vulneráveis a serviços de saúde em áreas consideradas como de baixo risco. Nesse sentido, a pesquisa mostra que o critério de avaliação do IVS não está compatível com a realidade local do território. As pessoas residentes nos territórios em domicílio de risco estiveram sujeitas a diferentes condições de vulnerabilidade na perspectiva individual, social e programática.

Infere-se que as variáveis socioeconômicas podem contribuir para a ocorrência das condições de vulnerabilidade nestas populações - profissionais do sexo; migrantes; residentes em prédios ocupados; pessoas em situação de rua; idosos frágeis; portadores de doenças crônicas e com sofrimento mental. Assim, os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde devem, pela análise situacional mais aprofundada, utilizar esses aspectos como ferramentas de informação para os grupos vulneráveis que precisam ser priorizados nos cuidados à saúde. Deve-se questionar os critérios institucionais de classificação de risco, principalmente em territórios heterogêneos, para que se reflita acerca da oferta e a necessidade de saúde de populações vulneráveis residentes em domicílios de risco em áreas consideradas de baixo risco.

Ao registrar o histórico do CSCC foi possível identificar a proatividade dos atores envolvidos (usuários, trabalhadores, gestores e tantos outros), apesar de todos os desafios enfrentados. Os registros ao final do texto expressam ainda mais forte que esse sentimento permanece vivo, apontando para uma esperança em relação às ações de fortalecimento do Sistema Único de Saúde, principalmente dos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Por fim, espera-se que este trabalho sirva como um instrumento para fortalecer o Conselho de Saúde Local frente à gestão municipal, mostrando a realidade, para se articular e pensar coletivamente em alternativas para a garantia do acesso à população e a efetivação do direito à saúde.

Sigamos, pois, em defesa constante do SUS, para que seja efetivamente universal, integral e equânime. A luta continua! Avante!

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

BARROS, I. C. **A importância da Estratégia de Saúde da Família**: contexto histórico. Orientadora: Prof.^a Estela Aparecida Oliveira Vieira. 2014. f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

BELO HORIZONTE. **História do Conselho Municipal de Saúde**. 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/conselho/cms/historia>. Acesso em: 21 jul. 2019.

BELO HORIZONTE. **Lei Municipal nº 5.903 de 03 de junho de 1991**. Cria o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a Conferência Municipal de Saúde, os Conselhos Distritais de Saúde, as Comissões Locais de Saúde e dá outras providências. 1993. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/conselho/lei_5903.pdf. Acesso em: 21 jul. 2019.

BELO HORIZONTE. **Projeto De Qualificação Da Infraestrutura Da Atenção Primária À Saúde De Belo Horizonte - caracterização do sistema atual**. 2010. Disponível em http://www.pbh.gov.br/smsa/atencao_primaria/Documento_Complementar_01_Rede.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

BRASIL. **Leitura da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Lei de Acesso à Informação no Brasil. Brasília: Senado Federal, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Portaria Nº 2.528 De 19 De Outubro De 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

CIRINO, J. A. F.; TUZZO, S. A. Mídia, saúde e cidadania: análise de discurso crítica da “Luta Pela Vida” em Goiás. In: **Congresso Brasileiro De Ciências Da Comunicação**, 2014, Foz do Iguaçu (PR). Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2014/resumos/R9-0609-1.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2019.

CSMBH - Uma experiência em construção. **Site da Revista Radis Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 42, p. 2. fev. 2006, Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis42_web.pdf. Acesso em: 21 jul. 2019.

GENTILLI, V. O conceito de cidadania, origens históricas e bases conceituais: os vínculos com a Comunicação. **Revista FAMECOS**, n. 19, p. 36-48, dez. 2002. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/3184/2451>. Acesso em: 21 jul. 2019.

CHAVES, J. *et al.* Medicina brasileira transformada: relato de experiência. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.26, Supl 8, p. S211-S215, 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATO, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MARTINS, M. C. F. N.; MARCO, M. A. Humanização e processos comunicacionais: reflexões sobre a relação entre o profissional de saúde e o usuário. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 1, p. 49-54, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis - Rio de Janeiro:2002.

NOGUEIRA, C. M. M. Considerações sobre o modelo de análise do discurso de Patrick Charaudeau. **Ens. Pesqui. Educ. Ciênc.**, Belo Horizonte, v.6, n.1, p.66-71, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epec/v6n1/1983-2117-epec-6-01-00066.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2019.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018.

SANTOS, N.R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, jun. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (SMSA/BH). **Índice de Vulnerabilidade da Saúde**. 2012. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saúde>. Acesso em: 21 jul. 2019.

SOUZA, J. M.; CARNEIRO, R. **O hipercentro de belo horizonte**: conformação espacial e transformações recentes. 2003. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br>. Acesso em: 08 out. 2010

Solange Augusta de Abreu Ribeiro; Shirley Pereira de Almeida. DESAFIOS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE JUNTO À POPULAÇÕES VULNERÁVEIS RESIDENTES EM “DOMICÍLIOS DE RISCO” EM ÁREAS DE BAIXO RISCO NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL. In: ANAIS DO 8º SIMPÓSIO BRASILEIRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2019, Belo Horizonte. **Anais eletrônicos...** Campinas, Galoá, 2020. Disponível em: <<https://proceedings.science/simbravisa-2019/papers/desafios-do-agente-comunitario-de-saude-junto-a-populacoes-vulneraveis-residentes-em----domicilios-de-risco>>.

SOUZA, R.C.F. *et al.* Viver próximo à saúde em Belo Horizonte. **Cad. Metrop.**, São Paulo, v. 18, n. 36, p. 325-344, jul 2016.

SILVA, M. J. P. O papel da Comunicação na Humanização da Atenção à Saúde. **Revista Bioética**, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde (MS), 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Registro Histórico de Atas de Reuniões do Centro de Saúde Carlos Chagas (1992-2019)

ATAS DE REUNIÕES CENTRO DE SAÚDE CARLOS CHAGAS											
ANO	PARTICIPANTES	ANO	PARTICIPANTES	ANO	PARTICIPANTES						
1992	Ana Dilma Neres Santos Maria de Fátima Rodrigues Lenir Olinda. V Laura Sampaio Maria Gonçalves dos Santos Jose João de Deus Lenir Sonia Terezinha Adelina Bertolina Caldeira Vaz Joanita Laura Zeferina Maria Assunção Maria Auxiliadora Nicasio Maria de Fátima Ribeiro Maria Flor de Maio Marlene da Silva Franco Camila Ferraz Diane R. Santos Maria C. Norbin Maria Lucia Marli Jandira de S. Freitas Celina Alves Paulo Reis Maria aparecida Leão Odilon Mario Ricardo João Brugnara Tarquinio	1993	Ana Dilma Neres Santos Lenir Olinda. V Sonia Regina Terezinha Adelina Bertolina Caldeira Vaz Joanita Laura Zeferina Maria Assunção Maria Auxiliadora Nicasio Maria de Fátima Ribeiro Maria Flor de Maio Marlene da Silva Franco Camila Ferraz Diane R. Santos Maria C. Norbin Maria Lucia Marli Jandira de S. Freitas Celina Alves Lucia Maria Gonçalves Laura Sampaio Regina Dr. Ivo Drª Maria Auxiliadora	1994	Ana Dilma Neres Santos Regina Liliane Juliana Sonia Regina Sonia Terezinha Laura Zeferina Maria Assunção Maria Auxiliadora Nicasio Maria de Fátima Ribeiro Maria Flor de Maio Marlene da Silva Franco Camila Ferraz Diane R. Santos Maria C. Norbin Maria Lucia Marli Jandira de S. Freitas Celina Alves Vilma Lucia Dr. Ricardo Dr. João Carlos Brugnara Dr. Tarquinio	1995	Ana Dilma Neres Santos Maria de Fátima Rodrigues Lenir Olinda. V Sonia Regina Sonia Terezinha Adelina Bertolina Caldeira Vaz Joanita Laura Zeferina Maria Assunção Maria Auxiliadora Nicasio Maria de Fátima Ribeiro Maria Flor de Maio	1996	Ana Dilma Neres Santos Regina Helena Lemos Maria Cristina coelho Fernanda Mota Neuza Heloísa de oliveira Ana Maria soares Rodrigues Dr. Mario Afonso Moreira Dr. Ricardo Soares Tavares Dr. João Brugnara Dr. Tarquinio Versalha Maria Lucia Nogueira da silva	1997	Ana Dilma Neres Santos Leonardo Agostini Quintão Ricardo soares Tavares Maria Auxiliadora Barbosa Couto Sonia Regina de Oliveira Lourenço Bernadete Maria Teles Goetani Emerentina Tereza Miranda Rabelo Agnaldo Damiano de Oliveira Maria Lucia Nogueira da

	<p>Marlene da Silva Franco Camila Ferraz Diane R. Santos Maria C. Norbin Maria Lucia Marli Jandira de S. Freitas Celina Alves Cristina Dr. Mario Dr^a Auxiliadora Dr. Ricardo Soares Tavares Dr. João Brugnara Dr. Tarquínio</p>		<p>Elier soares de Oliveira Camila Alves Ferraz Silva Agnaldo Damiano de Oliveira João Carlos da Cruz Maria Auxiliadora Barbosa Couto Maria Geralda dos Santos Sonia Regina de Oliveira Lourenço Maria Flor de Maio Santos Jandira de Souza Freitas Nilzete Santos Soares Celina Alves ribeiro Marlene da Silva Franco Osvaldo C. Gomes Bernadete Maria Nogueira Berenice Nesio Admara de Vasconcelos Soares Sonia Terezinha Celma Alves ribeiro Maria Lucia Marli Jandira de S. Freitas Celina Alves</p>		<p>silva Carlos Alberto Gontijo Marlene da Silva Franco Camila Alves Ferraz Silva Diane R. Santos Maria de Fátima Derli Juliana Canuto Marinilza de Jesus Jandira de S. Freitas Celina Alves Ribeiro Cesarina Silva Maria Flor de Maio Santos Juçara Vieira Mendes Jose Luciana Alves Perdigão Souza Maria Amélia Alves Mario G. dos santos Admara Vasconcelos Soares Nilza Eneida Pimenta Gomes</p>
1998	<p>Ana Dilma Neres Santos Maria Auxiliadora Barbosa Couto Sonia Regina de Oliveira Lourenço Bernadete Maria Teles Goetani Maria Lucia Nogueira da silva Camila Alves Ferraz Silva Maria de Fátima da Silva Santos Derli Juliana Canuto Celina Alves Ribeiro Cesarina da Silva Maria Flor de Maio Santos Luciana Alves Perdigão Souza Admara Vasconcelos Soares Nilza Eneida Pimenta Gomes Samir Kumaira Sonia Terezinha Maria Lucia Nogueira Lelia Torres Maria Mercedes Merry</p>	2001	<p>Ana Dilma Neres Santos Maria Aparecida Carvalho Samir Kumaira Jussara Neves Porfírio Angelica Jacyra</p>	2001	<p>Implantação do Saúde da Família</p> <p>Ana Dilma Neres Santos Maria Aparecida Carvalho Samir Kumaira Jussara Neves Porfírio Angelica Jacyra</p>

	<p>Brito Nilce Bitencourt Jussara Neves Porfírio Rafme Regina F. Gomes Berenice Nesio Ângela Fassy Maria de Fátima Da silva santos Elizabete campos Neves Moraes</p>				
2002	<p>Ana Dilma Neres Santos Dr. Ricardo Soares Tavares Claudio Candiani Leonardo Agostini Quintão Mario Afonso Moreira Angélica Silveira Maria Mercedes Brito Merry Jacyra Fonseca Franca Maria das Graças dos Santos Maria Aparecida Carvalho Derli Juliana Canuto Angelita Marques da Silva Marinilza Mourão Gomes Maria Romualda Tavares Berenice Nesio goulart Junia B. Rezende Leila Maria Costa Elizabeth augusta Figueiredo Camila Alves Ferraz Maria Auxiliadora Barbosa Jose Semionato Maria Soledade Pereira Sonia Regina de Oliveira Lourenço Admara Vasconcelos Angela Mazzilli Fassy Elizabeth campos Neves Moraes Cesarina da Silva Jussara Neres Porfírio Ângela Maria Mazzilli Maria Goreti Ramiro Rocha Ana Maria Teixeira Angélica Silveira Maria Lucia Avila Sonia Regina de Oliveira Lourenço Amir Eduardo Issa Fenu- sa Leila Maria costa Marinilza Mourão Maria Aparecida de Fátima</p>	2003	<p>Ana Dilma Neres Santos Dr. Ricardo Soares Tavares Claudio Candiani Leonardo Agostini quintão Mario Afonso Moreira Ivo F. rocha Angélica Silveira Maria Mercedes Brito Merry Ana Paula santos Nascimento Maria das Graças dos Santos Maria Aparecida Carvalho Derli Juliana Canuto Solange F. Batista Maria Bernadete Filizola Cintia da Cruz Rosa Berenice Nesio goulart Lelia Torres Leila Maria Costa Francini de Sá Guimaraes Camila Alves Ferraz Maria Flor de Maio santos Jose Semionato Filho Jandira de Souza Freitas Admara Vasconcelos Angela Mazzilli Fassy Elizabeth campos Neves Moraes Cesarina da Silva Jussara Neres Porfírio Ângela Maria Mazzilli Maria Goreti Ramiro Rocha Ana Maria Teixeira Angélica Silveira Maria Lucia Avila Sonia Regina de Oliveira Lourenço Amir Eduardo Issa Fenu- sa Leila Maria costa Marinilza Mourão Maria Aparecida de Fátima</p>	2005	<p>Ana Dilma Neres Santos Dr. Ricardo Soares Tavares Claudio Candiani Leonardo Agostini quintão Tiago Victor Barbosa Fabiano Melo Silva Angélica Silveira Maria Mercedes Brito Merry Ana Paula santos Nascimento Maria das Graças dos Santos Maria Aparecida Carvalho Derli Juliana Canuto Solange F. Batista Maria Bernadete Filizola Cintia da Cruz Rosa Berenice Nesio goulart Lelia Torres Leila Maria Costa Francini de Sá Guimaraes Camila Alves Ferraz Maria Flor de Maio santos Jose Semionato Filho Jandira de Souza Freitas Admara Vasconcelos Angela Mazzilli Fassy Elizabeth campos Neves Moraes Cesarina da Silva Jussara Neres Porfírio Ângela Maria Mazzilli Maria Goreti Ramiro Rocha Ana Maria Teixeira Angélica Silveira Maria Lucia Avila Sonia Regina de Oliveira Lourenço Amir Eduardo Issa Fenu- sa Leila Maria costa Marinilza Mourão Maria Aparecida de Fátima</p>

	<p>Louenço Ângela Maria Mazzilli Cintia da Cruz Rosa Jandira de Souza Freitas Maria da Soledade Pereira Maria Goreti Ramiro Rocha Iene Ribeiro</p>		<p>tima da silva Derli Juliana Canuto Sheld B. Souza Elizabete Augusta Figueiredo Marinilza Mourão Gomes Maria Lucia Ávila Alvarenga Regina Lemos Rosalia Rodrigues costa Celina Alves Ribeiro Izoltina Viana Medeiros</p>		<p>tima da silva Derli Juliana Canuto Sheld B. Souza Elizabete Augusta Figueiredo Marinilza Mourão Gomes Maria Lucia Ávila Alvarenga Laiz Naiara Marques Luz Fabiano Melo da Silva Celina Alves Ribeiro Izoltina Viana Medeiros Edson da Silva Santos Hugo Leonardo Remos Moreira Terezinha Reis Moreira Joana D'Arc Resende Souza Erenice Venancio Ferreira chaves Thiago Barbosa</p>
2006	<p>Maria Cristina Coelho Claudio Candiani Leonardo Agostini Quintão Fabiano Melo Silva Angélica Silveira Maria Mercedes Brito Merry Maria das Graças dos Santos Maria Aparecida Carvalho Berenice Nesio Goulart Leila Maria Costa Camila Alves Ferraz</p>	2007	<p>Maria Cristina Coelho Solange F. Batista Derli Juliana Canuto Marlene Rodrigues das Graças Angélica Silveira Elci Paranhos Juna Soares Moulin Maria das Graças dos Santos Derli Juliana Canuto Berenice Nesio goulart Celina Alves Ribeiro Elizabeth Campos Neves Morais Jussara Neres Porfrio Andrea Senne Alessandro de Jesus Costa Elcida Silva Bolonho Admara Vasconcelos Jose Semionato Filho Ângela Maria Mazzilli Eliana Antunes Cardoso Elcida silva Bolonho Jorge Luis Pires Maria Lucia Ávila Luiz Paulo do Carmo Alessandro C. Rodrigues Antonio Melgaço Guimaraes Jandira de Souza Freitas Claudio Candiani Maria Flor de Maio santos Jacyra Fonseca França Iene Ribeiro Edenia das Dores Maia</p>	2008	<p>Maristela Brant Bernadete Maria Mercedes Merry Antonio Melgaço Admara Vasconcelos Vanda Julia Gracielia Viana Solange Freire</p>

			Edson da Silva Santos Hugo Leonardo Remos Moreira Terezinha Reis Moreira Joana D'Arc Resende Souza Erenice Venancio Ferrei- ra Chaves Thiago Barbosa		
2009	Maristela Brant Juliana Vasques Maria Mercedes Merry Antonio Melgaço Admara Vasconcelos Solange Abreu Julia Gracielia Viana Ana Paula Garcia Micheline da silva Veiga Alessandro Ferreira de Macedo Valeria Pereira Avelar Jussara Neres Porfirio Gustavo Augusto Rodri- gues Maria Aparecida carvalho Sarah Abreu Geraldo Cleuber Rosemary soares Maria goretto Ramiro Maria Regina vieira Con- de Nathalia Barros Pereira Sales Gabriela da silva Pereira Marina Augusta de Oli- veira Soraya Crisitina Gomes Maria do Carmo Eleute- rio Regina Cassia Vasconce- los de Oliveira Maria das Graças dos Santos Cleide Cristina Pimenta Elci Paranhos Daniela Baeta Pinheiro Paula Birchal Braga Margareth Maia Denise Gontijo torres Derli Juliana Canuto Leonardo Agostini quin- tão Maria Elizabeth Siqueira Marcia Maria de Souza Claudia de Fatima Pereira Cesarina da silva Vanessa Pereira de Souza Vanda Dias Duarte Edna Maria dos Santos	2010	Maristela Brant Juliana Vasques Francislene Pimenta Ana Paula Garcia Micheline da silva Veiga Alessandro Ferreira de Macedo Jussara Neres Porfirio	2011	Maristela Brant Juliana Vasques Maria Mercedes Merry Antonio Melgaço Admara Vasconcelos Solange Abreu Julia Gracielia Viana Ana Paula Garcia Micheline da silva Veiga Alessandro Ferreira de Macedo Valeria Pereira Avelar Jussara Neres Porfirio Gustavo Augusto Rodri- gues Maria Aparecida carvalho Sarah Abreu Geraldo Cleuber Rosemary soares Maria Goretto Ramiro Maria Regina vieira Con- de Nathalia Barros Pereira Sales Gabriela da silva Pereira Marina Augusta de Oli- veira Soraya Crisitina Gomes Maria do Carmo Eleute- rio Regina Cassia Vasconce- los de Oliveira Maria das Graças dos Santos Cleide Cristina Pimenta Elci Paranhos Daniela Baeta Pinheiro Paula Birchal Braga Margareth Maia Denise Gontijo torres Derli Juliana Canuto Leonardo Agostini quin- tão Maria Elizabeth Siqueira Marcia Maria de Souza Claudia de Fatima Pereira Cesarina da silva Vanessa Pereira de Souza Vanda Dias Duarte Edna Maria dos Santos

	Glaucia Sueli da rocha				Glaucia Sueli da rocha
2012	<p>Shirley pereira de Almeida Juliana Vasques Maria Mercedes Merry Antonio Melgaço Guimarães Admara Vasconcelos soares Solange Abreu Julia Gracielia Viana Ana Paula Carlos Garcia Micheline da silva Veiga Alessandro Ferreira de Macedo Valeria Pereira Avelar Jussara Neres Porfirio Gustavo Augusto Rodrigues Maria Aparecida carvalho Sarah Abreu Geraldo Cleuber Rosemary soares Maria goretti Ramiro Maria Regina vieira Conde Nathalia Barros Pereira Sales Gabriela da Silva Pereira Marina Augusta de Oliveira Soraya Crisitina Gomes Maria do Carmo Eleuterio Regina Cassia Vasconcelos de Oliveira Maria das Graças dos Santos Cleide Cristina Pimenta Elci Paranhos Sheila Louise dos Santos Paula birchal Braga Margareth Maia Denise Gontijo torres Sandra Alves Leonardo Agostini quintão Rosa Frascoli pereira Nidia aparecida Adalberto Claudia de Fatima Pereira Solange Augusta de Abreu Ribeiro Mariana Amaral Gonçalves Vanda Dias Duarte Edna Maria dos Santos Glaucia Sueli da rocha Adriana Andrade soares</p>	2013	<p>Shirley pereira de Almeida Juliana Vasques Maria Mercedes Merry Antonio Melgaço Guimarães Admara Vasconcelos soares Solange Abreu Julia Gracielia Viana Ana Paula Carlos Garcia Micheline da Silva Veiga Rosália Marques de Freitas Valeria Pereira Avelar Jussara Neres Porfirio Jailene Ornelas oliveira Maria Aparecida carvalho Sarah Abreu Maria auxiliadora Barros Rosemary soares Maria goretti Ramiro Maria Regina vieira Conde Sheila Crisitina silva Patricia Crisitina dos Reis Marina Augusta de Oliveira Alverina das Graças Oliveira Maria do Carmo Eleuterio Regina Cassia Vasconcelos de Oliveira Maria das Graças dos Santos Otavio coelho de oliveira Elci Paranhos Sheila Louise dos Santos Paula birchal Braga Margareth Maia Denise Gontijo torres Sandra Alves Leonardo Agostini quintão Rosa Frascoli pereira Marcelo Campos de Castro Claudia de Fatima Pereira Solange Augusta de Abreu Ribeiro Mariana Amaral Gonçalves Vanda Dias Duarte Edna Maria dos Santos Glaucia Sueli da rocha Adriana Andrade soares Aline Stefane Eduarda de</p>	2014	<p>Shirley pereira de Almeida Juliana Vasques Maria Mercedes Merry Antonio Melgaço Guimarães Admara Vasconcelos soares Solange Abreu Julia Gracielia Viana Ana Paula Carlos Garcia Micheline da Silva Veiga Rosália Marques de Freitas Valeria Pereira Avelar Jussara Neres Porfirio Jailene Ornelas oliveira Maria Aparecida carvalho Sarah Abreu Maria auxiliadora Barros Rosemary soares Maria goretti Ramiro Maria Regina vieira Conde Sheila Crisitina silva Patricia Crisitina dos Reis Marina Augusta de Oliveira Alverina das Graças Oliveira Maria do Carmo Eleuterio Regina Cassia Vasconcelos de Oliveira Maria das Graças dos Santos Otavio coelho de oliveira Elci Paranhos Sheila Louise dos Santos Paula Birchal Braga Leidiane Ferreira da silva Denise Gontijo torres Ivo Fernandes Rocha Leonardo Agostini quintão Rosa Frascoli pereira Marcelo Campos de Castro Valeria Serra dos santos Solange Augusta de Abreu Ribeiro Mariana Amaral Gonçalves Vanda Dias Duarte Edna Maria dos Santos Glaucia Sueli da rocha Adriana Andrade soares Aline Stefane Eduarda de</p>

	<p>Aline Stefane Eduarda de Carvalho Carmem Sofia Fernandes Clecia de Lima da silva Conceição Rosa Porto Edenia das Dores Maia Elizabeth Campos Neves morais Euzilene Batista de Souza Fabio Medeiros Fernanda Crisitina Alves Inacia do Nascimento</p>		<p>Carvalho Carmem Sofia Fernandes Clecia de Lima da silva Conceição Rosa Porto Edenia das Dores Maia Elizabeth Campos Neves morais Euzilene Batista de Souza Fabio Medeiros Fernanda Crisitina Alves Inacia do Nascimento</p>		<p>Carvalho Carmem Sofia Fernandes Clecia de Lima da silva Conceição Rosa Porto Edenia das Dores Maia Elizabeth Campos Neves morais Euzilene Batista de Souza Fabio Medeiros Fernanda Crisitina Alves Inacia do Nascimento</p>
2015	<p>Shirley Pereira de Almeida Juliana Vasques Maria Mercedes Merry Antonio Melgaço Guimarães Admara Vasconcelos soares Solange Abreu Julia Gracielia Viana Ana Paula Carlos Garcia Vanderlei de Souza Rosália Marques de Freitas Valeria Pereira Avelar Jussara Neres Porfirio Jailene Ornelas oliveira Maria Auxiliadora Barros Maria Goretti Ramiro Maria Regina vieira Conde Patricia Crisitina dos Reis Marina Augusta de Oliveira Alverina das Graças Oliveira Maria do Carmo Eleuterio Regina Cassia Vasconcelos de Oliveira Maria das Graças dos Santos Otavio Coelho de Oliveira Elci Paranhos Sheila Louise dos Santos Paula Birchal Braga Leidiane Ferreira da Silva Denise Gontijo Torres Leonardo Agostini Quintão Marcelo Campos de Castro Solange Augusta de Abreu Ribeiro Mariana Borba</p>	2016	<p>Shirley Pereira de Almeida Juliana Vasques Maria Mercedes Merry Antonio Melgaço Guimarães Admara Vasconcelos soares Solange Augusta de Abreu Julia Gracielia Viana Ana Paula Carlos Garcia Rosália Marques de Freitas Valeria Pereira Avelar Jussara Neres Porfirio Jacilene Ornelas oliveira Marlene da Silva Oliveira Maria goretti Ramiro Maria Regina vieira Conde Patricia Crisitina dos Reis Alice Duarte Barbosa Alverina das Graças Oliveira Andreia Chistianne Lessa Regina Cassia Vasconcelos de Oliveira Maria das Graças dos Santos Otavio Coelho de Oliveira Elci Paranhos Sheila Louise dos Santos Paula Birchal Braga Andreia Cristina Dommigues Luciana Quintão Melo Leonardo Agostini Quintão Marcelo Campos de Castro Inacia do Nascimento Mariana Borba Vanda Dias Duarte Carmem Sofia Fernandes</p>		

	<p>Vanda Dias Duarte Carmem Sofia Fernandes Clecia de Lima da Silva Conceição Rosa Porto Rouziele Soares Edenia das Dores Maia Elizabeth Campos Neves Morais Jose Julio Zoonoses Marcelo zoonoses Geraldo zoonoses Inacia do Nascimento</p>		<p>Clecia de Lima da silva Conceição Rosa Porto Rouziele Soares Edenia das Dores Maia Elizabeth Campos Neves Morais</p>		
2017	<p><i>Shirley Pereira Almeida</i> <i>Veronica Perdesanne</i> <i>Julia Gracielia Viana</i> <i>Valeria Pereira Avelar</i> <i>Jussara Neres Porfirio</i> <i>Maria das Graças dos Santos</i> <i>Juliana Vasques</i> <i>Ana Paula Carlos Garcia</i> <i>Jacilene Ornelas Oliveira</i> <i>Maria Goretti Ramiro</i> <i>Patricia Crisitina dos Reis</i> <i>Alverina das Graças Oliveira</i> <i>Otavio Coelho de Oliveira</i> <i>Denise Gontijo Torres</i> <i>Leonardo Agostini Quintão</i> <i>Marcelo Campos de Castro</i> <i>Solange Augusta de Abreu Ribeiro</i> <i>Mariana Borba</i> <i>Vanda Dias Duarte</i> <i>Carmem Sofia Fernandes</i> <i>Conceição Rosa Porto</i> <i>Rouziele Soares</i> <i>Edenia das Dores Maia</i> <i>Elizabeth Campos Neves</i> <i>Morais</i> <i>Jose Julio Zoonoses</i> <i>Marcelo zoonoses</i> <i>Geraldo zoonoses</i> <i>Dalvanice M.da Silva</i> <i>Inacia do Nascimento</i> <i>Veronica Perdesanne</i> <i>Aline Rosa Lazarotti</i> <i>Flenia Glaucia Carvalho</i> <i>Mylene Falviana Patrocio</i> <i>Josilene Rocha Rodrigues</i> <i>Natalia Gomes Rodrigues</i> <i>Luceilde de Souza Perei-</i></p>	2018	<p><i>Veronica Pedersane Castro Nunes</i> <i>Juliana Vasques</i> <i>Maria Mercedes Merry</i> <i>Antônio Melgaço Guimarães</i> <i>Admara Vasconcelos soares</i> <i>Jussara Neves Porfirio</i> <i>Maria das Graças dos Santos</i> <i>Solange Augusta de Abreu Ribeiro</i> <i>Julia Gracielia Viana</i> <i>Ana Paula Carlos Garcia</i> <i>Rosália Marques de Freitas</i> <i>Valeria Pereira Avelar</i> <i>Jussara Neres Porfirio</i> <i>Jacilene Ornelas oliveira</i> <i>Marlene da Silva Oliveira</i> <i>Maria goretti Ramiro</i> <i>Maria Regina vieira</i> <i>Conde</i> <i>Patricia Crisitina dos Reis</i> <i>Alice Duarte Barbosa</i> <i>Alverina das Graças Oliveira</i> <i>Andreia Chistianne Lessa</i> <i>Regina Cassia Vasconcelos de Oliveira</i> <i>Maria das Graças dos Santos</i> <i>Otavio Coelho de Oliveira</i> <i>Elci Paranhos</i> <i>Sheila Louise dos Santos</i> <i>Paula Birchal Braga</i> <i>Andreia Cristina Domingues</i> <i>Luciana Quintão Melo</i> <i>Leonardo Agostini Quintão</i> <i>Marcelo Campos de Castro</i> <i>Inácia do Nascimento</i></p>	2019	<p><i>Veronica Pedersane Castro Nunes</i> <i>Mariana Borba Garcia</i> <i>Julia G.Viana</i> <i>Elida Rejane Dias</i> <i>Denise Gontijo R .Torres</i> <i>Cristiana Ferreira</i> <i>Sheilla Louise</i> <i>Vilson</i> <i>Otavio Coelho</i> <i>Luiz Alberto Viana</i> <i>Conceição Rosa Porto</i> <i>Natalia Júnia Campos</i> <i>Maria S. Santos Rosa</i> <i>Carmem Sofia</i> <i>Solange Abreu</i> <i>Inácia Rezeende</i> <i>Alberto K. Fuzikaua</i> <i>Alverina das Graças Oliveira</i> <i>Fanny Bernanrdes Ferreira</i> <i>Neli Suzana</i> <i>Natalia Lopes Ferreira</i> <i>Renata Figueiredo Cotta</i> <i>Cristiane M de Oliveira</i> <i>Klebio R. Silva de Martin</i> <i>Ôni Marcia Jardim</i> <i>Maria Elizabete de Oliveira</i> <i>Lucineia Periard Lopes</i> <i>Lidiane Miguel Costa</i> <i>Maria Gorete Ramiro</i> <i>Natalia Júnia Campos</i> <i>Suzana Leticia</i> <i>Leticia dos Santos</i> <i>Breno Rodrigues Diniz</i> <i>Talles Fiuza da Silva</i> <i>Lucas Bispo Gomes</i> <i>Veronica Pedersane Castro Nunes</i> <i>Mariana Borba Garcia</i> <i>Julia G.Viana</i> <i>Elida Rejane Dias</i> <i>Conceição Rosa Porto</i> <i>Solange Abreu</i> <i>Ana Virginia Gomes</i></p>

	<p>ra Marta L.da Silva Karolina Diniz Pereira Sarah Magalhaes de Freitas Maria Gabriela Lima Isisi Loiola Santana Barbara Melo Toledo Paulo Lucio Chagas Renata Soares de Figuei- redo Carla Aparecida Glaucia Magalhaes de Souza Denise Martins Ferreira Fancoise J.Madeleine Bavay Lucas Bispo Gomes Solange Abreu Inácia Rezende Mariana Borba Garcia Edilene dos Santos Sergio H. de Souza</p>		<p>Mariana Borba Vanda Dias Duarte Carmem Sofia Fernandes Clécia de Lima da silva Conceição Rosa Porto Rouziêze Soares Edênia das Dores Maia Elizabeth Campos Neves Morais</p>		<p>Elida Rejane Dias Regina Cassia de Souza Conceição Rosa Porto Barbara C. Campos Jussara Neves Porfirio Luan Freitas Maria Thereza Crisitina Caho Alessandro de Almeida Cyrino Carmelia M. Viana da Rocha Maristela da Conceição Maria do Socorro Araújo Clara Kaena Evangelista Debra Ribeiro Pimenta Jacilene Ornelas Paloma A. Costa Caasio Caldas Walisson Gustavo Lopes Lucas Bispo Gomes Paulo Lucio Chagas Denise Martins Ferreira Fancoise J.Madeleine Bavay Wilton Eugenio Alves</p>
--	--	--	--	--	--