

**Desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS)  
no contexto nacional e global de transformações sociais,  
econômicas e tecnológicas - CEIS 4.0**

**SAÚDE COMO EIXO PROMOTOR DO DESENVOLVIMENTO  
NAS (E A PARTIR DAS) COMUNIDADES  
VULNERABILIZADAS DO RIO DE JANEIRO**

**EQUIPE DE PESQUISA**

Marcelo G. P. Matos

Maria Cecília J. Lustosa

Cristina Lemos

Bruna Moll

Kenia Braga

Helena Maria Martins Lastres

## Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho

### Coordenador do CEE

Carlos Augusto Grabois Gadelha

### Projeto Integrado CEE

Complexo Econômico-Industrial da Saúde e Prospecção em CT&IS

### Subprojeto

Desafios do SUS no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas – Projeto CEIS 4.0

### Coordenador Geral

Carlos Augusto Grabois Gadelha

### Coordenadores Adjuntos

José Cassiolato  
Denis Gimenez

### Equipe Executiva

Marco Aurélio Nascimento  
Karla Bernardo Mattoso Montenegro  
Felipe Kamia  
Gabriela Maretto  
Juliana Moreira  
Leandro Safatle

### Colaboradores

Anna Durão (Divulgação e Comunicação),  
Bernardo Cesário Bahia (Pesquisa), Glaucy Silva (Gestão Administrativa), Elisabeth Lisovsky (Revisão Português) e Nilmon Filho (Projeto Gráfico)

## Relatório de pesquisa – CEIS 4.0

### *Saúde como eixo Promotor do Desenvolvimento nas (e a partir das) Comunidades Vulnerabilizadas do Rio de Janeiro*

### Pesquisadores

Marcelo G. P. Matos  
Maria Cecília J. Lustosa  
Cristina Lemos  
Bruna Moll  
Kenia Braga  
Helena Maria Martins Lastres

#### Citar como:

MATOS, M. G. P.; LUSTOSA, M. C. J.; LEMOS, C.; MOLL, B.; BRAGA, K.; LASTRES; H. M. M. Saúde como eixo promotor do desenvolvimento nas (e a partir das) comunidades vulnerabilizadas do Rio de Janeiro. In: GADELHA, C. A. G. (Coord.). Projeto Desafios para o Sistema Único de Saúde no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas (CEIS 4.0). Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: CEE/Fiocruz, 2022.

Todos os direitos reservados ao Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho (CEE). Reprodução autorizada desde que citada a fonte.

Esta obra foi elaborada no âmbito do projeto “Desafios do SUS no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas – CEIS 4.0”. As opiniões expressas refletem a visão dos autores, não representando a visão institucional sobre o tema.

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Indicadores de desenvolvimento dos municípios das regiões de saúde metropolitana 1 e 2 .....	11
Tabela 2 - Mortalidade Infantil no estado, regiões metropolitanas 1 e 2 e município do Rio de Janeiro, 2019 (por mil nascidos vivos).....	12
Tabela 3 - Principais causas de morte por capítulos da CID-10 para o Estado do Rio de Janeiro e subdivisões, Jul-2020 a Jun-2021 .....	14
Tabela 4 - Disponibilidade de médicos e recursos por macrorregião, 2019 (por mil habitantes*) .....	16
Tabela 5 - Estabelecimentos e pessoas ocupadas nos segmentos de atividade econômica da CNAE 2.0 relacionados aos serviços de saúde, 2009 e 2019.....	19
Tabela 6 - Estabelecimentos e pessoas ocupadas nos segmentos de atividade econômica da CNAE 2.0 de comércio relacionados ao complexo econômico e industrial da saúde, 2009 e 2019 .....	21
Tabela 7 - Número de estabelecimentos na indústria farmacêutica no estado do Rio de Janeiro, Regiões de Saúde metropolitanas e a capital, por segmento, 2009 e 2019 .....	26
Tabela 8 - Número de empregos formais na indústria farmacêutica no estado do Rio de Janeiro, Regiões de Saúde metropolitanas e a capital, por segmento, 2009 e 2019 .....	27
Tabela 9 - Número de estabelecimentos nos segmentos de base mecânica, 2019 .....	28
Tabela 10 - Número de empregos nos segmentos de base mecânica, 2019 .....	29
Tabela 11 - Pessoas com 15 anos ou mais, alfabetizadas ou não, por território (%).....	42
Tabela 12 - Destino do lixo domiciliar nos bairros de Manguinhos e Maré, 2010 (%).....	44
Tabela 13 - Abastecimento de água nos bairros de Manguinhos e Maré, 2010 (%).....	45
Tabela 14 - Destino do esgotamento sanitário, por domicílios particulares com banheiro exclusivo nos bairros de Manguinhos e Maré, 2010 (%) .....	46
Tabela 15 - Autorizações de Internação Hospitalar aprovadas na área de planejamento 3.1 da cidade do Rio de Janeiro no período de Julho de 2020 a Junho de 2021.....	49
Tabela 16 - Postos de trabalho por setor nos bairros de Manguinhos e Maré, 2019 (%).....	50
Tabela 17 - Total de empreendimentos por setores no Complexo da Maré (%).....	51
Tabela 18 - Horta Comunitária de Manguinhos.....	53
Tabela 19 - Prestação de contas da iniciativa Maré diz não ao coronavírus nos anos de 2020 e 2021* .....	73
Tabela 20 - Número de crianças, por faixa etária, nas famílias que solicitaram kits de alimentos e produtos de higiene pessoal e de limpeza à redes da Maré.....	75
Tabela 21 - Número de moradores cadastrados nas unidades de saúde da Maré.....	77
Tabela 22 - Conexão saúde: de olho na covid - Comparativo de imunizações aplicadas no Brasil, no município de Rio de Janeiro e no complexo da Maré.....	79

Tabela 23 - Conexão saúde: de olho na covid - Edição 43 - Programa de isolamento seguro SAS Brasil + Redes da Maré .....	80
---	----

### **Lista de Figuras**

Figura 1 - Regiões e microrregiões de saúde no estado do Rio de Janeiro.....	8
Figura 2 - Áreas de planejamento da saúde no município do Rio de Janeiro .....	9
Figura 3 - Taxa de cobertura (por 1000 habitantes) de médicos, equipes de saúde da família e leitos hospitalares nos municípios do ERJ, 2019.....	18
Figura 4 - Grau de centralidade ajustada de municípios brasileiros e percentual de municípios com atendimento hospitalar dentro da própria região de saúde, 2018.....	23
Figura 5 - Número de equipes de saúde da família completas no município do Rio de Janeiro, 2008 a 2020.....	38
Figura 6 - Taxa de cobertura populacional pela estratégia de saúde da família no município e estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2020 .....	39
Figura 7 - Comunidades do Complexo da Maré.....	40
Figura 8 - Comunidades do Complexo de Manguinhos.....	40
Figura 9 - População total de Maré e Manguinhos, por faixa etária (2010) .....	42
Figura 10 - Taxa de domicílios com coleta regular de lixo, territórios de Manguinhos e seu entorno .	44
Figura 11 - Índice de Desenvolvimento Social em bairros selecionados da zona norte, centro e zona sul da cidade do Rio de Janeiro, 2010 .....	47
Figura 12 - Unidades de saúde da área de planejamento 3.1 da Cidade do Rio de Janeiro .....	50
Figura 13 - Costureiras mobilizadas no projeto Costurando em Manguinhos para a produção de sapatilhas descartáveis para Bio-Manguinhos .....	54
Figura 14 - Equipe de voluntários da iniciativa Frente de Mobilização da Maré distribuindo as doações de financiamento coletivo.....	69
Figura 15 - Programa "Entrega de cestas básicas de alimentação nos territórios sociais" citado no Boletim Territórios Sociais da prefeitura do Rio de Janeiro .....	70
Figura 16 - Campanha de comunicação "Se liga no Corona" .....	73
Figura 17 - Fluxo de teleatendimento e amparo do Conexão Saúde.....	77

### **Lista de Quadros**

<b>Quadro 1 - Prestação de contas da 1ª semana de arrecadação do financiamento coletivo "Frente de mobilização da Maré" .....</b>	<b>69</b>
<b>Quadro 2 - Relações de confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família .....</b>	<b>91</b>

## Sumário

<b>1. Características do território da Região Metropolitana do Rio de Janeiro</b>	<b>7</b>
<b>2. Determinantes multidimensionais de saúde nos municípios da RMRJ</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Desigualdades à Luz dos Determinantes Sociais da Saúde na RMRJ</b>	<b>10</b>
<b>2.2. Perfil epidemiológico na RMRJ, cidade do Rio de Janeiro e AP 3.1</b>	<b>13</b>
<b>3. O Complexo Econômico e Industrial da Saúde na RMRJ</b>	<b>15</b>
<b>3.1. Serviços de Saúde e seu acesso</b>	<b>15</b>
3.1.1. Disponibilidade de Serviços de Saúde em Perspectiva Territorial .....	15
3.1.2. Acessibilidade na vertente geográfica .....	22
3.1.3. Acessibilidade na vertente tecnológica.....	23
<b>3.2. Atividades Industriais do CEIS</b>	<b>24</b>
3.2.1. Subsistema Farmoquímico e Farmacêutico .....	25
3.2.2. Subsistema de Base Mecânica, Eletrônica e de Materiais .....	28
<b>4. A Estratégia de Saúde da Família como ordenadora da Atenção Primária à Saúde</b>	<b>30</b>
<b>4.1. Arcabouço Institucional e de Políticas para a Estratégia de Saúde da Família</b>	<b>30</b>
<b>4.2. A Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde na Cidade do Rio de Janeiro</b>	<b>36</b>
<b>5. Um Panorama dos territórios de Maré e Manguinhos</b>	<b>40</b>
<b>5.1. Panorama histórico de formação dos territórios</b>	<b>1</b>
<b>5.2. Características dos Territórios de Maré e Manguinhos</b>	<b>39</b>
<b>5.3. A Estrutura Produtivas em Maré e Manguinhos</b>	<b>47</b>
<b>6. Perspectiva histórica de iniciativas na área da saúde em Maré e Manguinhos</b>	<b>56</b>
<b>6.1. Iniciativas em saúde em perspectiva histórica</b>	<b>56</b>
<b>6.2. Apoio ao desenvolvimento socioeconômico</b>	<b>60</b>
<b>7. Iniciativas de Combate à Covid-19</b>	<b>66</b>
<b>8. Oportunidades e desafios para o desenvolvimento das comunidades a partir da saúde</b>	<b>80</b>
<b>8.1. Território cognitivo e construção colaborativa de conhecimento</b>	<b>81</b>
<b>8.2. Serviços de saúde e suas perspectivas em práticas e tecnologias</b>	<b>85</b>
<b>8.3. Participação social, relações de poder e governança</b>	<b>88</b>
<b>8.4. Visão ampla de saúde e APLs relacionados</b>	<b>93</b>
<b>Considerações Finais</b>	<b>98</b>
<b>Referências</b>	<b>99</b>

## **Saúde como eixo Promotor do Desenvolvimento nas (e a partir das) Comunidades Vulnerabilizadas do Rio de Janeiro**

Marcelo G. P. Matos; Maria Cecilia J. Lustosa; Cristina Lemos; Bruna Moll; Kenia Braga; Helena Maria Martins Lastres

O presente relatório integra o Tema 2 “A dimensão territorial da saúde e do CEIS no Brasil nas escalas regional e local” do Projeto “Desafios para o SUS no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas - CEIS 4.0”, da pesquisa IE/UFRJ e Fiocruz. A ideia-força está relacionada à potencialização do sistema produtivo e inovativo da saúde como alavanca de promoção do desenvolvimento territorial, com ampliação da universalização da saúde, redução da vulnerabilidade do SUS, diminuição da dependência por produtos e serviços relacionados ao CEIS. A pesquisa se alinha a uma visão de saúde fortemente condicionada pelo padrão de desenvolvimento e pelo protagonismo do território como palco de concertação de ações do poder público.<sup>1</sup>

Objeto específico deste relatório são dois complexos de favelas da cidade do Rio de Janeiro, Complexos da Maré e de Manguinhos, na zona da Leopoldina Sul. Sua eleição como objeto se deve, entre outros aspectos, à longa trajetória de mobilização de competências da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no apoio às mesmas, seja através de iniciativas diretamente relacionadas à promoção da saúde e provisão de serviços de saúde, seja através de iniciativas de escopo mais amplo associados ao desenvolvimento socioeconômico. Assim, essas comunidades constituem palco de inúmeros esforços pioneiros, que podem ser considerados como referência para o avanço no entendimento e de práticas promotoras de uma saúde em perspectiva holística em favelas e comunidades carentes. Mesmo que o objeto de análise centre nesses dois complexos, o escopo com relação ao qual se objetiva desenvolver perspectivas e proposições engloba as mais de mil favelas da região metropolitana do Rio de Janeiro, que são lar para mais de dois milhões de pessoas.<sup>2</sup> O estudo realizado buscou desvendar que implicações derivam de uma perspectiva sistêmica de saúde orientada e balizada pelas características, potencialidades e necessidades das favelas e também

---

<sup>1</sup> Para detalhes, ver Lastres et al., 2021; Gadelha, 2011.

<sup>2</sup> De acordo com dados da pesquisa sobre os Aglomerados Subnormais do Censo do IBGE de 2010, dos 6.320.446 habitantes da cidade do Rio de Janeiro, 1.393.314 (22,0%) residiam nas 763 favelas identificadas pelo estudo. No entanto, a Prefeitura do Rio de Janeiro revisou a forma de olhar para esses espaços a partir do Sistema de Assentamentos de Baixa Renda (SABREN), existente desde 1983, com a criação do Programa Morar Carioca em 2010, que permitiu uma nova classificação dos assentamentos de baixa renda em três categorias: favelas, subdivididas em complexos e isoladas; loteamentos e comunidades urbanizadas. Com isso, o total de comunidades identificadas subiu para 1.018, onde residiam 1.443.773 pessoas (22,8% do total). Estudo do Instituto Pereira Passos (IPP) mostrou que, entre 2000 e 2010, a população residente das favelas cresceu 19%, enquanto a restante cresceu 5,0% (<https://www.rio.rj.gov.br/web/ipp/exibeconteudo?id=4782931>).

para o próprio sistema de saúde, público e privado e para o complexo econômico e industrial da saúde.

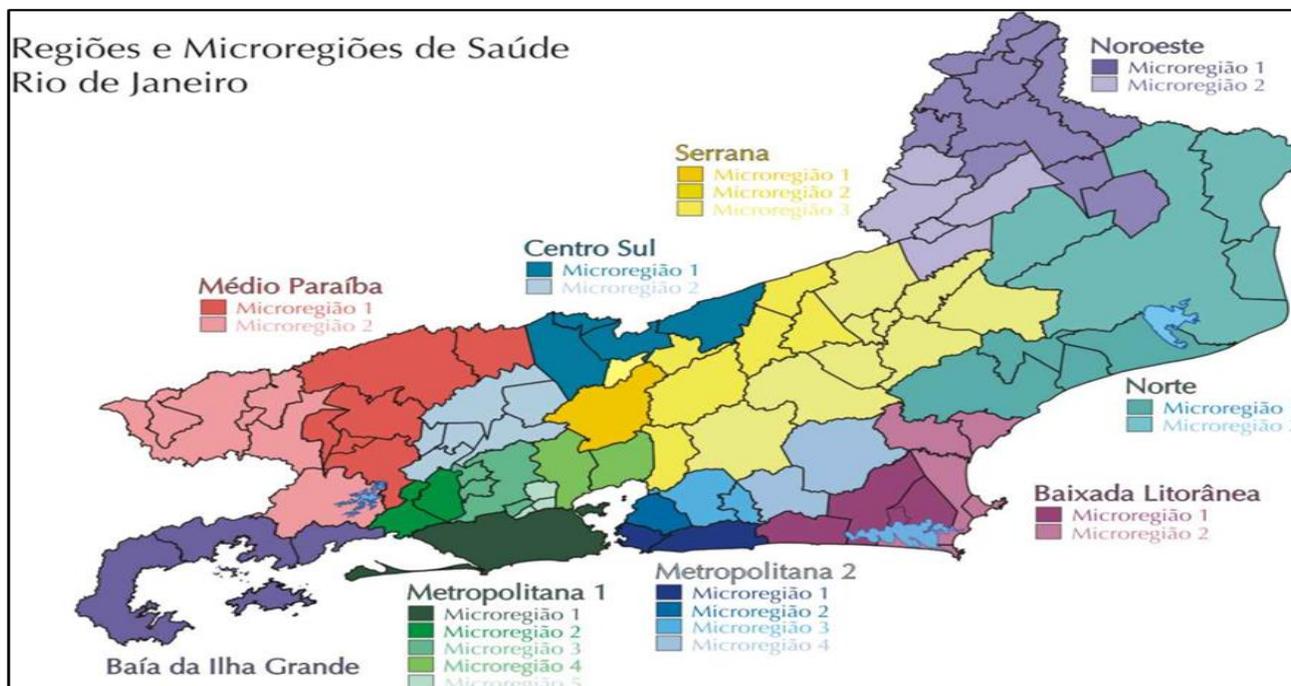
Para aterrissar na questão da saúde nas favelas da região metropolitana do Rio de Janeiro, é necessário empreender uma aproximação a partir de uma perspectiva mais ampla, que contextualiza essas no âmbito do estado do Rio de Janeiro e do conjunto de municípios da região metropolitana. É a própria conformação histórica desta região metropolitana que condiciona e se articula com o surgimento e desenvolvimento das favelas, estabelecendo um desafio para as políticas públicas de desenvolvimento com perspectiva intersetorial. A partir desse contexto amplo, serão analisados os processos de formação dos territórios de Maré e Mangueiras, suas características atuais, que condicionam os determinantes sociais da saúde, a longa trajetória histórica de atuação da Fiocruz junto a esses territórios, culminando com as iniciativas mobilizadas no escopo da Pandemia do Coronavírus.

### **1. Características do território da Região Metropolitana do Rio de Janeiro**

Com 43.780,172 km<sup>2</sup>, o estado do Rio de Janeiro é o segundo menor do Brasil e possui uma população estimada para 2020 de 17.463.349 habitantes, o que lhe confere a segunda maior densidade demográfica brasileira (398,89 hab/km<sup>2</sup>) (IBGE, 2021). Uma das características mais importantes é a concentração da população em áreas urbanas. A capital do estado, com população estimada de 6.775.561 pessoas, concentra 38,8% de sua população. Ao considerarmos que a área do município é de apenas 1.220,278 Km<sup>2</sup>, constatamos que a concentração populacional na cidade é mais de dez vezes superior à concentração do estado, 5.552,47 hab/Km<sup>2</sup>. Englobando a região metropolitana da cidade do Rio de Janeiro vemos que a população está mais concentrada ainda; 13.131.590 de pessoas perfazem cerca de 75% da população do estado.

A partir do marco legal e normas que instituíram a regionalização da saúde, o estado adotou uma divisão em Regiões de Saúde, sendo a região metropolitana dividida em duas: Região Metropolitana 1 e Região Metropolitana 2. O estado também está subdividido em microrregiões e módulos assistenciais. A finalidade desta divisão é atender aos critérios geográficos de população, acessibilidade, capacidade instalada e de oferta de serviços.

**Figura 1 - Regiões e microrregiões de saúde no estado do Rio de Janeiro**



Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro<sup>3</sup>

A região Metropolitana 1 contém 12 municípios divididos em cinco microrregiões e seis módulos assistenciais. O Rio de Janeiro é o principal município de referência, atendendo a demandas de todas as complexidades e sendo Polo Estadual para oncologia, terapia renal substitutiva, hematologia, transplante, cirurgia cardíaca, neurocirurgia, entre outros. Devido à sua importância, a cidade compõe por si só um Módulo Assistencial. A região Metropolitana 1 ainda engloba os seguintes municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica.

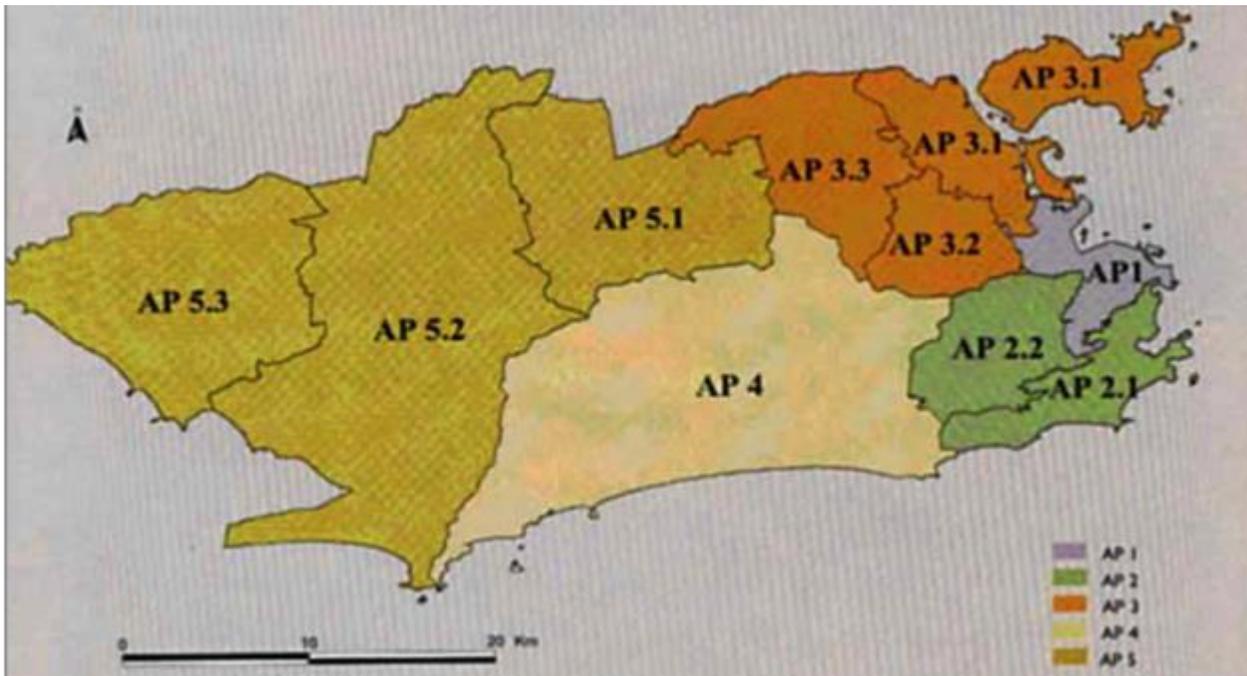
Outra região de igual importância é a região Metropolitana 2. Essa região é composta por 7 municípios em 4 microrregiões e 6 módulos assistenciais. O polo de alta complexidade é o município de Niterói, referência em terapia renal substitutiva (TRS), hemoterapia, oncologia e oftalmologia. Um segundo polo é o município de São Gonçalo, referência para cirurgias cardíacas, TRS e hemoterapia. Além destas duas cidades a região ainda é composta por: Maricá, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito e Silva Jardim.

A cidade do Rio de Janeiro é a microrregião 1 da região metropolitana 1 e também é o seu próprio módulo assistencial devido a sua estrutura produtiva bem desenvolvida em todas as complexidades e

<sup>3</sup> [http://4.bp.blogspot.com/\\_A6q1rtllyIY/Sh\\_oeiLweLI/AAAAAAAAADzk/D3ViKxdA6sk/s1600-h/FA++RegiesdeSadeEstadoWEB.jpg](http://4.bp.blogspot.com/_A6q1rtllyIY/Sh_oeiLweLI/AAAAAAAAADzk/D3ViKxdA6sk/s1600-h/FA++RegiesdeSadeEstadoWEB.jpg)

a densidade de sua demanda. Ela está dividida em 5 áreas de planejamento. Essas áreas de planejamento estão ainda subdivididas em 11 subáreas de planejamento. A área de planejamento 3.1, na qual se encontram os complexos de Maré e Manguinhos, possui uma população de 865.551 habitantes registrada no censo de 2010 (IBGE) e uma população estimada de 900.477 em 2016 (IPP).

**Figura 2 - Áreas de planejamento da saúde no município do Rio de Janeiro**



Fonte: Ministério da Saúde (2005)

## **2. Determinantes multidimensionais de saúde nos municípios da RMRJ**

As condições e necessidades de saúde são determinadas, em grande medida, pelas desigualdades socioeconômicas e os decorrentes desafios territorialmente específicos de provisão e acesso que se colocam para o SUS no atual contexto de transformações sociais, econômicas e tecnológicas. Se os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são importantes em qualquer contexto (Buss; Pellegrini Filho, 2007), esses ganham ainda maior protagonismo se o território considerado é de comunidades e favelas de uma região metropolitana brasileira. As enormes disparidades socioeconômicas se transfiguram em desigualdades em saúde. E as próprias necessidades de saúde são tributárias dessas iniquidades. A interação necessidade/provisão é condicionada pelas desigualdades em saúde que, por sua vez, possuem duas vertentes estreitamente interligadas e interdependentes.

A primeira decorre das condições e formas de vida e trabalho desiguais, implicando em discrepância nos fatores de exposição aos riscos de adoecer e morrer. Essa vertente da desigualdade se expressa em perfis epidemiológicos específicos - diferenças em termos de frequência e distribuição de doenças

- para os distintos grupos sociais e territórios, resultando em iniquidades em termos de qualidade e expectativa de vida. Está relacionada às condições estruturais decorrentes das trajetórias de desenvolvimento de cada território. E seu enfrentamento depende de políticas públicas para educação, moradia, acesso a água, energia, saneamento, emprego, renda, etc. (LASTRES et al., 2021 e 2022).

## **2.1. Desigualdades à Luz dos Determinantes Sociais da Saúde na RMRJ**

A Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ) apresenta grandes desigualdades sociais e discrepâncias espaciais nas condições de vida e de acesso a serviços básicos da população, que se refletem em suas necessidades de saúde. Isso implica em desafios e possibilidades diferenciados para a estruturação e coordenação das redes de atenção à saúde. Para analisar essas desigualdades e suas implicações, optamos por partir de uma apreciação de determinantes multidimensionais da sustentabilidade que se configuram como determinantes sociais da saúde. Esses se associam aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODSs), dentre os quais destacam-se as seguintes categorias que possuem impacto mais imediato nas condições de saúde: Pobreza, Fome, Saúde, Educação, Gênero, Água e Saneamento, Energia Limpa, Cidades e comunidades sustentáveis, Trabalho e Desigualdades.

A tabela 1 abaixo exemplifica algumas dessas dimensões a partir de dados que existem para o nível municipal de desagregação. Em decorrência da não realização do Censo Demográfico de 2020, infelizmente alguns dados de fundamental importância somente estão disponíveis para o ano de 2010. Mas, por caracterizarem desafios estruturais e perenes da RMRJ, podem ser considerados pertinentes para prover uma perspectiva dos determinantes sociais de saúde.

Discrepâncias relevantes se dão no acesso à rede de esgoto, à água canalizada e à coleta de lixo, dimensões do saneamento com diretas implicações no campo da saúde. Nos extremos figuram municípios da franja metropolitana, ainda marcados por ampla área rural. Mas mesmo nos municípios mais densamente habitados, destacam-se índices sensivelmente baixos como o de água encanada em Belford Roxo, Duque de Caxias e São Gonçalo, ou o de coleta de lixo em Belford Roxo e Japeri.

A presença de cobertura vegetal natural está diretamente associada à qualidade de vida nas cidades, podendo ser associada ao ODS Cidades e comunidades sustentáveis. Também aqui se destacam negativamente municípios densamente habitados como Belford Roxo, Nilópolis, São João de Meriti e São Gonçalo. Também associado a esse ODS, identifica-se na razão entre veículos de transporte coletivo e de transporte individual traços marcantes dos municípios da RMRJ, da dinâmica demográfica diária e da qualidade do sistema de transporte público. Destacam-se negativamente municípios que remetem diariamente grande parte de sua população para trabalhar nas áreas centrais da RMRJ e que apresentam um índice consideravelmente baixo, como Belford Roxo,

Nilópolis e São João de Meriti. O indicador de alfabetismo, que se relaciona com o ODS educação, apresenta taxas relativamente altas para quase todos os municípios da RMRJ.

Os desafios da segurança pública ficam evidentes na discrepância dos dados relacionados a óbitos por agressões. Mais uma vez, destacam-se negativamente municípios da Baixada Fluminense como Duque de Caxias e São João de Meriti. O indicador do índice de Gini, associado ao ODS que versa sobre redução de desigualdades, apresenta característica curiosa, uma vez que apresenta menores valores (menor desigualdade) nos municípios de menor nível de renda, dada a maior uniformidade da população em estratos de renda mais baixos. Por fim, o indicador do percentual de mulheres nas câmaras legislativas municipais está relacionado com o ODS de gênero e evidencia um quadro desafiador, uma vez que em nenhum dos municípios da RMRJ chega sequer perto de uma representatividade feminina satisfatória, tendo a capital o maior percentual de 17,65%.

**Tabela 1 - Indicadores de desenvolvimento dos municípios das regiões de saúde metropolitana 1 e 2**

Reg. Saúde	Município	Esgot. Sanit. % (2010)	Coleta Lixo % (2010)	Água canaliza da % (2010)	Cobertur a vegetal natural % (2017)	Veículos transport e público/individua l (jan 2020)	Índice alfabet. (2010)	Óbitos por agressão por mil habitantes (2019)	Índice de Gini (2010)	Vereadoras Mulheres % (2020)
M e t r ó p o l i	Belford Roxo	72 72	88 73	71 68	3 56	0 011	0 03	0 13	0 42	8 00
	Duque de	77 10	05 88	60 68	42	0 010	0 04	0 36	0 46	10 34
	Itaquiá	60 05	07 16	80 78	38 22	0 015	0 03	0 11	0 47	0
	Ianeri	60 33	85 31	81 36	10 47	0 007	0 01	0 07	0 42	0
	Maré	48 72	05 85	38 30	53 44	0 010	0 03	0 34	0 40	0
	Mesquita	88 70	08 76	00 06	50 31	0 017	0 05	0 11	0 47	8 33
	Nilópolis	06 43	00 66	00 33	0 06	0 000	0 07	0 10	0 45	0
	Nova Iguaçu	70 07	04 7	74 37	44 28	0 014	0 04	0 08	0 48	0
	Queimados	67 85	04 14	81 15	3 41	0 015	0 03	0 16	0 43	11 76
	Rio de	00 02	00 25	06 64	26 56	0 013	0 06	0 10	0 62	17 65
M e t	São João de	01 17	08 17	00 78	0 02	0 012	0 05	0 28	0 43	4 76
	Serranópolis	50 14	02 74	02 68	8 08	0 015	0 03	0 07	0 47	0
	Itaboraí	41 23	02 01	25 02	12 15	0 016	0 03	0 54	0 48	0
	Maricá	11 07	03 18	18 2	35 43	0 014	0 04	0 17	0 40	0
t	Niterói	87 01	08 08	05 13	34 87	0 015	0 07	0 20	0 50	0 52
	Rio Bonito	58 25	02 51	54 04	33 13	0 011	0 02	0 08	0 48	0 00

r	São Gonçalo	68 58	03 78	77 46	15 03	0 016	0 06	0 20	0 43	3 70
o	Silva Jardim	30 31	80 47	41 53	47 50	0 017	0 88	0 00	0 40	11 11
n	Tanguá	57 18	03 56	20 47	23 28	0 014	0 01	0 00	0 47	15 38

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do Censo Demográfico 2010 (IBGE), AtlasBR 2020, Ministério da Infraestrutura, SIM/DataSus, TSE.

Embora não estejam disponíveis dados desagregados a nível municipal, é importante destacar o componente de renda das pessoas mais pobres. De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (Pnad/IBGE), os 40% mais pobres da população brasileira tiveram sua renda familiar oriunda do trabalho reduzida em cerca de 30% durante a pandemia. A perda de renda contribui para dificultar o acesso a diversos bens e serviços diretamente associados à saúde, a começar pela insegurança alimentar e se estendendo até às condições de moradia. Dados de pesquisa da Prefeitura do Rio de Janeiro, realizada em meados de 2021, indicam que 31% das pessoas estão na rua há menos de um ano, sendo que 64% passaram a viver nas ruas após perda de trabalho, moradia ou renda<sup>4</sup>.

A Tabela 2 apresenta um importante indicador vital, a mortalidade infantil, para o Estado do Rio de Janeiro, as regiões de saúde Metropolitanas 1 e 2, a capital e a Área de Planejamento 3.1 (AP 3.1), que engloba os bairros de Bancários, Bonsucesso, Brás de Pina, Cacua, Cidade Universitária, Cocotá, Complexo do Alemão, Cordovil, Freguesia-ILHA, Galeão, Jardim América, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Manguinhos, Maré, Moneró, Olaria, Parada de Lucas, Penha, Penha Circular, Pitangueiras, Portuguesa, Praia da Bandeira, Ramos, Ribeira, Tauá, Vigário Geral e Zumbi. Apesar de possuir a menor proporção de óbitos infantis por nascidos vivos para cada mil habitantes diante das regiões Metropolitanas 1 (13,198), da qual faz parte, e 2 (12,942), a cidade do Rio de Janeiro (12,147) possui bairros com altas taxas de mortalidade infantil. Nesse sentido, faz-se interessante destacar a AP 3.1, subárea da Zona Norte (AP 3) da capital. Dentre os bairros que a compõem, destacam-se: Cacua (52,63), Praia da Bandeira (34,48), Cocotá (25,97), Penha Circular (24,06), Complexo da Maré (16,67), Manguinhos (9,66), entre outros.

**Tabela 2 - Mortalidade Infantil no estado, regiões metropolitanas 1 e 2 e município do Rio de Janeiro, 2019 (por mil nascidos vivos)**

Recortes Geográficos	Mortalidade Infantil (por mil nascidos)
FR.I	13 150
Metropol 1	13 108

<sup>4</sup> <https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-de-covid-19-muda-perfil-de-populacao-em-situacao-de-rua>

Metropolitana 2	12 942
Cid. Rio	12 147
AP 3.1	13 526

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do MS/DATASUS

Tendo caracterizado essas principais iniquidades socioeconômicas, que se expressam em desigualdades de saúde e seus impactos nos indicadores vitais nas escalas estadual, da região metropolitana, da cidade do Rio de Janeiro e da Área de Planejamento 3.1, passamos a escrutinar os dois componentes centrais dessas desigualdades. O primeiro deles, o perfil epidemiológico o qual se refere ao padrão de morbimortalidade dos diferentes grupos sociais e territórios.

## 2.2. Perfil epidemiológico na RMRJ, cidade do Rio de Janeiro e AP 3.1

Como visto acima, os estudos sobre os DSS mostraram que as diferentes condições de vida e trabalho, que decorrem de distintas trajetórias de desenvolvimento, implicam em diversa exposição aos riscos de adoecer e, portanto, explicam os próprios perfis epidemiológicos. Com base na experiência dos países centrais, identificou-se um movimento mais geral que vai da dominância de doenças infecciosas e parasitárias para a prevalência de enfermidades crônico-degenerativas e de causas externas como base da morbimortalidade da população na “sociedade moderna”. Nos espaços periféricos, além dos riscos “modernos”, que acompanham a urbanização - como a alimentação superprocessada, o estresse, a poluição e a violência urbana - encontram-se presentes velhos riscos tradicionais. São riscos decorrentes da ausência de saneamento básico, desnutrição, condições precárias de moradia e higiene e outros, causadores, sobretudo, de doenças infecto contagiosas. Essa justaposição de riscos resulta em uma tripla carga de doenças naqueles espaços.<sup>5</sup> A Tabela 3 apresenta dados sobre causas de óbito por capítulo da 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) para o Rio de Janeiro e suas subdivisões, de forma a contribuir com a caracterização de seu perfil epidemiológico.

Apesar de se situar na região sudeste do país, o Rio de Janeiro apresentou uma maior proporção de mortes situadas no grupo de doenças infectocontagiosas e parasitárias (cap. 01 da CID-10). A mortalidade por essas doenças alcançou 46% no período, enquanto as doenças crônico-degenerativas (DCD) (destaque para caps. 02, 09, 10, 11 e 14) representaram 42,07%. Na Região Metropolitana 2, a proporção de doenças infecto contagiosas frente às DCD foi ainda maior: 51% contra 38,05%. Por outro lado, a cidade do Rio de Janeiro alcançou 41% e 49,09% para os

<sup>5</sup> Ver as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável, instituídas em 2006, que visou tratar da dupla carga de doenças no Brasil, onde a desigualdade social agrava o quadro de doenças infecciosas. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/pri1010\\_08\\_05\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/pri1010_08_05_2006.html).

respectivos grupos de enfermidades. A predominância do grupo de doenças infecciosas e parasitárias sugere um perfil epidemiológico mais diretamente vinculado à pobreza e à falta de saneamento básico, com predominância de doenças como diarreia, leptospirose, entre outras (MS/DATASUS, 2021).

**Tabela 3 - Principais causas de morte por capítulos da CID-10 para o Estado do Rio de Janeiro e subdivisões. Jul-2020 a Jun-2021**

	CAP 01	CAP 02	CAP 09	CAP 10	CAP 11	CAP 14	CAP 19	Demais	Total
ERJ	46%	9%	13%	12%	4%	4%	4%	9%	100%
Metropol 1	43%	10%	13%	11%	5%	4%	5%	9%	100%
Metropol 2	51%	8%	12%	11%	4%	3%	4%	8%	100%
Cid. Rio	41%	11%	12%	13%	5%	4%	5%	9%	100%
AP 3.1	38%	15%	12%	13%	5%	4%	4%	9%	100%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do MS/DATASUS

É importante destacar o capítulo 19 da CID-10, cujo grupamento se refere a causas externas. Estudos mostram que causas externas não só tendem a ser mais frequentes em países periféricos, como seu perfil em geral é diverso. Nos países centrais, prevalecem as causas externas acidentais, como as decorrentes de trânsito, quedas, afogamentos, incêndios e outros, enquanto nos periféricos a violência infligida contra terceiros tende a ter um papel mais importante. No período analisado, as causas externas representaram 4% das mortes no Estado; para sua capital, representou 5% do total dos óbitos (MS/DATASUS, 2021). Além disso, condições de violência urbana tendem a gerar impactos significativos sobre os residentes em áreas de conflito, gerando e agravando outras condições de saúde, como aquelas relacionadas ao stress, com destaque para a pressão arterial e transtornos psicoemocionais (CÉSAR, 2016)<sup>6</sup>. O peso da violência fica evidente ao considerarmos dados recentes do Relatório Anual do Instituto Fogo Cruzado, divulgados no periódico Radar Favela – Covid-19, nº 14. O levantamento aponta que se registrou 4.653 tiroteios no Grande Rio em 2021, o que gera uma média de 13 tiroteios por dia; 2.098 pessoas foram baleadas; 1/3 dos tiroteios no

<sup>6</sup> De acordo com dados do Relatório Anual do Instituto Fogo Cruzado, em 2021 foram registrados no Grande Rio 4.653 tiroteios (média de 12,7 tiroteios por dia), com 2.098 pessoas baleadas, dos quais 17 crianças, 43 adolescentes e 181 agentes de segurança. 40% das unidades de saúde foram atingidas por tiroteios no entorno (Boletim Radar Favela – Covid-19 n. 14).

Grande Rio foram próximos a unidades de saúde; 40% das unidades de saúde do Grande Rio foram atingidas por tiroteios no entorno (1.688 postos, clínicas e hospitais afetados); 17 crianças, 43 adolescentes e 181 agentes de segurança foram baleados.

Essas condições específicas que impactam sobre a vida das pessoas em comunidades vulnerabilizadas se materializam em necessidades específicas de ações preventivas, promocionais, curativas, cuidadoras e reabilitadoras. Observem, portanto, na próxima seção como se estrutura o sistema de saúde para fazer frente a esses desafios.

### **3. O Complexo Econômico e Industrial da Saúde na RMRJ**

Nesta seção empreende-se uma proposta de articulação analítica do referencial de Complexo Econômico e Industrial da Saúde (CEIS), que engloba o espectro de atividades industriais e de serviços que se situam no espaço da produção e inovação no campo da saúde (GADELHA, 2009), com o referencial de Sistema de Inovação e de Arranjos e Sistemas Produtivos e Inovativos Locais (CASSIOLATO; LASTRES, 2008 e 1999; MATOS et al, 2017) de forma a aprofundar o olhar sistêmico e contextualizado sobre a configuração e desafios da saúde no território brasileiro.

As mesmas desigualdades socioeconômicas e características estruturais que resultam em diferentes níveis e formas de exposição às doenças e, conseqüentemente, diferenças espaciais nos perfis epidemiológicos, têm fortes implicações em termos do acesso aos bens e serviços de saúde. Assim, a relação necessidades e provisão de saúde não pode ser apreendida em uma simples lógica de oferta e demanda. O acesso aos serviços de saúde constitui contraparte essencial às necessidades de saúde em suas especificidades territoriais. Conforme proposto por Giovanella e Fleury (1996), diferentes aspectos condicionam o acesso aos serviços de saúde. Na sequência são explorados os dados que permitem caracterizar os desafios do acesso sob o ponto de vista da disponibilidade dos mesmos, sob o ponto de vista geográfico e sob o ponto de vista tecnológico.

#### **3.1. Serviços de Saúde e seu acesso**

##### **3.1.1. Disponibilidade de Serviços de Saúde em Perspectiva Territorial**

A Tabela 4 apresenta um panorama da gravidade das diferenças espaciais em termos de disponibilidade de recursos humanos e materiais, o primeiro dos condicionantes do acesso. São evidentes as iniquidades na partilha de UTIs, de leitos e de equipamentos de manutenção da vida, com destaque para esses últimos, que têm se mostrado tão cruciais durante a pandemia da Covid-19. A disponibilidade por mil habitantes desses equipamentos é sensivelmente maior na cidade do Rio de Janeiro (7,69 por mil habitantes) do que na região de saúde metropolitana 1 (5,54), a qual por sua vez apresenta disponibilidade muito superior à região de saúde metropolitana 2 (3,65). No que se refere aos médicos por mil habitantes, a desigualdade é também significativa e segue o mesmo perfil (3,29 na capital, 2,50 na região de saúde metropolitana 1 e 2,33 na região de saúde metropolitana 2). Em

uma lógica aparentemente compensatória, a região de saúde metropolitana 2 possui uma cobertura de equipes da estratégia de saúde da família sensivelmente superior ao dos demais recortes territoriais considerados (0,13 por mil habitantes, contra 0,08 nas regiões de saúde destacadas e no estado).

**Tabela 4 - Disponibilidade de médicos e recursos por macrorregião, 2019 (por mil habitantes\*)**

	Médicos	Equipes de ESF	Leitos de internação Hospitalares	Equip. manutenção da vida
ERJ	2,48	0,08	2,05	4,83
Metropol 1	2,50	0,08	2,00	5,54
Metropol 2	2,33	0,13	2,10	3,65
Cid. Rio	3,29	0,08	2,36	7,69

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do MS/DATASUS

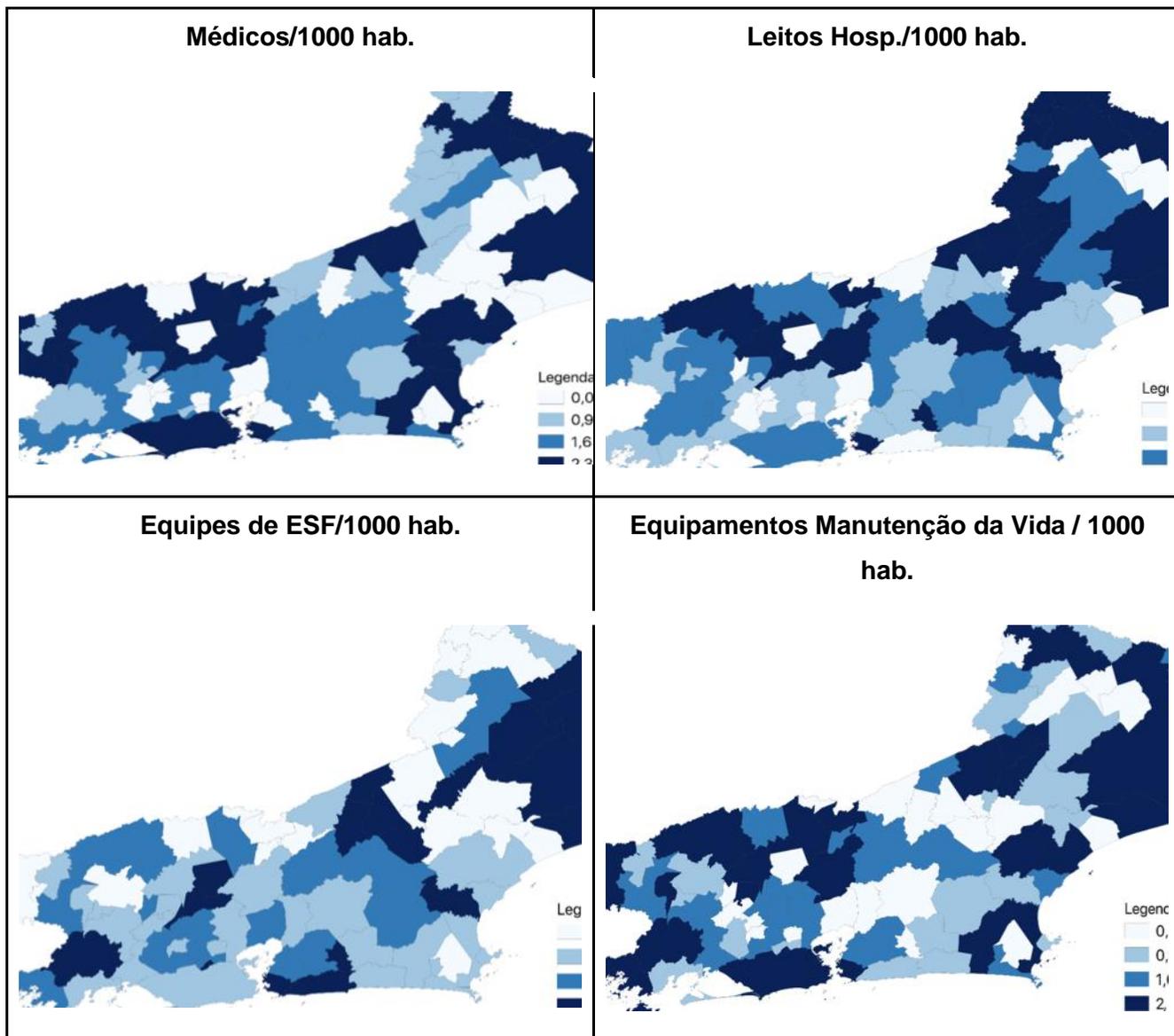
A diferença de disponibilidade de recursos físicos e de profissionais está longe de revelar, entretanto, as disparidades existentes. Isso transparece mais claramente quando se observa a distribuição espacial desses profissionais. Na sequência, são consideradas as estatísticas de cobertura por mil habitantes de médicos, leitos hospitalares, equipamentos de manutenção da vida e equipes de saúde da família (ESF) para os municípios do estado, que contribuem para evidenciar o perfil territorial de organização do sistema de saúde e seus desafios.

Os mapas evidenciam o papel central que possuem as cidades do Rio de Janeiro e de Niterói dentro da região metropolitana, quando se considera a disponibilidade de médicos e equipamentos de manutenção da vida por mil habitantes. Orbitam esses municípios centrais um conjunto de municípios da RMRJ com taxas de disponibilidade médias a baixas. Com relação aos leitos hospitalares por mil habitantes, as duas cidades também se destacam na região metropolitana, o que contribui para reforçar seu papel central na dinâmica regional. Por outro lado, chama atenção o baixo nível de penetração da estratégia de saúde da família na cidade do Rio de Janeiro, apesar do foco prioritário atribuído nessa estratégia aos territórios mais vulneráveis, como as favelas. Por outro lado, se destacam municípios como Nilópolis, Niterói e Maricá com taxas de cobertura muito elevadas. As demais regiões do estado também revelam diferenças muito peculiares, mas optamos por centrar o foco na região metropolitana.

Por fim, é conveniente complementar esse panorama dos serviços de saúde a partir dos dados da relação anual de informações sociais, que traz um panorama de estabelecimentos e pessoas

ocupadas por segmentos de atividade econômica (Tabela 5). Cabe destacar o incremento substancial, puxado pela capital, nos números relacionados aos serviços móveis de atendimento a urgências (passando de 106 pessoas ocupadas na cidade do Rio de Janeiro em 2009 para 578 em 2019) e às atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos, onde se enquadram as unidades de atenção básica à saúde (passando de 5.762 unidades e 14.645 pessoas ocupadas na cidade do Rio de Janeiro em 2009 para 6.916 unidades e 22.888 pessoas ocupadas em 2019). Esses avanços quantitativos relacionados à baixa e média complexidade na cidade do Rio de Janeiro, são qualificados e relativizados abaixo, quando discutimos as mudanças no arranjo institucional envolvendo a atenção básica à saúde da cidade ao longo dos últimos anos. Cabe antecipar que as mudanças se relacionam diretamente com o papel exercido pelas Organizações Sociais (OSs) na gestão da atenção básica, o que se reflete nos dados aqui apresentados no incremento de estabelecimentos e pessoas ocupadas no segmento de atividades de apoio à gestão de saúde (passando de 54 unidades e 231 pessoas ocupadas na cidade do Rio de Janeiro em 2009 para 67 unidades e 3.103 pessoas ocupadas em 2019).

**Figura 3 - Taxa de cobertura (por 1000 habitantes) de médicos, equipes de saúde da família e leitos hospitalares nos municípios do ERJ, 2019**



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do CNES/MS/DATASUS e IBGE

Um incremento mais tímido pode ser verificado nos segmentos relacionados ao comércio no período retratado (Tabela 6), o qual tende a acompanhar, em grande medida, a dimensão da população e a decorrente demanda por produtos e serviços junto aos estabelecimentos comerciais.

**Tabela 5 - Estabelecimentos e pessoas ocupadas nos segmentos de atividade econômica da CNAE 2.0 relacionados aos serviços de saúde, 2009 e 2019**

	Ano	Estabelecimentos				Pessoas Ocupadas					
		EP I	Matron. 1	Matronal 2	CP I	EP I	Matron. 1	Matronal 2	CP I		
Serviços de Atendimento Hospitalar	Atividades de atendimento hospitalar	2009	810	514	114	122	176.556	56.506	2.110	52.145	
		2019	706	306	112	211	210.032	67.010	3.166	62.500	
	Serviços móveis de atendimento a urgências	2009	5	2	2	2	100	106	-	106	
		2019	22	12	11	12	1.220	502	15	578	
	Subtotal	2009	815	516	117	124	177.046	56.702	2.110	52.251	
		2019	728	400	123	253	215.152	68.512	3.181	63.168	
Outros Serviços Relacionados com atenção à saúde	Atividades de atenção ambulatorial executadas por médicos e odontólogos	2009	10.122	6.672	1.120	5.762	17.526	17.120	1.581	11.645	
		2019	12.607	8.162	1.125	6.016	77.802	28.152	3.021	22.888	
	Atividades de fornecimento de infraestrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio	2009	18	12	2	12	1.251	611	-	582	
		2019	105	65	12	52	3.258	1.217	11	1.178	
	Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica	2009	1.722	1.000	281	788	27.306	12.800	1.100	10.150	
		2019	2.161	1.200	270	018	58.222	10.765	2.220	15.860	
	Atividades de profissionais da área de saúde, exceto médicos e odontólogos	2009	2.052	1.220	266	1.111	12.801	5.278	261	1.760	
		2019	2.025	1.262	221	1.001	11.620	3.882	177	2.172	
	Atividades de apoio à gestão de saúde	2009	02	66	11	51	0.662	276	20	221	
		2019	121	82	17	67	10.127	3.251	117	3.102	
	Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgências	2009	10	16	1	16	606	201	-	201	
		2019	27	16	1	12	221	51	7	12	
	Atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente	2009	1.211	826	128	710	22.181	7.050	582	7.228	
		2019	702	105	07	262	11.107	3.607	682	2.011	
	Subtotal	2009	15.252	9.022	1.822	8.516	122.600	11.658	3.062	27.020	
		2019	17.752	11.101	2.076	0.121	172.280	60.266	6.270	10.168	
	Serviços Sociais	Atividades de assistência a idosos, deficientes	2009	146	87	15	72	4.998	1.394	44	1.309

privados	físicos, imunodeprimidos e convalescentes prestadas em residências coletivas e particulares	2019	209	117	33	100	6.571	2.201	108	2.071
	Atividades de assistência psicossocial e à saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química	2009	28	11	7	8	692	123	2	112
		2019	44	22	7	17	1.050	336	46	241
	Atividades de assistência social prestadas em residências coletivas e particulares	2009	110	70	12	56	2.722	1.121	76	972
		2019	92	60	10	18	2.271	978	112	850
	Serviços de assistência social sem alojamento	2009	207	121	19	112	11.250	2.771	122	2.509
		2019	201	112	21	96	20.762	8.072	220	7.822
	Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgências	2009	19	16	1	16	696	201	-	201
		2019	27	16	1	12	221	51	7	12
	Subtotal	2009	510	315	51	261	21.158	6.712	251	6.206
		2019	572	328	72	271	32.091	11.628	502	11.038
	Total	2009	16.677	10.751	2.001	9.211	225.112	108.072	6.226	96.167
		2019	19.062	11.921	2.271	10.051	420.522	140.506	10.262	122.671

Fonte: Relação Anual de Informações Sociais (RAIS/MTE)

**Tabela 6 - Estabelecimentos e pessoas ocupadas nos segmentos de atividade econômica da CNAE 2.0 de comércio relacionados ao complexo econômico e industrial da saúde, 2009 e 2019**

		Ano	ERJ	Metrop. 1	Metropol . 2	Cidade Rio	ERJ	Metrop. 1	Metropol . 2	Cidade Rio
Comércio de produtos farmacêuticos, médicos, ortopédicos e odontológicos	Comércio atacadista de produtos farmacêuticos para uso humano e veterinário	2009	448	328	40	252	5.446	4.954	77	3.623
		2019	536	356	30	206	7.264	6.342	111	4.268
	Comércio atacadista de instrumentos e materiais para uso médico, cirúrgico, ortopédico e odontológico	2009	213	373	62	334	10.226	3.801	561	3.351
		2019	576	424	79	364	11.448	4.093	1.076	3.599
	Comércio atacadista de máquinas, aparelhos e equipamentos para uso odonto-médico-hospitalar	2009	20	52	6	49	814	371	19	364
		2019	79	53	9	49	1.518	600	111	590
	Comércio atacadista de máquinas, aparelhos e equipamentos não especificados anteriormente	2009	69	170	13	157	4.048	1.857	48	1.757
		2019	204	155	16	142	3.570	1.526	71	1.402
	Comércio varejista de produtos farmacêuticos para uso humano e veterinário	2009	16.64 2	2.842	599	2.006	86.200	28.154	5.079	22.097
		2019	6.268	3.411	698	2.463	120.00 2	38.004	7.200	29.506
	Comércio varejista de cosméticos, produtos de perfumaria e de higiene pessoal	2009	5.094	764	158	625	13.726	4.609	792	3.671
		2019	1.950	1.198	225	953	20.114	7.045	1.118	5.855
	Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos	2009	1.359	292	43	250	5.048	1.732	447	1.402
		2019	471	285	57	242	3.426	1.073	276	942
	Total	2009	23.84 5	4.821	921	3.673	125.50 8	45.478	7.023	36.265
		2019	10.08 4	5.882	1.114	4.419	167.34 2	58.683	9.963	46.162

Fonte: Relação Anual de Informações Sociais (RAIS/MTE)

### 3.1.2. Acessibilidade na vertente geográfica

O perfil de ocupação do território e da rede de cidades traz substanciais desafios para a regionalização do SUS, conforme explorado em Lastres et al. (2021 e 2022). Do ponto de vista da acessibilidade, a distribuição desigual dos serviços de saúde, sobretudo os privados, e a menor presença de cidades médias, resulta em dificuldades maiores para ter acesso aos serviços de média e alta complexidade nas regiões mais pobres.

A análise dos determinantes do perfil de ocupação do território para a organização da rede de serviços de saúde, partindo da pesquisa Região de Influência das Cidades 2018 (REGIC/IBGE, 2020) e dos dados do Sistemas de Informação Hospitalar – MS/DATASUS, permite iluminar melhor as dimensões do desafio envolvido na questão da acessibilidade. Esses desafios precisam ser analisado à luz das diretrizes de organização espacial da rede hierarquizada de serviços de saúde no SUS<sup>7</sup>. Nelas se destaca a definição da prestação de serviços de atenção básica à saúde e do primeiro nível de complexidade da atenção de média complexidade na esfera dos Módulos de Saúde, constituídos por um ou poucos municípios contíguos, e a organização de Regiões de Saúde como esfera incumbida de atender a 60 a 70% das necessidades de saúde da sua população. As diretrizes orientam que as necessidades sejam atendidas com menor deslocamento possível, sob risco de comprometer, em termos práticos, o acesso aos serviços, ferindo o princípio de equidade.<sup>8</sup>

Na Figura 4 são apresentados o índice de atração<sup>9</sup> e o percentual das internações hospitalares de municípios que são cobertas dentro do próprio município do estado do Rio de Janeiro. Embora se identifique o papel das cidades médias, a capital estadual ainda figura com maior centralidade. Identifica-se, portanto, espaço para o avanço na regionalização da saúde no estado, com maior absorção dos fluxos de deslocamento pelas cidades médias da região em estudo.

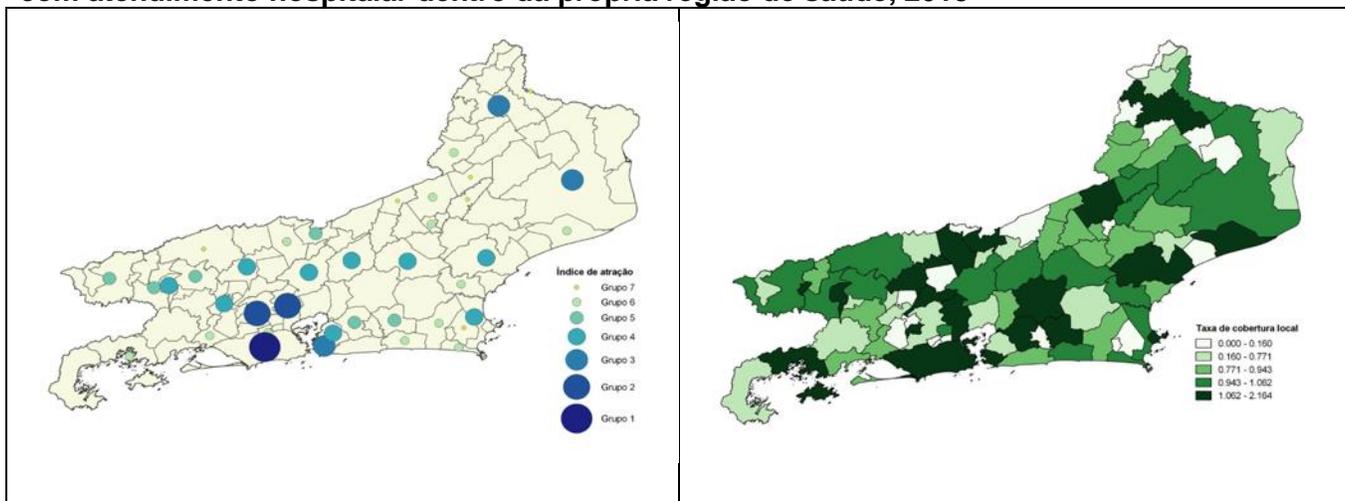
---

<sup>7</sup> CF 1988, Lei nº 8080/1990, NOB SUS 01/93, NOB SUS 01/96, NOAS SUS 01/2001 e NOAS SUS 01/2002, Pacto Pela Saúde 2006, Lei Complementar 141/2012

<sup>8</sup> Reitera-se a alusão ao Artigo 196 da Constituição Federal: “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.” [grifo nosso]

<sup>9</sup> O índice atração é definido pelo referido estudo da Regic 2018 (IBGE, 2020) para o tema saúde e seu cálculo contou com ajustes, propostos por Lastres et al, 2021 e 2022), de forma a melhor representarem as efetivas importâncias dos municípios dentro da rede territorializada de provisão de serviços de saúde.

**Figura 4 - Grau de centralidade ajustada de municípios brasileiros e percentual de municípios com atendimento hospitalar dentro da própria região de saúde, 2018**



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Regic 2018 e do MS/DATASUS (SIH)

Tendo em vista o recorte de análise da presente pesquisa, seria relevante empreender uma análise com detalhamento ao nível dos bairros da cidade do Rio de Janeiro e, especialmente, da região da Leopoldina, onde se situam o Complexo da Maré e Manguinhos. Contudo, não estão disponíveis dados sistematizados sobre essa dinâmica de deslocamentos dentro da cidade para o acesso a serviços de média e alta complexidade. Um levantamento de tal espécie é de fundamental relevância para se discutir uma perspectiva de organização geográfica dos fluxos na microescala das comunidades, podendo ser realizado no escopo de pesquisa de campo a ser realizada em momento futuro.

### 3.1.3. Acessibilidade na vertente tecnológica

Entre as transformações tecnológicas em curso, aquela com maior impacto na relação necessidades-provisão de serviços de saúde nos próximos anos será, sem dúvida, a dos avanços das tecnologias de informação e comunicações (TICs) no campo da E-Saúde. As soluções digitais, crescentemente integradas com *big data* e inteligência artificial, podem representar, não apenas progressos importantes no planejamento e gestão do SUS, mas igualmente saltos de qualidade na redução das desigualdades na disponibilidade/acessibilidade aos serviços de saúde em termos espaciais.

A pandemia do coronavírus atribuiu um sentido de urgência à questão, acelerando o uso das tecnologias disponíveis, o desenvolvimento de novas soluções, bem como o avanço na regulamentação, como a legalização, ainda que provisória, da prática da telemedicina no Brasil. Os desafios, entretanto, não são triviais.

Destacam-se as limitações decorrentes das desigualdades espaciais de infraestrutura, bem como de capacidade financeira e institucional. Mesmo nas áreas urbanas, cerca de 20% dos domicílios

brasileiros não dispõem de acesso à internet (IBGE/PNAD, 2018). A pesquisa TIC Saúde 2019 indica que 96% dos estabelecimentos de saúde brasileiros contam com computadores e 92% estão conectados à internet. Especialmente considerando as unidades básicas de saúde (UBS), enquanto elo fundamental para atuação do sistema de saúde nas cidades menores e no interior, chama atenção o fato de cerca de 18% delas não acessarem a internet. Mesmo dentre os estabelecimentos que fazem uso de tal meio, a consideração da velocidade de conexão evidencia discrepâncias regionais e de infraestrutura com capacidade de viabilizar a utilização em larga escala de serviços e soluções de maior complexidade em telemedicina.

Fica visível o grande desafio - que engloba as esferas de capacitação de profissionais, provisão de infraestrutura e mudança de rotinas - para se avançar em direção a um sistema integrado e interoperacional de prontuário eletrônico com informações contínuas dos pacientes. Se a gestão da informação de pacientes constitui um desafio, o mesmo se evidencia com mais intensidade ao considerarmos as perspectivas regionais de provisão de serviços relacionados à telemedicina.

Considerando a provisão de serviços de telemedicina, é notório o papel fundamental que a atenção básica exerce enquanto elemento constituinte fundamental na construção de territórios cognitivos locais. Cerca de 39% das UBS afirmam exercer alguma atividade relacionada à educação à distância em saúde e 29,5% colaboram com atividades de pesquisa à distância. A relevância amplamente destacada das UBS também fica evidente nos serviços de teleconsultoria, nos serviços de segunda opinião formativa e nos serviços de telediagnóstico, articulado ao seu papel como porta de entrada no sistema de saúde e de organização de referências e contrarreferências.

Portanto, a perspectiva territorial do SUS convida a expandir o olhar para além dos grandes e poucos núcleos de alta competência em pesquisa em saúde do Brasil e a reconhecer as UBS como bases de um sistema de inovação articulado, adaptado e direcionado às especificidades regionais e locais, capazes de dialogar às especificidades socioeconômicas e demográficas locais, discutidas acima, e de articular as bases de conhecimento tradicional e a experiência na prática clínica em torno de um território cognitivo específico. A transformação digital da saúde não só exigirá um amplo esforço de produção de softwares e sistemas criativos e adequados à complexa e diversa realidade do SUS, como requer o desenvolvimento e produção de uma enorme gama de equipamentos, partes, peças e serviços associados, apropriados para aquela realidade. Torna-se imperativo a construção de soluções territorializadas e contextualizadas, nas quais os atores locais tenham um papel muito ativo. Sejam os agentes sociais de saúde e membros das ESF, que deverão ser preparados para novos papéis, sejam as comunidades locais que precisarão ser amplamente mobilizadas.

### **3.2. Atividades Industriais do CEIS**

O imperativo de redução do grau de dependência do SUS da importação de insumos essenciais para sua operação, como medicamentos e materiais e equipamentos médicos, hospitalares e

odontológicos (EMHO) tem se consolidado nas discussões de especialistas (GADELHA e TEMPORÃO, 2018). A pandemia do Coronavírus evidenciou, mais do que nunca, os riscos associados à essa dependência. Os desafios em termos de medicamentos e vacinas nesse momento de crise, e a enorme dificuldade em obter no mercado internacional desde equipamentos essenciais, como os ventiladores, aos mais simples como EPIs, mostrou que ademais de seu papel estratégico para o SUS, o desenvolvimento mais autônomo do CEIS é crucial para a garantia da segurança sanitária do país. Além disso, trata-se de um complexo intensivo em tecnologias que caracterizam a chamada quarta revolução industrial com grande potencial de assumir um papel de liderança no necessário movimento de nosso tecido produtivo em direção ao novo paradigma.

Por outro lado, partindo do recorte territorial local proposto por este estudo, é imperativo identificar em que nível e em que áreas é possível promover a articulação dos serviços de saúde e dos demais serviços públicos que se relacionam com a saúde com estruturas produtivas no próprio território, promovendo encadeamentos produtivos locais e articulando a base produtiva e tecnológica às características e necessidades de tal território. Tal discussão ganha diferentes nuances dependendo do recorte territorial que se adota. A Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ) apresenta uma escala e importância que permite almejar a mobilização de diversos segmentos. Por outro lado, o recorte da Leopoldina Sul ou mesmo especificamente nas comunidades do Complexo da Maré e Mangueiras tornam as perspectivas de articulação local de uma base produtiva bem mais limitadas. Tal discussão constitui um dos eixos centrais do presente estudo e será explorado em mais detalhe abaixo. Como ponto de partida é pertinente traçar um panorama dos segmentos existentes no recorte municipal, para o qual se dispõe de dados estruturados.

### **3.2.1. Subsistema Farmoquímico e Farmacêutico**

Em termos espaciais, tradicionalmente as empresas transnacionais farmacêuticas com atuação no Brasil concentraram suas plantas no eixo Rio de Janeiro/São Paulo. Em 2018, esse segmento como um todo continua fortemente concentrado no estado de São Paulo, que responde isoladamente por 78,1% do faturamento do setor. O Rio de Janeiro aparece em segundo lugar, com 9,1% do faturamento, com peso significativo do setor público, seguido por Goiás com 4,3%, Paraná com 3,8%, Minas Gerais com 1,3%, DF, com 1,1% e mais sete estados com participação menor que 1%.

A Tabela 7 mostra o número de estabelecimentos envolvidos na produção de medicamentos do estado do Rio de Janeiro, na capital e nas regiões metropolitanas 1 e 2, segundo dados da RAIS. Dentre os principais APLs da indústria farmacêutica no país, a Região Metropolitana 1 é um dos destaques, ficando abaixo da região metropolitana de São Paulo. Apesar de seu número expressivo de estabelecimentos produtores de medicamentos para uso humano, houve uma queda significativa no período analisado no Estado, de 0,30% do total para 0,13%.

Com isso, no estado, houve uma perda de 36 estabelecimentos no período de 2009 a 2019. Já a região Metropolitana 1 e a cidade do Rio de Janeiro – onde se concentram a maior parte da produção – sofreram queda, passando de 0,36% e 0,39% do total de estabelecimentos em 2009 para 0,17% e 0,20% em 2019, respectivamente. O número de estabelecimentos que produzem os farmoquímicos também decresceu no período analisado em todas as regiões analisadas; o destaque novamente é a cidade do Rio de Janeiro, que concentra a produção de substâncias com atividade farmacológica, representando 0,05% do total em 2019, ante 0,12% do total em 2009. Além disso, cabe destacar que a região Metropolitana 2 registrou queda de 3 estabelecimentos, em 2009, para 0 em 2019.

**Tabela 7 - Número de estabelecimentos na indústria farmacêutica no estado do Rio de Janeiro, Regiões de Saúde metropolitanas e a capital, por segmento, 2009 e 2019**

APLs	Farmoquímicos		Medicamentos para uso humano		Medicamentos veterinários		Total	
	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019
<b>ERJ</b>	23	10	76	40	11	11	25433	29916
<b>Metrop. 1</b>	18	8	57	31	10	8	16016	18302
<b>Metropol. 2</b>	3	0	10	4	0	1	2988	3500
<b>Cidade Rio</b>	16	7	52	30	8	6	13264	14912

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS-MTE)

Em relação ao emprego formal, mostrado na Tabela 8, alguns resultados se destacam. A cidade do Rio de Janeiro representou a maior concentração de trabalhadores formais nos segmentos industriais farmacêuticos destacados. Com isso, temos os seguintes resultados para a capital: em 2019, representou 64,45% do total de empregos no estado para o segmento de Farmoquímicos, ante 62,71% em 2009; na área de Medicamentos para uso humano, passou de 90,51% do total de empregos para 96,05% na mesma base de comparação; por fim, a parcela de trabalhadores no segmento de Medicamentos Veterinários passou de 49,21% para 90,51% do total de empregos do estado do Rio de Janeiro, nos anos destacados. Englobando a capital, a região Metropolitana 1 apresentou queda no número de empregos em todos os segmentos destacados, com destaque para o segmento de Medicamentos para uso humano, que passou de 3,53% do total de empregos formais em 2009, para 2,55% em 2019. A metropolitana 2, por sua vez, zerou a quantidade de empregados no segmento de Farmoquímicos, com a perda dos 48 postos de trabalhos formais registrados em 2009, saindo do patamar de 0,16% do total de empregos em 2009, para 0,00%.

**Tabela 8 - Número de empregos formais na indústria farmacêutica no estado do Rio de Janeiro, Regiões de Saúde metropolitanas e a capital, por segmento, 2009 e 2019**

APLs	Farmoquímicos		Medicamentos para uso humano		Medicamentos veterinários		Total	
	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019
ERJ	1105	844	6538	5705	382	422	514150	649386
Metrop. 1	807	833	5981	5507	338	415	169563	215697
Metropol. 2	48	0	343	23	2	0	30511	36355
Cidade Rio	693	554	5918	5480	188	270	148758	186090

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS-MTE)

O estado do Rio de Janeiro possui importante tradição na indústria farmacêutica, com destaque para instituições vinculadas à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Farmanguinhos (Instituto de Tecnologia em Fármacos) se centra no desenvolvimento e fabricação de medicamentos, chegando a uma produção anual de mais de um bilhão de medicamentos. Possui dependências em Jacarepaguá – o Complexo Tecnológico em Medicamentos - e em Manguinhos – o Instituto de Tecnologia em Fármacos. Bio-Manguinhos (Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos), localizado no complexo da Fiocruz, em Manguinhos, é focado no desenvolvimento tecnológico e na produção de vacinas, reativos e biofármacos.

Dentre as empresas privadas, destaca-se a presença de grandes empresas nas áreas de farmacêuticos e medicamentos. A RMRJ conta com a presença de grandes empresas multinacionais como Merck, GlaxoSmithKline, Roche, B. Braun, além de um conjunto relevante de empresas nacionais, tais como Granado Farmácias, Farmoquímica, Hemaforma, etc. No caso do subsistema de base física, mecânica, eletrônica e de materiais não se faz sentir presença de igual relevância na cidade ou no estado do Rio de Janeiro.

Conforme discutido por Hasenclever et al. (2012) e Paranhos e Hasenclever (2013), apesar do grande potencial do estado do Rio de Janeiro na produção de conhecimento na formação de recursos humanos, observa-se um decréscimo da indústria farmacêutica fluminense desde meados da década de 1990, tanto em termos de número de estabelecimentos e pessoal ocupado, quanto em termos da produção física. As autoras destacam que o conjunto de iniciativas implementadas pelo poder público – sobretudo incentivos fiscais e financiamento de projetos via agências de fomento – se revelaram relativamente tímidas, não sendo capaz de reverter a tendência de perda relativa de importância do estado na indústria farmacêutica nacional em prol de São Paulo e de novos polos no Sudeste e Centro-Oeste.

### 3.2.2. Subsistema de Base Mecânica, Eletrônica e de Materiais

Assim como ocorre na área de medicamentos, a redução da dependência da importação de materiais e equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos (EMHO) é um dos importantes desafios que necessitam ser enfrentados pelo SUS para assegurar a universalização do acesso à saúde no país. Uma série de políticas e programas de fortalecimento do CEIS, a partir da institucionalização da área de inovação em saúde do MS, estimularam investimentos das empresas locais. Contudo, apesar dos avanços, a dependência de importações permanece elevada, representando um risco para a consolidação do SUS e a segurança sanitária do país, como evidenciou a pandemia.

Trata-se de um segmento produtivo intensivo em tecnologia, interagindo e agregando inovações de diferentes áreas como a mecânica de precisão, novos materiais, manufatura aditiva e todas as demais áreas que têm sido associadas ao conceito de indústria 4.0. Possui, portanto, um elevado potencial difusor de efeitos dinâmicos em todo o sistema produtivo e inovativo nacional. Contudo, esse segmento revela uma grande heterogeneidade, não só entre os seus diferentes subsegmentos, mas também no interior de cada um deles. Assim envolve desde aparelhos e acessórios altamente complexos, até produtos simples e de baixa intensidade tecnológica. Como era de se esperar, a concentração regional da produção de EMHO é expressivamente maior do que a da média da indústria de transformação. Assim como tem acontecido no conjunto do segmento, aqui também se verifica um lento processo de desconcentração regional. Entre 2006 e 2018, o Sudeste perdeu posição, recuando de 78,7% para 70,8% do número de empregados, beneficiando a região Sul, que passou de 12% para 20% e o Centro-Oeste, que saltou de 1,2% para 3,6%. O estado do Rio de Janeiro teve sua participação nos empregos na área reduzidos quase à metade, passando de 14,4% para 7,7%.

As tabelas 9 e 10 mostram que o estado do Rio de Janeiro possuía, em 2019, 610 unidades produtivas nesse conjunto de segmentos, com 12.397 empregados, com 63,11% dos estabelecimentos e 40,6% dos empregos situados na região Metropolitana 1, sendo que a capital do estado corresponde, isoladamente, por 30,79% do total de empregos.

**Tabela 9 - Número de estabelecimentos nos segmentos de base mecânica, 2019**

Recortes geográficos	Fabricação de aparelhos eletromédicos e eletroterapêuticos e equipamentos de irradiação	Fabricação de móveis com predominância de metal	Fabricação de instrumentos e materiais para uso médico e odontológico e ópticos	Manutenção e reparação de equipamentos eletrônicos e ópticos	Manutenção e reparação de equipamentos e produtos não específicos	Instalação de máquinas e equipamentos industriais	Total
----------------------	---	---	---	--	---	---	-------

ERJ	11	6	44	42	150	212	52	129	60	71	31	150	2544 4	29927
Metrop. 1	8	4	34	26	93	135	34	84	38	41	21	95	1602 6	18310
Metrop. 2	1	1	2	5	18	29	7	14	11	12	0	15	2818	3285
Cidade Rio	6	3	20	10	70	108	26	66	32	33	17	76	1327 2	14918

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS-MTE)

Os diversos subsegmentos produtores de EMHO, entretanto, apresentam especificidades devidas a seus diferentes graus de intensidade tecnológica e características concorrenciais. A produção de aparelhos eletromédicos e equipamentos de radiação é um subsegmento em média mais intensivo em tecnologia. Apesar da queda do número de empresas, observa-se um importante crescimento no número de pessoas ocupadas, o que sugere um processo de consolidação em torno de empresas de maior porte. Já os segmentos de fabricação de móveis com predominância de metal e de fabricação de instrumentos e materiais para uso médico e odontológico e de artigos ópticos possuem uma intensidade tecnológica relativamente menor. Especialmente o último segmento apresenta importante presença na cidade do Rio de Janeiro com um crescimento de cerca de 25% entre 2009 e 2019, chegando nesse último ano a mais de 2,5 mil pessoas ocupadas.

**Tabela 10 - Número de empregos nos segmentos de base mecânica, 2019**

Recortes geográficos	Fabricação de aparelhos eletromédicos e eletroteraps e equipos. de irradiação		Fabricação de móveis com predomínio de metal		Fabricação de instrs. e materiais para uso médico e odonto e ópticos		Manutenção e reparação de equipos. eletrônicos e ópticos		Manutenção e reparação de equipos. e produtos (outros)		Instalação de máquinas e equipos. industriais		Total	
	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019	2009	2019
ERJ	51	73	539	945	5006	5247	398	776	659	679	862	4677	102868 2	129919 4
Metrop. 1	47	69	393	415	2347	2739	347	439	504	381	544	990	33946 4	43180 9
Metrop. 2	0	4	67	79	828	1620	13	95	101	18	0	82	59354	69920
Cidade Rio	28	68	170	116	2091	2508	334	356	489	312	492	457	29770 4	372450

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS-MTE)

As aglomerações eletromédicas, que reúnem as atividades mais intensivas em tecnologia e de valor desse segmento produtivo, possuem elevada força centrípeta, tendendo a concentrar ao seu redor os demais segmentos industriais e de serviços de EMHO. Por outro lado, a fabricação de instrumentos não eletrônicos, mobiliário e aparelhos ortopédicos são mais heterogêneos em termos de intensidade tecnológica e, por isso, oferecem maior potencial de desconcentração regional. Há nesses segmentos grande potencial de promoção de encadeamentos produtivos locais e regionais no curto e médio prazo, inclusive considerando estruturas produtivas existentes no entorno imediato e nas comunidades que são foco deste estudo.

Como já ressaltado, a digitalização da saúde será um dos carros chefes para os avanços do SUS nos próximos anos. O avanço da e-medicina, do e-diagnóstico e da e-prevenção exigirá o desenvolvimento de equipamentos pequenos e móveis. A tendência à produção desse tipo de aparelhos já é um dos principais vetores do subsegmento de EMHO no mundo. Competências em áreas relacionadas às Tecnologia de Informação e Comunicação constituem importante base a partir da qual podem ser desenvolvidos esses segmentos.

#### **4. A Estratégia de Saúde da Família como ordenadora da Atenção Primária à Saúde**

Tendo em vista o foco do presente estudo, é de fundamental importância empreender um aprofundamento na estruturação e organização da atenção primária à saúde, uma vez que são as estruturas e profissionais relacionados a essa esfera que se encontram dentro das comunidades. Especialmente considerando um perfil de renda familiar mais baixo nessas comunidades e a consequente forte dependência do SUS, é de central relevância considerar a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como eixo organizador de uma saúde centrada em uma lógica preventiva e de promoção da saúde. Além desse panorama geral da ESF na cidade do Rio de Janeiro, é de central importância situar as perspectivas e proposições mobilizadas por este estudo em um quadro de desarticulação e fragilização da ESF, conforme discutido no segundo subitem desta seção.

##### **4.1. Arcabouço Institucional e de Políticas para a Estratégia de Saúde da Família**

A ESF foi concebida na década de 1990, período também marcado pelo desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), propondo a construção de um novo modelo assistencial de saúde pautado no conceito ampliado de saúde e na integralidade da atenção. A ESF foi inicialmente lançada, em 1994, como um Programa de baixos custos e perspectivas focalizadas, centrando-se na expansão da cobertura em áreas de maior risco e vulnerabilidade social. O financiamento era realizado por meio de convênios entre as Secretarias Municipais e a Fundação Nacional de Saúde e restrito aos municípios abrangidos pelo mapa da fome, tendo como prioridade os municípios mais carentes do Norte e Nordeste do Brasil. Essa perspectiva – de uma medicina pobre para os miseráveis - predominou nos primeiros anos de implantação do Programa (Sampaio et al. 2012). Entretanto, aos

poucos o Programa Saúde da Família foi ampliando seu escopo e adquirindo centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de atenção primária à saúde no país.

A perspectiva de construção de uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada - tendo como foco a Atenção Primária à Saúde (APS) - e integrada aos demais níveis de atenção do sistema é parte constitutiva desse novo modelo. Esse modelo segue o marco definido pela Conferência Internacional de Alma Ata (1978) que apontou a APS como estratégia necessária para a melhoria das condições de saúde da população, funcionando como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e agindo como primeiro nível de contato dos usuários com as ações e serviços de saúde. Nesse contexto, a Saúde da Família assume um papel importante na organização do SUS, ao promover o primeiro acesso ao sistema de saúde, buscando a integralidade, a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e a articulação intersetorial (Barra, 2013; Sampaio et al., 2012).<sup>10</sup>

A partir de 1998, sob a égide da Norma Operacional de Atenção Básica 96, criam-se paulatinamente novos mecanismos de financiamento para o Programa (como o piso de Atenção Básica - PAB) e novas formas de gestão, que permitiram um processo de forte expansão da cobertura do Programa Saúde da Família<sup>11</sup>. O financiamento do programa pelo PAB introduziu incentivos para que as prefeituras instituissem o PSF. No ano 2000 introduziu-se um sistema de incentivo especialmente voltado para estimular os municípios mais populosos a aumentar a cobertura em Saúde da família.

Em 2001, o governo federal reforçou os esforços nessa direção, dando início ao Programa de Consolidação e Expansão da Saúde da Família (Proesf), voltado a apoiar a cobertura, consolidação e qualificação da ESF nos municípios com população acima de 100 mil habitantes e incentivar a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e do desempenho dos serviços de saúde no país. (Sampaio et al. 2012). Adicionalmente, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) foi incluída a partir do ano

---

<sup>10</sup> A longitudinalidade refere-se à existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo, devendo estar pautada em uma relação de confiança que se estabelece entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. A integralidade do cuidado é a capacidade da equipe de saúde em lidar com a ampla gama de necessidades em saúde do indivíduo, da família ou das comunidades, seja resolvendo-os através do leque de serviços disponíveis, ou referindo aos outros pontos de atenção à saúde, que pode ser aos cuidados secundários, terciários, ou a outros setores (educação, saneamento, habitação etc.). A coordenação do cuidado pressupõe alguma forma de continuidade e é essencial para o sucesso dos demais atributos. Requer informação nos prontuários de saúde, para permitir que haja organização do cuidado dentro da equipe multidisciplinar de saúde, a constituição de redes de atenção, de forma a aperfeiçoar o acesso e a utilização dos demais recursos de saúde da rede, e a informatização dos sistemas de informações, para permitir que o acompanhamento das informações relativas aos pacientes esteja disponível em qualquer ponto da rede de serviços de saúde (Brasil, 2007; Harzheim et al, 2013).

<sup>11</sup> O PAB foi particularmente importante na medida em que passou a garantir os repasses de recursos de forma automática do nível federal para o nível municipal, bem como disponibilizou recursos perenes de forma per capita a todos os municípios brasileiros, alterando a modalidade em vigor no SUS de pagamento vinculado apenas à produção de serviços.

2000 na ESF, tendo sido criados incentivos aos municípios para incluir os cuidados odontológicos na ação da APS.

Como consequência, o Programa sofreu forte expansão. Com a chegada do Programa em municípios que já tinham uma estrutura de serviços estabelecida, esse deixa de representar a única forma de acesso da população a serviços de saúde e passa a ser um dos pilares para a reformulação do atendimento baseado na integração e complementaridade entre diferentes prestadores de serviços e níveis de atenção em saúde. Entretanto, devido à pré-existência de uma estrutura de atenção primária nas capitais e cidades de maior porte, a Saúde da Família passou a se configurar como um serviço de atenção paralela, focalizado em situações de risco e em populações de baixa renda que não tinham condições de acesso à saúde.

Em 2006, o governo federal juntamente com estados e municípios, formulou o Pacto pela Saúde, que trouxe em seu âmbito a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB). Acordada entre gestores federais, estaduais e municipais essa política representou um marco na atenção primária à saúde no Brasil, ampliando o escopo da atenção básica e reafirmando a Saúde da Família como estratégia prioritária para reorientação do modelo assistencial, que passou a incorporar os atributos de uma atenção primária em saúde integral. O até então denominado Programa Saúde da Família passou, então, a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a ser considerada elemento chave da atenção básica e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal responsável pela coordenação dos cuidados na rede (Giovannella et al. 2009)<sup>12</sup>.

Após o lançamento da PNAB outras iniciativas governamentais foram desenvolvidas visando obter avanços em termos de maior integralidade da atenção à saúde e de conformação de redes de atenção à saúde. Destaca-se, nesse aspecto, a criação, em 2008, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), concebidos como forma de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e a resolubilidade das ações de APS no Brasil. Equipes de saúde da família deram início, nos territórios sob sua responsabilidade, a ações com outros setores das políticas sociais, como é o caso do Desenvolvimento Social - onde as equipes atuavam no acompanhamento das condicionalidades de milhões de famílias do Programa Bolsa Família - e da Educação, através do Programa Saúde na Escola, que estimula a realização de diversas ações articuladas pelas equipes de saúde da família e educação junto a estudantes da rede pública de ensino fundamental e médio (Sampaio et al. 2012).

---

<sup>12</sup> Com esse objetivo, o PNAB – em seu componente Pacto pela Vida - definiu algumas ações prioritárias para o fortalecimento da APS e da ESF, dentre as quais: a qualificação dos recursos humanos por meio da educação permanente e da oferta de cursos de residência e especialização em saúde da família; a ampliação da ESF nos grandes centros urbanos e sua consolidação nos municípios de pequeno e médio porte; a garantia de infraestrutura necessária para o funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF); a garantia do financiamento da ABS; além da implantação do processo de monitoramento e avaliação da ABS nas três esferas de governo (Barras, 2013).

Em 2011, o Ministério da Saúde reeditou a PNAB (Portaria MS/GM no. 2.488) reafirmando a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, definindo ainda a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para buscar o cuidado integral direcionado às necessidades da população. As RAS têm por base o conceito de que a responsabilidade pela atenção à saúde é de toda a rede de saúde, enfatizando a necessidade de integração entre a ESF e os demais serviços de forma contínua e tendo por base a APS como porta de entrada preferencial do sistema, cobrindo toda a população e responsável pela articulação e coordenação da rede (Mendes, 2011).

Caso a ABS, composta por pela Estratégia de Saúde da Família, pela Estratégia de Saúde Bucal e pelas equipes do NASF, não seja capaz de atender às demandas dos pacientes, deverá encaminhá-los para outra estrutura de atenção à saúde. A regulação do sistema e os agendamentos são realizados, predominantemente, pelo Sistema de Regulação da Saúde (SISREG). Nesse cenário, a APS adquire a função de coordenadora do sistema de saúde, gerando demandas aos níveis de atenção ambulatorial e hospitalar (Brasil, 2007).

A organização do trabalho proposta pela ESF centrava-se no desenvolvimento de ações de saúde a partir de equipes de saúde que trabalham com definição de um território de abrangência, adstrição da clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área (Monnerat e Senna, 2007). Para reverter a forma anterior de prestação de assistência à saúde, foi estabelecido pelo PNAB que cada Unidade da ESF devia ser composta por equipe(s) interdisciplinar(es)<sup>13</sup>. Além dos cuidados à saúde tradicionais, essa equipe passou a assumir a responsabilidade de conhecer a realidade das famílias (características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas), identificar problemas de saúde e/ou situações de risco, elaborar planejamento local, prestar assistência integral, desenvolver ações educativas e promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados. Cada equipe devia se responsabilizar pelo acompanhamento de 1000 famílias (2.400 a 4.500 pessoas) em cada território definido.

As famílias moradoras no território são cadastradas e inscritas à equipe, de forma a facilitar a construção de vínculos entre a população referenciada e os profissionais que se tornam responsáveis pelo cuidado sanitário do território e da população adscrita. A noção de território, nesse sentido, é fundamental para a ESF, pois é a partir dele que são construídos os diagnósticos, os perfis epidemiológicos e identificadas as características socioculturais que permitem o estabelecimento de

---

<sup>13</sup> Cada equipe de saúde da família - em seu formato mínimo - deve estar composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), estes últimos em número suficiente para cobrir 100% da população adscrita, respeitando-se o teto máximo de um ACS para cada 750 pessoas e de 12 ACS para equipe da ESF. A critério do município, essa equipe pode ser complementada por outros profissionais da saúde. A esta composição pode somar-se uma equipe de saúde bucal, também a critério do município. Os profissionais devem ser residentes do município em que trabalham, e os Agentes Comunitários de Saúde residentes de sua comunidade de atuação.

metas e o planejamento de ações, bem como a identificação das demandas e necessidades em saúde (Barra, 2013).

Em geral, as atividades da Equipe de Saúde da Família incluem: atendimento e acompanhamento médico, internação domiciliar, identificação de problemas de saúde e situações de risco, conhecimento social, demográfico e epidemiológico das famílias, educação da população voltada para a melhoria do autocuidado dos indivíduos e promoção de ações intersetoriais para o enfrentamento de problemas identificados (Brasil, 2007).

O NASF, como já mencionado, foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização a partir da atenção básica. Tendo como atribuições desenvolver um trabalho de apoio e supervisão às equipes das unidades de saúde da família, bem como o desenvolvimento de iniciativas voltadas a fortalecer a intersetorialidade na ESF. Cada NASF era formado por equipes que integram profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, apoiando-os em treinamentos e em consultas que necessitem de atenção especializada (médicos ginecologista, pediatra, psiquiatra, acupunturista e homeopata, psicólogo, fisioterapeuta, profissional de educação física, farmacêutico, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional e assistente social). Cada NASF era responsável por cerca de 8 a 20 equipes de saúde da família (Brasil, 2007).

O forte vínculo com o território estabelecido pela Estratégia de Saúde da Família busca romper com o modelo tradicional de atenção à saúde na medida em que age de forma proativa em relação à demanda. Ao invés de aguardar a demanda chegar às unidades de saúde, procura identificar as necessidades de saúde no território e reorganizar a demanda, deixando de ter como foco a doença e passando a contemplar a saúde de forma preventiva e a partir de um conceito ampliado. A partir dessa perspectiva, uma das diretrizes orientadoras do trabalho das equipes de saúde da família é a lógica da vigilância em saúde que representa a compreensão do processo saúde-doença em sua localização sócio-político-geográfica, tornando fundamental que o trabalho das equipes de saúde da família parta do mapeamento do território e do cadastramento da população a ser atendida, a fim de identificar as principais características sociais, econômicas, culturais, sanitárias e epidemiológicas do território (Corbo et al, 2007, apud Barra, 2013).

O agente comunitário de saúde (ACS) tem papel central na Estratégia de Saúde da Família. Um dos requisitos para atuação como ACS é ser morador da comunidade atendida. Esse requisito caracteriza um elemento novo na conformação de equipes de saúde e visa permitir que o ACS atue como elemento integrador entre a comunidade e o serviço de saúde, desenvolvendo um trabalho não apenas na unidade de saúde, mas também externo a ela, através de visitas aos domicílios das famílias sob sua responsabilidade, sendo responsável pelo mapeamento de sua área de atuação, cadastro das famílias sob a responsabilidade da unidade de saúde, identificação das famílias e

indivíduos em situação de risco, acompanhamento mensal domiciliar das famílias sob sua responsabilidade, entre outros (Silva et al., 2005).

Ao ter como foco o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade, a integralidade da atenção e a família, um elemento considerado central da atuação da ESF no território é a perspectiva da intersetorialidade. Ou seja, para que a ESF possa cumprir de forma efetiva seu papel deve necessariamente estar articulada com outros setores das políticas públicas (Barra, 2013). Isso porque o usuário da ESF só pode ser atendido em sua integralidade, se existirem mecanismos que garantam o seu acesso de maneira coordenada e integrada aos outros serviços públicos, que impactam sobre os determinantes sociais da saúde no território. A qualidade desse acesso depende da articulação entre a ESF e os demais serviços no território, tanto no plano da prestação direta da assistência e desenvolvimento do trabalho pelas equipes, quanto no plano da gestão e coordenação dos programas e serviços, esfera em que são tomadas as decisões e definidas as diretrizes desses.

Relevantes fatores recentes contribuem para fragilizar o papel da ABS e da ESF como eixo fundamental. Em primeiro lugar, destacam-se as diretrizes para o PNAB estabelecidas pela portaria 2.436 de 2017, impactando sobre a estrutura das equipes da família e alterando a gestão de recursos e organização da ESF. Na prática, as mudanças flexibilizam a configuração das equipes, alterando o cálculo do número de ACS por contingente populacional, e rompem com a lógica de território proposto anteriormente, não havendo mais a definição de usuários cadastrados por equipe. Desta forma, coloca-se em risco a integralidade e a longitudinalidade do cuidado, fragiliza-se as bases de participação social e tenciona-se o modelo proposto anteriormente (Nadai, 2020). A essas mudanças se soma o comprometimento do financiamento à saúde com a emenda constitucional 95 e os repasses para estados e municípios. Ainda, em janeiro de 2020, o Ministério da Economia publicou nota técnica que elimina a obrigatoriedade de composição das equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) com equipes multidisciplinares, seguindo parâmetros determinados para ampliar a colaboração e resolubilidade na atenção primária. Ademais, a nota técnica também determina que não serão credenciados novos núcleos. Na prática, essa mudança desestrutura o modelo dos NASF, exercendo maior pressão sobre os profissionais nas UBSs e sobre o sistema de média e alta complexidade, na medida em que pacientes evoluam para quadros mais agudos.

Conforme discutido na sequência, a trajetória da atenção básica à saúde e da ESF na cidade do Rio de Janeiro reproduz, com suas particularidades, esses dois grandes atos: de constituição e fortalecimento de uma estratégia, em uma primeira fase, e de seu tensionamento e fragilização, em uma segunda fase.

## 4.2. A Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde na Cidade do Rio de Janeiro

O Município do Rio de Janeiro vivenciou uma adoção atrasada da ESF. Em 2008 a situação da atenção primária à saúde no Município do Rio de Janeiro era particularmente precária, com cobertura da população carioca por equipes de saúde da família de apenas 7,2%, quando, no estado do Rio de Janeiro, a cobertura era de 30,9% e a nível nacional chegava a 49,5%.

A partir de 2009 a nova gestão municipal passou a conferir maior ênfase à ABS por meio do estímulo à Estratégia Saúde da Família. O Programa Municipal “Saúde Presente” definiu como objetivo a expansão dos serviços de saúde para toda população do Rio de Janeiro, tendo por base o conceito da territorialização da cidade. Além da ênfase na ABS através da expansão ESF, o programa incluiu ações voltadas para o conjunto das unidades de saúde do município, incluindo: Clínicas da Família (CF), Centros Municipais de Saúde (CMS), Policlínicas, Centros de Especialidades Odontológicas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), Hospitais e Maternidades, além das Coordenações Regionais de Emergência (CER).

Foi dado início a uma reforma buscando melhorar a cobertura, expandir a rede e a qualidade dos serviços da atenção básica, através da criação das Clínicas da Família (CF). As CF são unidades de maior porte, melhor estrutura e mais bem equipadas do que as Unidades Básicas de Saúde tradicionais, concentrando cinco ou mais equipes de saúde da família<sup>14</sup>. Adicionalmente foram criados os Observatórios de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS), que disponibilizam, com financiamento complementar à ESF, espaços como auditórios, laboratórios de informática e biblioteca para atividades de qualificação dos profissionais das unidades de saúde (Harzheim et. al. 2013).

Um dos grandes gargalos para a melhora da qualidade dos serviços em ABS no município do Rio de Janeiro é a dificuldade de fixação de médicos especialistas nas unidades de ESF. Tal como no restante do Brasil, os médicos de família e comunidade ainda são escassos *vis a vis* a demanda crescente oriunda da rápida expansão da ESF nos últimos anos.

Ciente desse estrangulamento, a gestão municipal adotou estratégias dirigidas a aumentar o número de médicos com formação em ABS na rede de serviços carioca. Dentre essas está a introdução e ampliação da residência médica em Medicina Família e Comunidade (MFC) nos serviços municipais. Em 2012, a SMSDC-RJ, isolada ou em parceria com a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), oferecia 60 vagas (Harzheim et. al. 2013).

---

<sup>14</sup> Com o objetivo de aumentar o potencial de resolutividade para os médicos e oferecer condições mais adequadas de atendimento à população, as CF foram concebidas para disponibilizar, além das consultas médicas e ações de promoção à saúde, alguns serviços adicionais como coleta de exames laboratoriais, Raios-X, eletrocardiograma e ultrassonografia. Algumas dessas unidades incorporam ainda a residência médica.

Contudo, conforme problematiza Nadai (2020), a reforma na APS no município considerou a questão do acesso apenas sob o ponto de vista do indicador quantitativo de cobertura populacional para a cidade como um todo ou para grandes áreas administrativas. Ademais, a autora aponta que a ampliação do número de unidades de atenção primária à saúde seguiu interesses políticos, não considerando os determinantes sociais da saúde. Desta forma, resultam ainda hoje regiões da cidade com índices de desenvolvimento social baixíssimos que não contam com nenhuma equipe de saúde da família (p.ex. favela da Grota Funda e Vila Taboinha, localizadas na AP4.0).

Como forma de viabilizar a rápida reestruturação e ampliação da rede e sob o argumento da ineficiência do Estado, optou-se pela estratégia de transferência da execução dos serviços de atenção básica à saúde da esfera pública municipal para Organizações Sociais (OSs), uma espécie de Parceria Público-Privada. Buscava-se permitir maior agilidade administrativa e melhor execução financeira, incluindo compra de materiais e contratação de profissionais<sup>15</sup>. A gestão por meio das OSs gerou a contratação de profissionais para atuar nas UBS com contrato pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Ao mesmo tempo, perdura um contingente também expressivo de servidores municipais concursados. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a contratação de OSs, via processo licitatório, não significaria *per se* a privatização desses serviços, visto que a gestão da APS continua a cargo da SMSDC-RJ (Harzheim et. al. 2013). Entretanto, a adoção dessa política é controversa.

No esteio dessa forma de organização da ABS, se consolida uma lógica de gestão produtivista, que corre o risco de colocar em segundo lugar a qualidade, integralidade e longitudinalidade do cuidado prestado e de ameaçar a própria saúde dos profissionais envolvidos. Adota-se uma gestão por resultados, baseada no monitoramento e avaliação mensal de indicadores extraídos dos prontuários eletrônicos implementados. Soma-se a isto uma padronização de procedimentos e ações para todas as unidades, através da definição da carteira de serviços da APS carioca. Essa padronização contribui para que se coloque em primeiro plano uma avaliação quantitativa, exigindo o preenchimento mensal por cada unidade de uma planilha apelidada de “carteirômetro” para medir a quantidade de serviços prestados. Adicionalmente, o foco na meta quantitativa de redução da fila de espera desconsidera totalmente as características e os determinantes sociais nos diferentes territórios. Não por acaso, pesquisas de mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde atribuíram notas baixas para UBS em áreas de grande vulnerabilidade social, dado o maior cadastro populacional por ESF e os próprios determinantes sociais da saúde que contribuem para a maior incidência de condições sensíveis à atenção primária (Nadai, 2020).

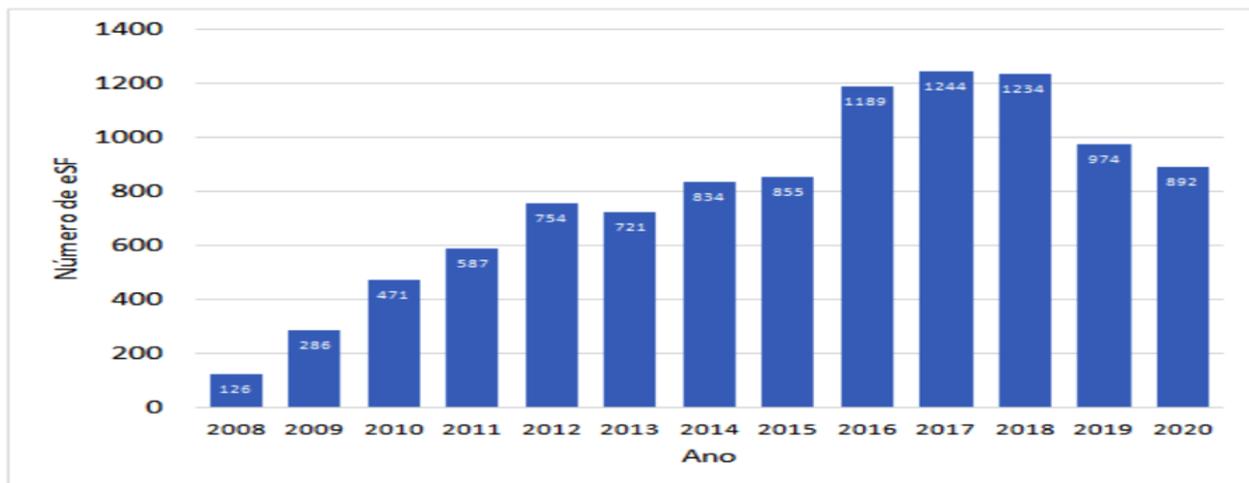
---

<sup>15</sup> Com a finalidade de viabilizar a implantação da nova política foram realizadas, ainda em 2009, alterações legais voltadas a viabilizar a contratação de OSs (Lei no. 5.026, aprovada em 19 de maio de 2009).

A profusão de OSs também trouxe significativo desafio para a gestão de informação sobre a população adscrita, comprometendo o seguimento e a longitudinalidade do cuidado. Foram adotados diferentes sistemas de prontuário eletrônico privados. Na ocasião de mudança de OS responsável por uma área, com mudança no sistema de prontuário eletrônico adotado, podia ocorrer a perda de todo o histórico de informações dos cidadãos, além de requerer o recadastro de todos no novo sistema. Sob o ponto de vista da gestão pelo poder público municipal, a falta de um sistema único cria significativos desafios para a gerir a rede de forma integrada.

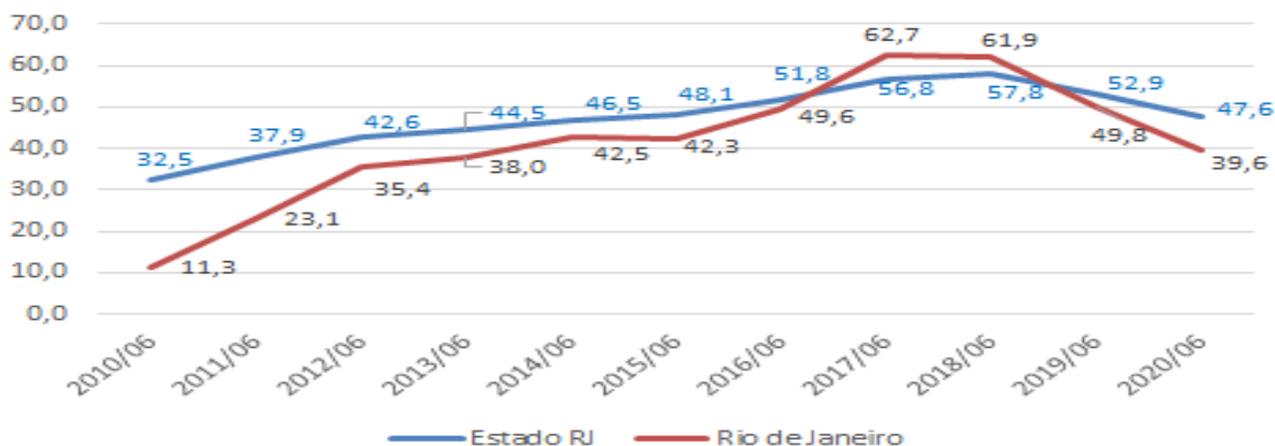
Com a gestão Crivela (2017 - 2020) são implementadas significativas reformas na atenção básica, rompendo com o esforço anterior de estruturação e ampliação da cobertura. O plano de reorganização dos serviços da APS, implementado em 2019, se orienta por uma lógica produtivista de enxugamento e ganhos de eficiência. Destaca-se a redução de 379 equipes de saúde da família (cerca de 29,6%) com relação à 2017, sem alterar a cobertura territorial das equipes remanescentes. As figuras abaixo apresentam um panorama da expansão da taxa de cobertura da população da cidade do Rio de Janeiro e do estado. Como desdobramento da política implementada pela gestão Paes (2009-2016), a taxa de cobertura saltou de cerca de 10% em 2009 para quase 63% em 2017. Por outro lado, o conjunto de medidas durante a administração Crivela (2017-2020) foram determinantes para uma desastrosa inflexão na tendência de expansão, com a taxa de cobertura regredindo para 39,6% em 2020. No caso da AP 3.1 o número de equipes de saúde da família caiu de 221 em 2017 para 175 em 2020, uma queda de cerca de 21%.

**Figura 5 - Número de equipes de saúde da família completas no município do Rio de Janeiro, 2008 a 2020**



Fonte: Nadai (2020), com base em dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

**Figura 6 - Taxa de cobertura populacional pela estratégia de saúde da família no município e estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2020**



Fonte: Nadai (2020), com base em dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Decorre desse cenário uma sobrecarga dos profissionais, contribuindo para seu adoecimento físico e emocional. Também resulta desse quadro a dificuldade de estruturação de um cuidado continuado orientado por uma lógica preventiva, contribuindo para que muitas unidades básicas se assemelhassem a unidades de pronto atendimento, com a grande procura espontânea de pessoas enfermas. Em consequência, observa-se uma grande queda na produção por parte de diferentes categorias profissionais das equipes de saúde da família, o que reflete suas dificuldades para atuarem na lógica efetivamente proposta pela ESF. Em suma:

As novas normativas municipais apresentam efeitos significativos tanto para os profissionais de saúde quanto para a população carioca, uma vez que potencializa as iniquidades e ameaça o direito à saúde de forma integral e universal. Há evidências de desequilíbrios em fatores importantes, como na assistência prestada aos cariocas e nos profissionais de saúde remanescentes. Pois, com a redução do quantitativo de equipes de saúde da família, sem a substituição ou investimento em nenhum outro modelo de atenção, vem resultando em retrocesso violento no acesso dos cariocas às ações e serviços de saúde (Nadai, 2020, p. 35)

A consideração detalhada da trajetória e dos infortúnios da atenção básica à saúde no país e, especialmente, na cidade do Rio de Janeiro é de fundamental importância para a discussão que se segue, dado que territórios vulnerabilizados, como os de Maré e Manguinhos, têm na qualidade da atenção básica e na ESF um divisor de águas. A desestruturação recente desse arranjo comprometerá sobremaneira as perspectivas futuras de um SUS voltado para esses territórios.



Quando o assunto é saúde, não se fala apenas sobre o histórico de internações, estratégias primárias para se lidar com uma pandemia ou iniciativas que visam a criação de novos hospitais. Muito pelo contrário. O termo saúde se refere a todo o "estado de equilíbrio dinâmico entre o organismo e seu ambiente, o qual mantém as características estruturais e funcionais do organismo dentro dos limites normais para sua forma de vida e para a sua fase do ciclo vital", isto é, falar sobre saúde é falar sobre todo o ambiente no qual se vive e de que forma suas condições e estruturas afetam os corpos daqueles que o habitam. Portanto, para que uma compreensão sistêmica dos problemas e suas tentativas de solucioná-los seja possível, faz sentido que um passo para trás seja dado com o objetivo de compreender a formação dos territórios e seu baixo grau de desenvolvimento se comparados a outras regiões da cidade. Assim, o texto trará em primeiro plano os antecedentes urbanos e territoriais dos complexos da Maré e Manguinhos para, então, traçar um panorama de questões estruturais, como condições de vida, saneamento, educação, segurança, dentre outras, que afetam direta e indiretamente a relação dos moradores com a saúde.

### **5.1. Panorama histórico de formação dos territórios**

No início do século XX, o Rio de Janeiro foi palco de uma grande reforma urbana promovida pelo prefeito Pereira Passos, entre 1902 e 1906. Segundo Valladares (2000) a reforma propunha sanear e civilizar a cidade acabando com as habitações anti-sanitárias. Tal movimento ficou conhecido como "bota abaixo" em referência à derrubada das habitações ocupadas pela população mais pobre. Mas, os locais também eram conhecidos como cortiços, segundo Valladares, (2000, p.7) "locus da pobreza, espaço onde residiam alguns trabalhadores e se concentravam em grande número de vadios e malandros." Ou seja, era considerado pelos governantes um inferno social, além disso o cortiço simbolizava um local suscetível a epidemias, sendo assim um perigo a ordem social e moral (Valladares, 2000, p.7).

Para Valladares (2000, p.7) a gênese das favelas do Rio de Janeiro se encontra principalmente da reforma urbana promovida, pois não houve nenhum programa habitacional para realocar as populações removidas da região central do Rio de Janeiro. Diante disso, iniciou-se uma ocupação massiva do Morro da Providência, com fluxo de pessoas indo para a Zona Sul e Zona Norte. Contudo, uma estratégia adotada como tentativa de incentivar e reduzir a distância entre o subúrbio e o centro do Rio foi a implementação de novos meios de transporte para a população (SANTANA e SILVA, 2012, p.30). Além do elevado número de pessoas em busca de novos espaços para habitar, o Rio de Janeiro recebia uma elevada massa de imigrantes da região Nordeste, mas também de portugueses, que passaram a habitar as regiões hoje conhecidas como Manguinhos e Maré.

Segundo Fernandes e Costa (2009, p.70) a formação da área de Manguinhos data do início do século XX com ocupações individuais e coletivas de fazendas produtoras de gêneros alimentícios. Mas,

oficialmente recebeu a alcunha de bairro em 1988. Em 1899 foi instalado na região o Instituto Soroterápico Federal, a primeira instituição a ocupar parte da área hoje denominada Manguinhos. Durante os primeiros anos de funcionamento os funcionários do Instituto sofreram com dificuldades de locomoção devido a distância entre suas residências localizadas no centro da cidade do Rio de Janeiro e pela falta de transporte para a região facilitando assim a ocupação dos terrenos do Instituto. Contudo, tal ocupação foi palco de diversos embates, em certos momentos o Instituto figurou como agente promotor da ocupação, facilitando a permanência dos funcionários e em outros momentos exigiu o pagamento de aluguel daqueles instalados nos terrenos (FERNANDES E COSTA, 2009, p.95).

A partir da década de 1940 a região de Manguinhos teve seus picos de ocupação distribuídos e marcados por eventos como: a ocupação do espaço pelos funcionários do IOC, o surgimento da comunidade de Varginha, a construção de conjuntos habitacionais em parte para abrigar população deslocada de áreas centrais da cidade em decorrência de reformas urbanas e da abertura da Avenida Brasil na década de 1950 e a ocupação dos antigos depósitos da Companhia Nacional de Abastecimento.

Com as políticas de remoção das favelas do centro e da zona sul da cidade, a migração para as margens se intensificou, especialmente a partir do final da década de 1960, diante da expansão da indústria e sua proximidade com os locais de ofertas de trabalho. No entanto, foi apenas em 1988 que um decreto municipal do Rio de Janeiro delimitou sua área de ocupação. Obviamente, a região desenhada extrapolou seus limites com o passar dos anos e, até 2010, sua área contava com mais de 12 comunidades, totalizando uma população de aproximadamente 36 mil habitantes (CAVALLIERI; VIAL, 2012, p. 16).

Em paralelo à situação de super-ocupação e péssimas condições de bem-estar ou qualidade de vida, surgiu o Programa de Aceleração do Crescimento no município do Rio de Janeiro, que contemplou o complexo de Manguinhos. Dessa forma, o programa de aplicação e investimento em políticas públicas e econômicas foi posto em prática na região com o objetivo de melhorar a situação em aspectos como saneamento, habitação, transporte, energia e recursos hídricos. Infelizmente, as políticas aplicadas com o PAC em 2007 não sucederam em reverter a situação por completo, logo, o complexo figura entre os cinco bairros com o pior IDH do município (CAVALLIERI; LOPES, 2008, p. 10).

A partir daí, novas comunidades cada vez mais densas foram surgindo com a intensificação das políticas de reforma urbana e, nas áreas industriais em que se formaram o Parque João Goulart e o Centro Habitacional Provisório 2 (CHP2). Segundo Fernandes e Costa (2009, p.34) a presença de instituições e empresas como a Fiocruz, Correios e Telégrafos (ECT), Empresa Brasileira de Telecomunicação (Embratel), Companhia Nacional de Abastecimento (Conab), Cooperativa Central de Produtores de Leite (CCPL), Refinaria de Petróleos de Manguinhos S. A. e a fábrica de cigarros

Souza Cruz denotam uma característica histórica da configuração de Manguinhos, além de configurar sua proximidade com a área industrial. Contudo, cabe salientar que parte dessas iniciativas correspondem a movimentos particulares de certos empresários e outras são iniciativas pontuais de alguns governos. Atualmente, se observa a desativação de várias empresas e instituições que abandonaram a área devido às condições econômicas e os altos índices de criminalidade.

Conforme relatam Pandolfi e Grynszpan (2003) e Souza (2020), o processo de ocupação do Complexo da Maré se fortaleceu na década de 1940 com a ocupação das áreas das encostas do Morro do Timbau, que se situa em uma zona próxima ao 1º Batalhão de Carros de Combate pertencente ao Exército brasileiro. Assim, toda e qualquer habitação construída em localidade próxima deveria pagar uma "taxa de ocupação" ao exército e ainda era vedada a possibilidade de se construir habitações permanentes, isto é, moradias com alvenaria ou telhas. Também a Baixa do Sapateiro e o Parque Maré eram caracterizadas na época pela existência de casas construídas sobre palafitas, barracos de madeira sustentados em toras sobre o mangue, às margens da Baía de Guanabara. Então, pode-se inferir que a região, desde o princípio, foi limitada a casas de pouco ou nenhuma infraestrutura em termos de segurança ou saneamento.<sup>16</sup>

Contudo, as restrições impostas fizeram com que organizações de moradores surgissem e, pouco a pouco, na década de 1950 conquistassem direitos básicos como energia, água, pavimentação e rede de esgoto. Nos anos seguintes, a expansão do complexo foi se intensificando, impulsionada por um conjunto de eventos e intervenções urbanas do centro em direção ao oeste da cidade, entre os quais, a criação de novas vias de ligação, especialmente a Avenida Brasil. Sua construção viabilizou a comunicação e o estabelecimento de um fluxo permanente com o subúrbio e com outros municípios e estados. A implantação de fábricas industriais, como a Refinaria Manguinhos, gerou uma explosão demográfica nas regiões em seu entorno.

Na década de 1960, deu-se o início da formação da Favela Nova Holanda, inicialmente com a instalação de populações em habitações provisórias, removidas de um conjunto de favelas erradicadas na ocasião.<sup>17</sup> Na mesma década, quando da instalação do campus da UFRJ, na ilha do Fundão, ocorreu nova expansão de moradias em palafitas no aterro formado no entorno da ilha. Posteriormente, no final da década de 1970, o projeto levado a cabo pelo governo federal de remoção

---

<sup>16</sup>FRANCO, Dicionário de Favelas Marielle. Complexo da Maré. Dicionário de Favelas Marielle Franco, 2020. Disponível em: < [#62](https://wikifavelas.com.br/index.php/Complexo_da_Mar%C3%A9) >.; Acesso em: 15 Nov. 2021.

<sup>17</sup> Entre elas, a favela da Praia do Pinto, situada nos bairros da Lagoa e Leblon, na Zona Sul, a Favela do Esqueleto, onde foi instalado o primeiro campus da UERJ, a Favela de Manguinhos. Inicialmente, em Nova Holanda foi estabelecido um centro de triagem provisório para transferência da população removida de favelas erradicadas para conjuntos habitacionais que viriam a ser construídos na Vila Kennedy e na Cidade de Deus (Pandolfi e Grynszpan, 2003).

das casas em palafitas e remoção de outras comunidades para instalação de fábricas representou mais um marco histórico da formação do bairro.

O Projeto Rio, lançado em 1979 pelo Ministério do Interior, visava sanear a orla da Baía de Guanabara e previa a remoção de moradores para outras regiões. Movimentos de resistência resultaram na remoção apenas das casas em palafitas (Pandolfi e Grynszpan, 2003). Segundo Souza (2021), essas representavam cerca de um terço das moradias do território. A Vila do João e a Vila Pinheiros surgiram como conjuntos habitacionais construídos para abrigar os removidos de então. Como resistência a esse projeto é criada a Comissão de Defesa das Favelas da Maré (Codefam) (Pandolfi e Grynszpan, 2003).

Parte significativa da ocupação original do bairro se deu com a migração de nordestinos retirantes durante as décadas de 1940 e 60, fugidos da seca e da perda de terras e atraídos pelo processo de industrialização e urbanização, com o crescimento de oportunidades de emprego de mão de obra pouco qualificada e barata, que viriam a se instalar de forma precárias nas imediações das obras (Souza, 2020).

Em 1994, foi formalmente constituído o bairro da Maré, reunindo um conjunto de favelas que se expandiram desde então até os dias de hoje. Segundo o Censo da Maré (Redes da Maré, 2019), as favelas que compõem o Complexo são, em ordem cronológica de surgimento: Morro do Timbau (1940), Baixa do Sapateiro (1947), Parque Maré (1953), Parque Rubens Vaz (1954), Parque Roquete Pinto (1955), Parque União (1961), Nova Holanda (1962), Praia de Ramos (1962), Conjunto Esperança (1982), Vila do João (1982), Vila dos Pinheiros (1983), Conjunto Pinheiros (1989), Conjunto Bento Ribeiro Dantas (1992), Nova Maré (1996) e Novo Pinheiros (ou Salsa e Merengue) (2000). No Censo Maré, a comunidade Marcílio Dias (1948), apesar de fazer parte do bairro Penha Circular, é abrangida pelo estudo por fazer parte do mesmo espaço social.<sup>18</sup>

Ao longo desse processo de crescimento das comunidades que hoje formam os dois complexos, o planejamento urbano não foi capaz de sanar os crescentes desafios em matéria de infraestrutura urbana, fazendo com que problemas sistêmicos e de infraestrutura cresceram junto. Assim como tanto a região de Manguinhos quanto a da Maré figuram entre os bairros da cidade com os mais baixos índices relativos a várias dimensões do desenvolvimento, conforme discutido na seção seguinte.

## **5.2. Características dos Territórios de Maré e Manguinhos**

A presente seção tem como objetivo apresentar uma caracterização geral das condições socioeconômicas e estruturais dos bairros cariocas Complexo da Maré e Manguinhos. Essa

---

<sup>18</sup> Pandolfi e Grynszpan (2003) mencionam que a transformação em bairro passou pela anexação de comunidades que não necessariamente se identificavam como da Maré.

caracterização será realizada com base nos dados extraídos da divulgação de dados pelo Instituto Pereira Passos (IPP), que reúne as principais informações socioeconômicas, culturais e espaciais dos bairros da cidade do Rio de Janeiro a partir de pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), o último Censo Demográfico de 2010, entre outras. É importante destacar que serão expostas algumas problemáticas dessas pesquisas em abranger de forma mais apropriada a realidade das favelas. Para isso, alguns dados serão contrapostos com o Censo da Maré (Redes da Maré, 2019), a fim de explicitar as principais diferenças e trazer um maior detalhamento para a análise do território, em especial o do Complexo da Maré.

Em primeiro lugar, é essencial caracterizar o padrão de urbanização do Complexo da Maré e de Manguinhos, desde determinantes de seus territórios até a caracterização da população que vive nessas comunidades. Dado seu panorama de formação, descrito acima, é possível perceber de forma geral as condições de ocupação do território de Manguinhos, que se solidificou em meio a um ambiente impróprio para moradia, tanto por questões intrínsecas à sua localização (brejos, manguezais, lixões), quanto pelo risco da proximidade com equipamentos industriais. Hoje, sua área de 261,84 ha é um ambiente marcado pela poluição do ar, dos rios e do solo, devido ao lançamento de dejetos in natura nos rios Jacaré, Faria-Timbó e Cunha por parte das moradias e fábricas, que cortam o território, além de sua proximidade com a Avenida Brasil e a Refinaria de Petróleos de Manguinhos S.A. (FERNANDES e COSTA, 2013). De acordo com estatísticas do IPP, de sua área territorial total, 19,28% são compostas por vegetação arbórea não florestal e gramíneo-lenhosa.

Com relação à Maré, seus 426,88 ha de território se localizam em uma faixa adjacente à margem da Avenida Brasil, de um lado, e da linha vermelha e da Baía de Guanabara, de outro. Por sua localização e perfil de ocupação do solo com alta densidade de construções, a Maré constitui um dos principais focos de calor na cidade. De sua área total, apenas 3,93% são cobertas por vegetação arbórea não florestal e gramíneo-lenhosa.

Em relação às características da população residente das favelas analisadas, dados do Censo de 2010 do IBGE indicam que residiam 36.160 pessoas em Manguinhos e 129.770 na Maré. Além disso, é possível observar que a população feminina representa 52,2% do total de moradores de Manguinhos e 49,1% do total da população mareense. A densidade domiciliar, que mostra a média de moradores por habitação, é de 3,4 e 3,11 moradores por domicílio para as respectivas localidades. Desses domicílios, 10,87% se encontram abaixo da linha da pobreza na Maré e, em Manguinhos, o total cresce para 12,62% do total de domicílios (IBGE, 2010).

Aqui, cabe contrastar os resultados com os dados obtidos pelo Censo da Maré de 2019, idealizado pela iniciativa Redes da Maré, instituição composta por 16 associações de moradores locais e organizações sociais da cidade do Rio de Janeiro, que contempla o conjunto das 16 favelas da Maré (Redes da Maré, 2019). O Censo da Maré foi construído de modo a realizar um diagnóstico da

realidade demográfica, sociocultural e econômica, contando não só com pesquisadores e especialistas, mas também com moradores locais que vivenciam a realidade dessas favelas. Com isso, o Censo Maré busca contemplar as demandas específicas dos moradores do conjunto das 16 favelas (sendo 15 as que compõem oficialmente o bairro e Marcílio Dias, que compreende o mesmo espaço social) e entender as particularidades específicas dos seus territórios, que não são contempladas pelos Censos Demográficos.

É interessante destacar que o Censo produziu subprodutos de grande valor para entender a realidade social, econômica e cultural desses territórios. Dentre eles, destacam-se o Guia de Ruas da Maré, lançado nos anos de 2012 e 2014, e o Censo de Empreendimentos Econômicos. O primeiro subproduto foi essencial para mapear mais corretamente o território, visto que o adensamento das habitações e o uso do espaço não são corretamente representados no censo tradicional. Nesse sentido, buscou-se contemplar as unidades residenciais por meio da identificação de seus logradouros, contagem dos domicílios e sua localização, mapeamento dos percursos dentro das favelas com o auxílio do IPP. Outro fator que dificulta o acesso a essas informações, conforme apontado pelo Redes da Maré (2019), é a estigmatização da favela como “lócus da violência”, que é um impeditivo a incursões em determinados locais e à abordagem do público.

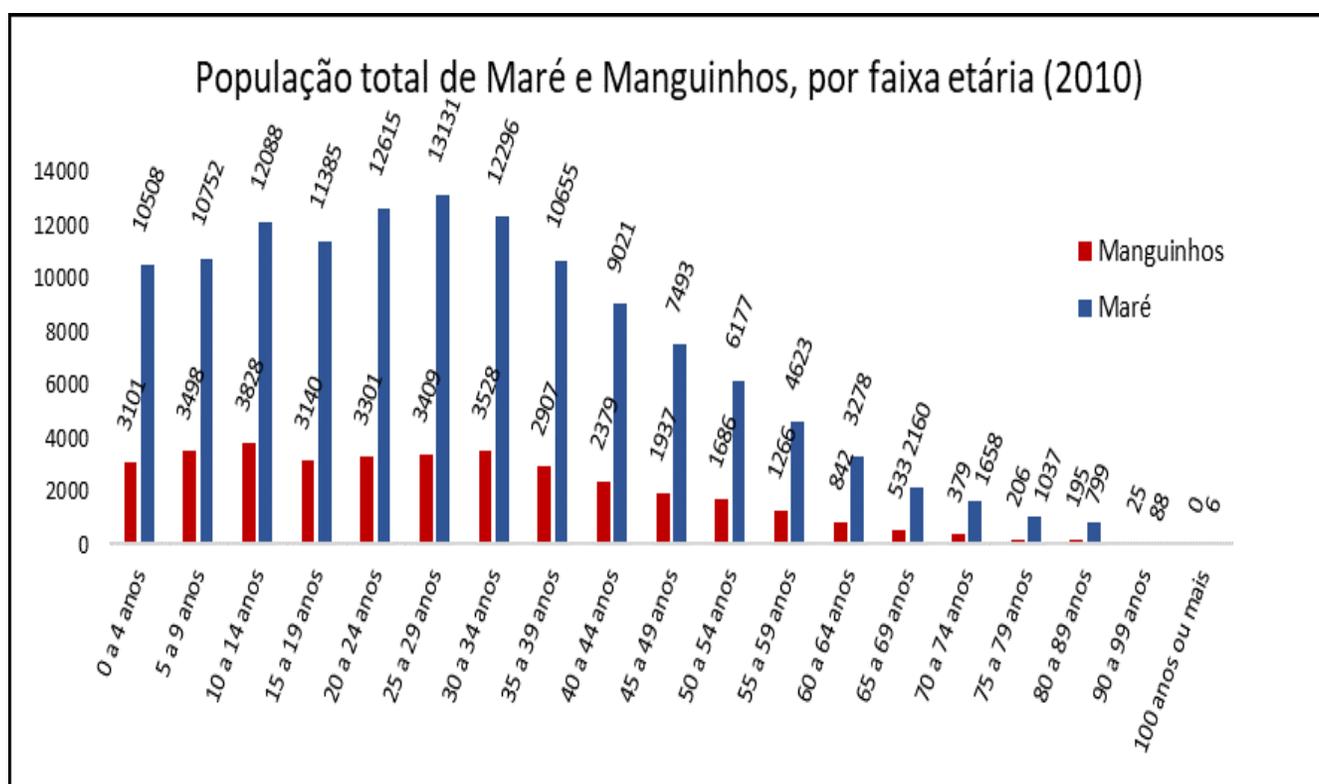
O Censo da Maré (*ibid*), que inclui a favela de Marcílio Dias, por sua vez, contabilizou 139.073 moradores, 3.084 a mais do que o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com 135.989 moradores registrados (incluindo a favela Marcílio Dias). No entanto, um dado interessante é a menor média de moradores por municípios registrada no Censo da Maré, que registrou média de 2,91 moradores por habitação, ante 3,11 moradores apurados pelo IBGE. Um fator interessante que pode ser responsável por essa densidade menor se comparada ao dado do IBGE é o fato de que os famosos “puxadinhos” contam como uma unidade familiar, enquanto o Censo da Maré, por ter sido desenhado pela percepção de pesquisadores que levam em conta a vivência da favela, entende essas unidades como residências independentes, formando novas unidades familiares.

Também em direção oposta ao observado no Censo do IBGE, em relação ao gênero, o estudo mostra que há mais mulheres (51,0%) do que homens (48,9%) entre a população da Maré, tendo a mesma composição demográfica do estado. A distribuição demográfica por faixa etária também segue a composição do estado, com homens predominando até a faixa etária de 10 a 14 anos, até sua superação pelo contingente feminino a partir da adolescência. Os dados mostram um avanço da mortalidade precoce sobre os homens, sobretudo por estarem mais expostos a fatores de risco e serem a maior parte entre as vítimas de mortes por causas externas como homicídios, acidentes de trânsito, entre outros (REDES DA MARÉ, 2019). Em Manguinhos, é possível observar que a população também é majoritariamente jovem, com seu maior contingente reunido na faixa dos 0 a 34

anos, conforme mostra a tabela resumo. O gráfico a seguir traz o total de habitantes de Maré e Manguinhos, por faixa etária, de acordo com dados do Censo do IBGE (2010).

Ainda em relação às características da população das comunidades analisadas, faz-se necessário observar os dados da educação. Segundo o IPP, da população acima de 15 anos, 6,63% de Manguinhos e 7,72% da Maré são analfabetos. O Censo da Maré (2019) traz um maior detalhamento da situação do analfabetismo no território, com dados para as 16 comunidades analisadas na pesquisa, conforme mostrado na tabela abaixo. Nela, observa-se que a favela Parque Maré aparece com o maior índice de analfabetismo (9,16%), enquanto o Conjunto Esperança aparece com o menor número de analfabetos (2,30%).

**Figura 9 - População total de Maré e Manguinhos, por faixa etária (2010)**



Fonte: Censo IBGE (2010)

**Tabela 11 - Pessoas com 15 anos ou mais, alfabetizadas ou não, por território (%)**

Unidade Territorial	Sabe ler/escrever	Não sabe ler/escrever	Sem resposta
Maré (Total)	94.00%	6.00%	0.00%
Parque União	93.60%	6.40%	0.00%
Vila dos Pinheiros	92.90%	7.10%	0.10%
Nova Holanda	93.90%	6.10%	0.00%
Parque Maré	90.90%	9.10%	0.00%

Vila Do João	94.70%	5.30%	0.00%
Baixa Do Sabateiro	93.90%	6.10%	0.00%
Pa. Roquete Pinto	94.50%	5.50%	0.00%
Parque Rubens Vaz	93.20%	6.80%	0.00%
Morro Do Timbau	96.20%	3.80%	0.00%
Marcílio Dias	94.90%	5.10%	0.00%
Salsa E Merenque	95.70%	4.20%	0.10%
Coniunto Esperanca	97.70%	2.30%	0.00%
Coniunto Pinheiros	94.80%	5.20%	0.00%
Praia De Ramos	94.80%	5.10%	0.00%
Nova Maré	94.40%	5.50%	0.10%
Coniunto Bento Ribeiro Dantas	93.90%	6.10%	0.00%

Fonte: Censo da Maré (2019)

Com relação à dimensão da educação, também é pertinente ter em conta o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) de 2019. Criado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), o Ideb é utilizado para medir a qualidade do ensino básico no Brasil por meio da combinação dos indicadores de aprendizado e fluxo escolar. De responsabilidade das prefeituras do estado, em sua última divulgação, o Ideb para os anos iniciais (1º ao 5º ano) do Ensino Fundamental de Manguinhos e Maré foi de 5,24 e 5,36, respectivamente; o resultado ficou abaixo do observado na rede municipal do Rio (5,8 pontos) e da meta de 6,1 pontos estabelecida pelo Ministério da Educação (MEC). Para os anos finais do Ensino Fundamental (6º ao 9º ano), a base do Inep aponta o valor nulo para Manguinhos (o que pode derivar de algum erro de registro ou da não disponibilidade de uma nota), enquanto a Maré alcançou 4,35 pontos, novamente abaixo da média observada na capital (4,9 pontos) e da meta de 5,5 pontos<sup>19</sup>.

Ao falar de saúde, outra dimensão que precisa ser considerada é a cobertura de saneamento básico nos domicílios da Maré e de Manguinhos, por meio de indicadores como a taxa de domicílios com coleta regular de lixo, a taxa de domicílios com abastecimento de água por rede pública e a taxa de domicílios ligados à rede urbana de esgoto. De acordo com o Censo do IBGE de 2010, do total de domicílios particulares das respectivas comunidades, apenas 49,04% do lixo domiciliar de Manguinhos é coletado por serviço de limpeza direto nas residências, enquanto essa cobertura é de 92,11% na Maré. O percentual baixo de Manguinhos é “compensado” por um percentual elevado do lixo (40,08%) que é coletado pelo serviço de limpeza por intermédio de seu depósito em caçambas.

<sup>19</sup> Disponível em: <<https://www.qedu.org.br/estado/119-rio-de-janeiro/ideb/ideb-por-municipios>>. Acesso em 29 de nov. 2021.

Embora seja positivo que haja a coleta pelo serviço de limpeza, o acúmulo do lixo em caçambas a céu aberto contribui para a proliferação de diversos vetores de doenças, tais como ratos, mosquitos, entre outros.

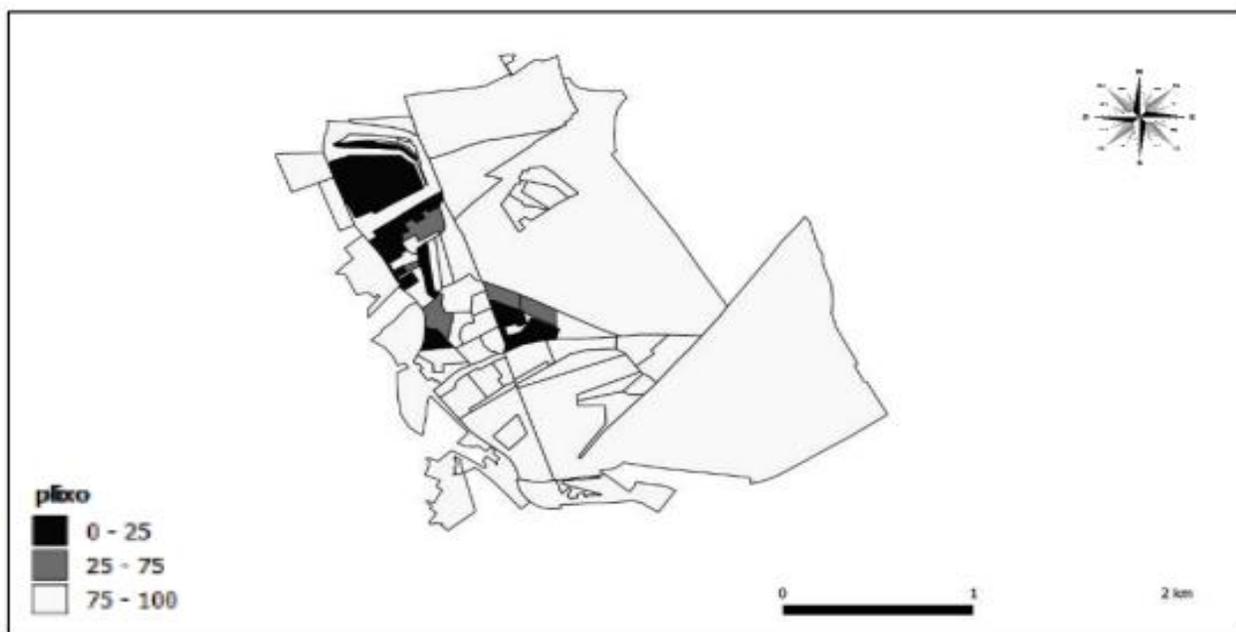
Por outro lado, Manguinhos tem um alto número de despejo de lixo domiciliar em terreno baldio, representando 10,57% do total do destino do lixo; na Maré, apenas 0,25% têm o mesmo destino. Isto constitui um perigoso foco de doenças e contribui para alagamentos, quando a chuva carrega o lixo e entope bueiros e outros escoamentos da água. Carvalho (2020) mostra que a cobertura da coleta regular de lixo não é homogênea no território de Manguinhos, conforme a figura 9 abaixo.

**Tabela 12 - Destino do lixo domiciliar nos bairros de Manguinhos e Maré, 2010 (%)**

Unidade Territorial	Coletado por serviço de limpeza	Coletado em caçamba de serviço de limpeza	Queimado na propriedade	Enterrado na propriedade	Jogado em terreno baldio ou logradouro	Jogado em rio, lago ou mar	Outro destino	Total de domicílios
Maré	92,11%	7,56%	0,00%	0,00%	0,25%	0,01%	0,01%	100,00%
Manguinhos	49,04%	40,08%	0,01%	0,00%	10,57%	0,14%	0,10%	100,00%

Fonte: Censo IBGE (2010)

**Figura 10 - Taxa de domicílios com coleta regular de lixo, territórios de Manguinhos e seu entorno**



Fonte: Carvalho (2020)

Dados do IBGE (2011, apud. CARVALHO, 2020) apontam que esse cenário de despejo do lixo em lixões, terrenos baldios e corpos hídricos é bastante persistente nas comunidades. Se o país despeja 27% de seu lixo produzido nessas áreas, esse número aumenta para 30% nas favelas, onde há diversos empecilhos que dificultam a chegada desses serviços às comunidades, tais como falta de investimentos e dificuldades de acesso físico aos locais devido ao desenho irregular de seu espaço (CYNAMON; MONTEIRO, 1985, apud. CARVALHO, 2020).

Em relação ao abastecimento de água por rede pública, dos domicílios particulares analisados, o IBGE (2010) mostrou que 99,82% das residências são abastecidas pela rede geral de distribuição de água no Complexo da Maré e 99,45% em Manguinhos, como mostrado na tabela a seguir.

**Tabela 13 - Abastecimento de água nos bairros de Manguinhos e Maré, 2010 (%)**

Unidade Territorial	Rede geral	Poço ou nascente na propriedade	Poço ou nascente fora da propriedade	Carro-pipa ou água da chuva	Rio, açude, lago ou igarapé	Outra	Total de domicílios
Maré	99,82%	0,03%	0,00%	0,08%	0,00%	0,02%	100,00%
Manguinhos	99,45%	0,10%	0,00%	0,00%	0,05%	0,34%	100,00%

Fonte: Censo IBGE (2010)

Florençano e Coelho (2014, apud. CARVALHO, 2020) apontam que, por mais que a taxa de distribuição de água seja alta nessas localidades, há diversas barreiras tanto em relação à qualidade da água, quanto à sua quantidade recebida. O Relatório Final do Censo Domiciliar de Manguinhos produzido pelo PRODERJ (2010, apud. CARVALHO, 2020), que trouxe dados referentes a 83% dos domicílios particulares de Manguinhos, afirmou que o abastecimento de água pela rede geral era realizado, em sua maioria, por uma rede não oficial (58,4%), enquanto apenas 25,6% eram ligadas à rede oficial, com ligação interna na casa. Em relação à qualidade desse abastecimento, a Fiocruz (2016, apud. CARVALHO, 2020) mostrou que 73% das amostras de água coletadas de filtros e galões na comunidade eram impróprias para consumo, de acordo com o padrão de potabilidade nacional.

Somado a isso, olhar os dados disponíveis sobre o esgotamento sanitário é essencial para ter um panorama das condições de saneamento básico nessas regiões. A cobertura de esgotamento sanitário é dada pelo IBGE de acordo com o escoamento ou sanitário das unidades domiciliares particulares. Dos 98,4% de domicílios particulares que possuem sanitário exclusivo em Manguinhos, 91,87% de seu esgoto é despejado em uma rede geral de esgoto ou pluvial, seguido pelo despejo em rios, lagos ou mares (2,95%). Na Maré, do total de domicílios particulares com banheiro exclusivo (95,10%), 92,51% são ligados à rede geral de esgoto e 1,21% em Fossas sépticas (IBGE, 2010).

**Tabela 14 - Destino do esgotamento sanitário, por domicílios particulares com banheiro exclusivo nos bairros de Manguinhos e Maré, 2010 (%)**

Unidade Territorial	Rede geral de esgoto ou pluvial	Fossa séptica	Fossa rudimentar	Vala	Rio, lago ou mar	Outro tipo	Total de domicílios
Maré	92,51%	1,21%	0,02%	0,66%	0,14%	0,56%	100,00%
Manguinhos	91,87%	0,47%	0,08%	2,82%	2,95%	0,21%	100,00%

Fonte: Censo IBGE (2010)

Enquanto determinante social da saúde também precisa ser levada em consideração a situação de violência. De acordo com a pesquisa "Construindo Pontes" realizada pela organização inglesa People's Palace Projects e pela ONG Redes da Maré no período de 2018 a 2020, 1 em cada 3 moradores das favelas da Maré afirma que a violência afeta sua saúde mental<sup>20</sup>. Assim, a tentativa de garantir respostas às demandas de saúde da população ainda que online foi a forma encontrada de mitigar ainda mais os efeitos negativos advindos da restrição ao acesso à saúde. (PEOPLE'S PALACE PROJECTS; REDES DA MARÉ, 2021). Durante a pandemia, a população vem sofrendo com inúmeras operações policiais, apesar das determinações do STF de que operações policiais deveriam se restringir. A partir da mobilização de diversas organizações, como o Conselho Comunitário de Manguinhos, o Fórum Social de Manguinhos, as Mães de Manguinhos, associações de moradores, a comissão de direitos humanos da OAB-RJ, a Defensoria Pública, entre outras, foram organizadas caminhadas pacífica por direitos no bairro<sup>21</sup>.

Em suma, a cidade do Rio de Janeiro abriga muitas realidades totalmente distintas e os desafios enfrentados pelas comunidades em foco se manifestam de forma abrangente e sistêmica. Embora relativamente desatualizados, o índice desenvolvimento social, construído com de 8 indicadores<sup>22</sup>, elaborados a partir do Censo Demográfico de 2010 do IBGE, evidenciam o lugar ocupado por essas

<sup>20</sup> Fonte: <https://ponte.org/violencia-afeta-saude-mental-de-1-3-dos-moradores-da-mare-no-rio-revela-estudo/>

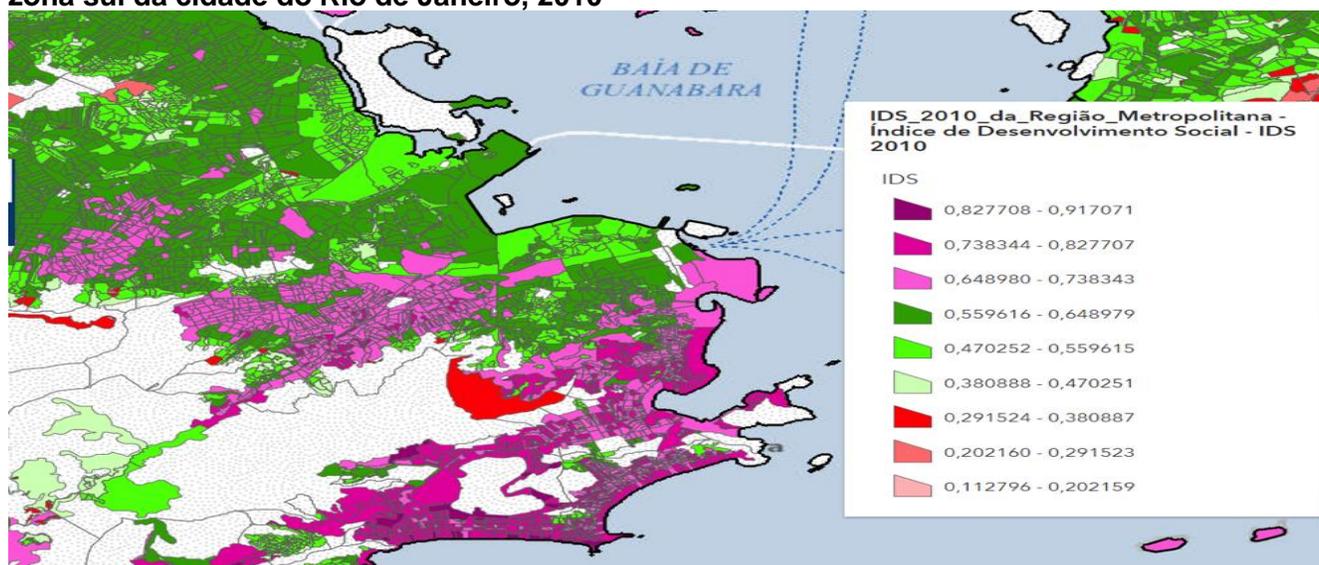
<sup>21</sup> Conforme relata o boletim Radar Favela – Covid 19, nº 14, o Supremo Tribunal Federal deverá julgar em breve a ADPF 635, apelidada de ADPF das favelas. Considerado pelo Ministro Fachin como o mais importante da história do STF, vai de encontro e diversas demandas de diversos movimentos sociais para reduzir o impacto de operações policiais nas favelas.

<sup>22</sup> Indicadores: 1. Percentagem de domicílios particulares permanentes ligados à rede geral de distribuição; 2. Percentagem de domicílios particulares permanentes ligados à rede geral de esgoto ou pluvial; 3. Percentagem de domicílios particulares permanentes com lixo coletado diretamente por serviço de limpeza ou colocado em caçamba de serviço de limpeza; 4. Número médio de banheiros por morador; 5. Percentagem de analfabetismo de moradores de 10 a 14 anos; 6. Rendimento médio do responsável pelo domicílio em salário mínimo de 2010; 7. Percentagem de domicílios particulares, com rendimento do responsável até 2 salários mínimos de 2010; 8. Percentagem de domicílios particulares, com rendimento do responsável igual ou maior que 10 salários mínimos de 2010.

comunidades na paisagem urbana, com valores abaixo de 0,5 para ambos os complexos, em oposição a valores acima de 0,9 em parcelas da Zona Sul da cidade.

Não é por acaso, que doenças tidas como associadas à pobreza se manifestam de forma acentuada nos territórios vulnerabilizados. Como exemplo, matéria do Radar Favela – Covid-19, edição 13<sup>23</sup>, traz como destaque o avanço da tuberculose, em associação com a ampliação de pessoas em situação de insegurança alimentar. Em 2020 foram registrados 59 casos no bairro e de janeiro a agosto de 2021 haviam sido registrados 38 casos. Adicionalmente, observa-se uma redução da taxa de alta por cura com aumento proporcional de abandonos, o que está parcialmente associado ao foco prioritário ao combate da Covid-19 e à desestruturação de equipes no período da pandemia, com afastamento de profissionais que fazem parte de grupos de risco. Manguinhos é citado apenas como um exemplo de uma situação que se estende por todas as comunidades vulnerabilizadas do Rio de Janeiro, o que contribui para que a cidade esteja no topo do ranking nacional com uma taxa de incidência de 93,7 por 100mil habitantes em 2019. E essa média da cidade é puxada pela média em comunidades/bairros como Manguinhos, com taxa de 273,8, e Jacaré, com taxa de 485,1.

**Figura 11 - Índice de Desenvolvimento Social em bairros selecionados da zona norte, centro e zona sul da cidade do Rio de Janeiro, 2010**



Fonte: Data Rio (<https://www.data.rio/maps/PCRJ::índice-de-desenvolvimento-social-da-região-metropolitana-do-rio-de-janeiro-2010/explore>)

### 5.3. A Estrutura Produtivas em Maré e Manguinhos

Nesta seção busca-se traçar um panorama das atividades produtivas presentes nos complexos de Manguinhos e Maré. São consideradas, em primeiro lugar, as atividades do núcleo do Complexo

<sup>23</sup> <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/radar-covid-19-favela-13.pdf>

Econômico e Industrial da Saúde (CEIS). Em um segundo momento, são consideradas as atividades produtivas diretamente relacionadas ao CEIS. Por fim, é traçado um panorama amplo das atividades produtivas em geral, considerando, sobretudo, as potenciais interfaces que essas atividades podem ter com a área da saúde e sua influência sobre os determinantes sociais da saúde.

No escopo do CEIS, não se registra nas comunidades a presença de unidades produtivas relacionadas aos segmentos industriais do CEIS. Apenas, no seu entorno imediato, se registra as unidades vinculadas à Fiocruz, como Farmanguinhos e Bio-Manguinhos. Portanto, o foco recai sobre os segmentos de serviços vinculados ao CEIS nesses territórios.

Destacam-se as unidades básicas de saúde, porta de entrada do sistema de saúde e protagonista na atenção à saúde nestas comunidades. Duas unidades em Manguinhos, uma delas dentro da Fiocruz, e sete na Maré respondem pela cobertura da população na atenção básica, centrada na estratégia de saúde da família. Com o engajamento da ENSP/Fiocruz na gestão da saúde básica em Manguinhos desde meados do século XX (detalhado na próxima seção), logrou-se atingir uma cobertura de 100% da população pelas equipes de saúde da família.<sup>24</sup> Manguinhos também abriga um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o Centro de Assistência Psicossocial Carlos Augusto da Silva (Magal) e uma Equipe de Consultório na Rua (ECR). Os dois territórios também contam com duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), uma em Manguinhos e uma na Maré.

No que se refere a Hospitais e Clínicas, as unidades de referência se encontram no entorno dos dois complexos. Embora não estejam disponíveis dados de internações por hospital e bairro de residência, é possível traçar uma perspectiva dos hospitais de referência para a população dos dois complexos a partir de dados de autorização de internação hospitalar para as unidades que atendem ao SUS na área de Planejamento 3.1 (Tabela 12). Dentre as unidades com AIHs aprovadas pelo SUS no período de julho de 2020 a junho de 2021, destacam-se no entorno imediato dos dois complexos o Hospital Federal de Bonsucesso, o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ), Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (CCS-UFRJ) e o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (Fiocruz).

No mais, parte do acesso a serviços de média e alta complexidade por parte desta população se dá junto a hospitais e clínicas particulares, com destaque para clínicas populares. De forma não exaustiva, podem ser citados como exemplos de estabelecimentos no entorno imediato dos

---

<sup>24</sup> Já no Censo da Maré: “Os resultados revelam certa discrepância de cobertura entre os territórios: segundo os moradores entrevistados, enquanto na Praia de Ramos, com 1.064 domicílios, a cobertura alcançara 76,6%, no Parque União, com 7.600, apenas 18,7% dos domicílios haviam sido visitados. De fato, a cobertura declarada só ultrapassou os 50% em quatro das 16 localidades: Marcílio Dias (64,8%), Conjunto Bento Ribeiro Dantas (57,7%) e Morro do Timbau (54,8%), além da já citada Praia de Ramos. Esses dados indicam que, apesar da presença de vários equipamentos, a atenção primária ainda não é uma realidade na vida da maioria dos moradores” (p. 88).

complexos estudos a Clínica Popular - Dr. Bem Estar (Maré), Memorial Bonsucesso, Casa de Saúde e Maternidade Irajá (Bonsucesso), Clínica Nova Guanabara (Ramos), ProntoBaby (Ramos), entre outros.

**Tabela 15 - Autorizações de Internação Hospitalar aprovadas na área de planejamento 3.1 da cidade do Rio de Janeiro no período de Julho de 2020 a Junho de 2021**

Hospitais	Bairro	AIH - aprovadas - Jul/2020-Jun/2021
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Fiocruz	Manguinhos	618
Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto	Galeão	1.506
Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira - CCS/UFRJ	Cidade Universitária	1.977
Hospital Mário Kroeff	Penha Circular	2.572
Hospital Municipal Evandro Freire	Portuguesa	3.645
Hospital Federal de Bonsucesso	Bonsucesso	6.538
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ	Cidade Universitária	6.562
Hospital Estadual Getúlio Vargas	Penha	14.343

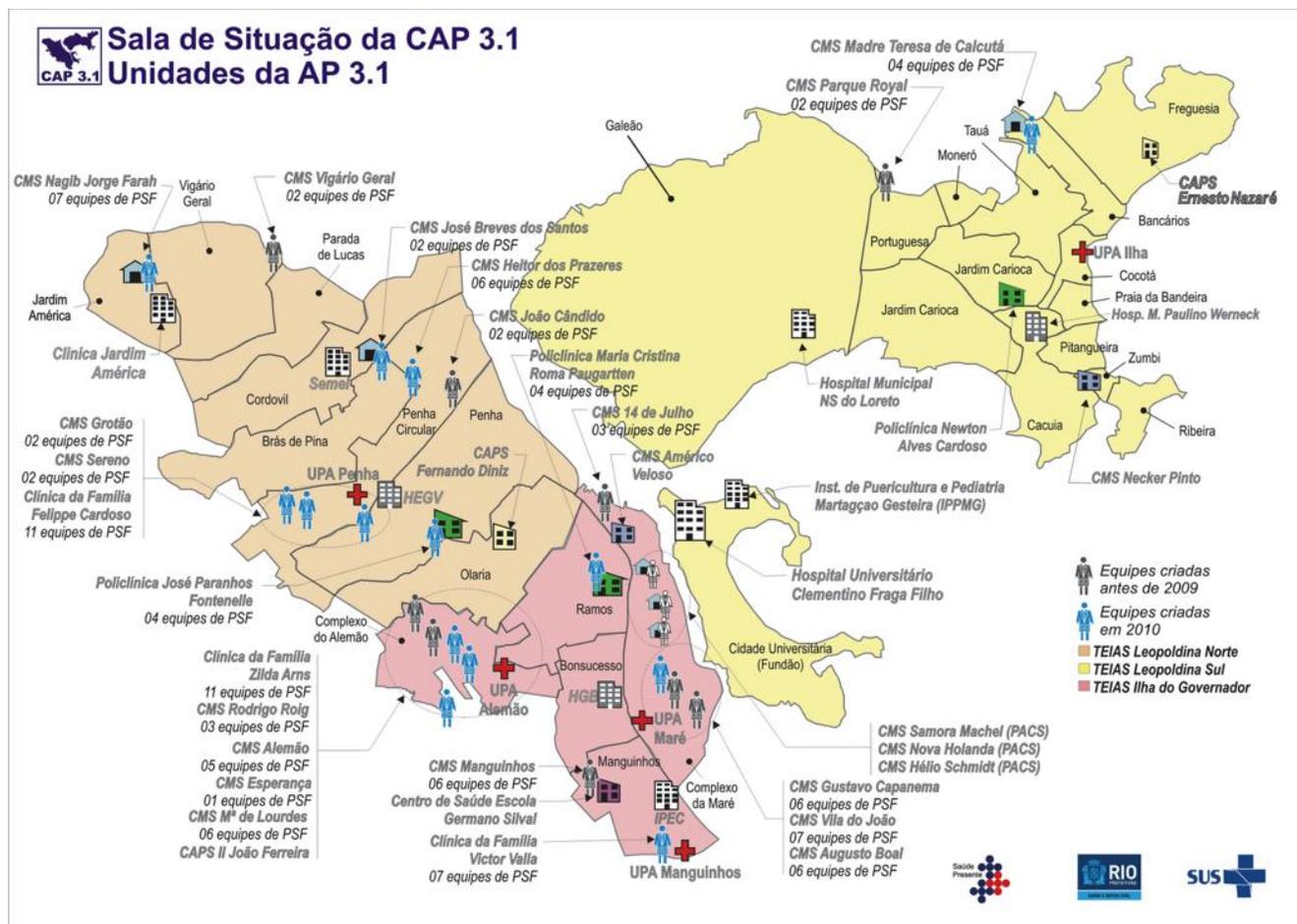
Fonte: Datasus/MS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A Figura 12 apresenta um panorama das unidades de saúde presentes na área de planejamento 3.1, destacando-se na parcela inferior os bairros de Manguinhos, Maré, Bonsucesso, Ramos e Cidade Universitária. As duas Unidades Básicas de Saúde de Manguinhos são a CF Victor Valla e a CMS Manguinhos - no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. No que se refere à Maré, o mapa se encontra desatualizado, sendo as UBSs do bairro: CMS Américo Veloso; CMS Vila do João; CF Adib Jatene; CF Augusto Boal; CF Jeremias Moraes da Silva; CF Diniz Batista dos Santos; CMS João Candido (Kelson).

Por fim, é importante construir um panorama amplo das atividades produtivas dos dois complexos, tendo em vista as oportunidades que podem ser exploradas de mobilização dessas a partir das atividades de saúde e sua potencial contribuição para a saúde nos territórios em sentido amplo, na medida em que possuam impacto relevante sobre os determinantes sociais da saúde.

Uma dimensão que se notabiliza é a predominância dos setores de serviços e comércio em Manguinhos e na Maré. Os dados abaixo, retirados do aplicativo Bairros Cariocas do Instituto Pereira Passos, mostram que os respectivos setores são os que mais movimentam o mercado de trabalho: em serviços, são 73,44% da população empregada na Maré e 73,00% em Manguinhos; o comércio, por sua vez, emprega 22,91% e 15,01% dos trabalhadores nas respectivas comunidades.

Figura 12 - Unidades de saúde da área de planejamento 3.1 da Cidade do Rio de Janeiro



Fonte: Blog da AP 3.1 (<http://cap31.blogspot.com>)

Tabela 16 - Postos de trabalho por setor nos bairros de Manguinhos e Maré, 2019 (%)

Unidade Territorial	Extrativa mineral	Indústria de transformação	Serviços industriais de utilidade pública	Construção civil	Comércio	Serviços	Administração pública direta e autárquica	Agricultura, silvicultura, criação de animais e extrativismo vegetal	Total
Maré	0,00%	3,44%	0,00%	0,20%	22,91%	73,44%	0,00%	0,00%	100,00%
Manguinhos	0,00%	2,79%	0,02%	0,45%	15,01%	73,00%	8,73%	0,00%	100,00%

Fonte: Instituto Pereira Passos (2021)

Aqui, cabe trazer a contribuição do Censo da Maré (2019), que trouxe um maior detalhamento dos empreendimentos em seu conjunto de favelas, com a construção do Censo de Empreendimentos da Maré. O estudo, um subproduto do Censo da Maré, foi responsável por mapear os estabelecimentos com fins lucrativos, identificando 3.182 empreendimentos em toda a Maré, sendo 2.953 unidades

comerciais ou atividades empreendedoras individuais (92,8% do total). Segundo estimativa resultante do Censo da Maré, eram 9.371 pessoas ocupadas pelos comércios e serviços pesquisados, sendo 76,4% moradoras da Maré. Além disso, 63,9% dos empreendimentos com mais de um trabalhador empregam seus próprios parentes e 93,4% do total empregam moradores da Maré (Redes da Maré, 2019).

Segundo a pesquisa, as atividades mais frequentes na Maré pertencem aos setores de comércio e serviços, com menos de 1,0% referente à atividade industrial. Um dos principais fatores para a pouca relevância da atividade industrial pode ser explicado pela crise econômica a partir da década de 1980, que afetou significativamente a economia fluminense e o aumento do custo do uso do solo próximo ao centro da cidade; na Maré, ainda que as áreas internas à comunidade tivessem desvalorizado com o aumento da criminalidade, às margens da Avenida Brasil o território seguiu valorizado diante da abertura de vias expressas na cidade (Redes da Maré, 2014).

Atendendo, majoritariamente, às demandas de consumo de sua população, além de proporcionar alternativas de renda e trabalho, emergiram diversas atividades no interior das comunidades. A tabela a seguir resume as principais atividades, que se formam, principalmente, em torno da sociabilidade, com destaque para bares e espaços de beleza e estética, em que o elemento social é uma das principais características. É interessante apontar que, ao se fazer o recorte de gênero, as mulheres figuram como as principais donas desses empreendimentos de beleza, por exemplo, o que mostra uma ascensão das mulheres na geração de renda própria.

**Tabela 17 - Total de empreendimentos por setores no Complexo da Maré (%)**

Setor de Atividade	Total de empreendimentos pesquisados	(%)
Comércio	1948	65,97%
Serviços	983	33,29%
Indústria	22	0,75%
Total	2953	100,00%

Fonte: Censo da Maré (2019)

Outra dimensão que se destaca ao falar da economia da Maré é a questão da informalidade; 75,6% dos empreendimentos pesquisados foram caracterizados como não formalizados, enquanto apenas 23,7% eram formalizados. Contudo, apesar desse alto grau de informalização, o estudo mostrou que 47,7% dos empreendedores afirmaram não terem a intenção e nem realizaram tentativas de formalização de seus negócios, enquanto 33,8% têm intenção, mas nunca tentou e 14,6% têm intenção e tentou. Diante desse quadro, o Censo de Empreendimentos Maré (Redes da Maré, 2014)

destacou três principais causas para o desestímulo à formalização: (i) por serem empreendimentos centrados no consumo interno das favelas, a formalização parece não afetar o desenvolvimento da atividade, visto que não existe a demanda por parte dos moradores, não há impedimentos à aquisição das mercadorias nem cobrança por órgãos estatais; além disso, as exigências para a formalização, como padrões de segurança e sanitários ou licenças específicas de órgãos fiscalizadores, não estão de acordo com a estrutura existente ou acessível para o empreendedor, o que poderia até mesmo limitar a diversificação de serviços e produtos oferecidos; (ii) as barreiras causadas pela significativa burocratização dos processos de formalização; e, por fim, (iii) a estrutura dos empreendimentos dificulta sua formalização, visto que há predominância da produção em pequena escala, quase inexistência da separação entre capital e o trabalho, baixa capacidade de acumulação de capital e instabilidade de empregos e renda, entre outros. Aqueles que buscam a formalização, por sua vez, apontam que há significativa concorrência por parte dos informais, visto que esses operam com menores custos.

Do outro lado, um dos desafios destacados como de menor relevância foi o acesso dos clientes ao local do estabelecimento (68,2%), ainda que a possibilidade de atendimento domiciliar seja realidade em 26,9% dos estabelecimentos. O acesso físico aos estabelecimentos pode ser facilitado pela própria topografia plana observada em boa parte da Maré, além de diversas vias que permitem o deslocamento de ponta a ponta e da Avenida Brasil, que passa por todo o seu território. Contudo, o estudo aponta que a existência de grupos criminosos rivais cria restrições à mobilidade de seus moradores. Além da questão da violência, o estudo destaca que não há significativas trocas entre o comércio e serviços da Maré e bairros vizinhos, também pela baixa especialização de seu comércio e pelo estigma em relação às favelas e seus moradores.

Infelizmente não estão disponíveis dados similares para o complexo de Manguinhos. Contudo, referências específicas a atividades produtivas revelam o potencial existente nas diversas comunidades. Esse potencial se articula tanto mais com o desafio da saúde nesses territórios, quanto mais partirmos de uma perspectiva ampliada do Complexo Econômico e Industrial da Saúde, considerando também os vários encadeamentos potenciais e serviços auxiliares.

Em primeiro lugar, destaca-se a horta comunitária estabelecida em Manguinhos, mais especificamente entre o Parque João Goulart e o CHP2. A horta foi constituída em 2013 no terreno sob linhas de alta tensão elétrica, onde não seria possível estabelecer edificações e onde existia antes uma “cracolândia”. A iniciativa conta com apoio financeiro da prefeitura da cidade no escopo do programa Hortas Cariocas. São empregados 21 trabalhadores, que recebem uma bolsa auxílio da prefeitura para se dedicarem aos cuidados à horta, sendo a grande maioria de moradores locais. Estimativas sugerem uma produção mensal de cerca de 2 toneladas de alimentos, livres de agrotóxicos, os quais são comercializados no Ceasa, em barracas de feiras livres e doados a famílias

da comunidade<sup>25</sup>. Todo o dinheiro obtido com a comercialização é repartido entre os trabalhadores envolvidos. Desta forma, essa é considerada a maior horta comunitária urbana da América Latina.

O programa Hortas Cariocas, da prefeitura, apoia 49 hortas urbanas em áreas de vulnerabilidade social. Em 2019 o projeto recebeu o prêmio da conferência Pacto de Milão sobre Política de Alimentação Urbana, organizado pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e, em 2020, o programa foi incluído na lista da ONU de projetos que contribuem para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs)<sup>26</sup>.

Durante a pandemia do Covid-19, a prefeitura orientou as 49 unidades apoiadas a doarem toda a produção de alimentos para as famílias de baixa renda e que enfrentavam situação de insegurança alimentar.

**Tabela 18 - Horta Comunitária de Manguinhos**



<sup>25</sup> <https://ciclovivo.com.br/mao-na-massa/horta/manguinhos-maior-horta-comunitaria-america-latina/>

<sup>26</sup> <https://www.dw.com/pt-br/uma-horta-que-muda-vidas/a-58194269>

Fonte: <https://www.dw.com/pt-br/uma-horta-que-muda-vidas/a-58194269> e <https://ciclovivo.com.br/mao-na-massa/horta/manguinhos-maior-horta-comunitaria-america-latina/>

Em segundo lugar, destaca-se a iniciativa mobilizada por Bio-Manguinhos junto a um grupo de costureiras, remanescentes da Cooperativa dos Trabalhadores Autônomos do Complexo de Manguinhos (importante iniciativa que é detalhada no próximo capítulo). O Projeto intitulado Costurando em Manguinhos, da Comissão de Responsabilidade Socioambiental de Bio-Manguinhos (Somar), mobilizou um grupo de oito costureiras do Parque Carlos Chagas, conhecidas como as “Costureiras da Varginha” para a produção de sapatilhas descartáveis em TNT e fornecimento para o próprio Bio-Manguinhos. O projeto iniciou em 2013, sendo acompanhado pela Coordenação de Cooperação Social da Fiocruz, e contou com apoio do Núcleo de Apoio ao Empreendedor da Universidade Augusto Motta (Unisuam) e com a oferta de oficinas de capacitação em TNT por dois colaboradores de Bio-Manguinhos.<sup>27</sup>

Em matéria de 23 de dezembro de 2015<sup>28</sup>, constava que haviam sido capacitadas, até aquela data, 58 aprendizes e que, de julho de 2014 a dezembro de 2015, o grupo havia entregado 237,5 mil pares de sapatilhas descartáveis para Bio-Manguinhos. O material foi utilizado nos laboratórios da unidade, sendo sua qualidade reconhecida pela diretoria de Bio-Manguinhos, sugerindo ser o material de qualidade de acabamento superior ao que se encontra no mercado e indicando o potencial de uma articulação perene para a aquisição de sapatilhas e outros materiais feitos em TNT, como toucas e máscaras.

**Figura 13 - Costureiras mobilizadas no projeto Costurando em Manguinhos para a produção de sapatilhas descartáveis para Bio-Manguinhos**



<sup>27</sup> <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/772-costurando-oportunidades>.

<sup>28</sup> <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1121-projeto-costurando-em-manguinhos-entrega-240-mil-pares-de-sapatilhas-descartaveis>.



Fonte: <https://edioldfm.wordpress.com/2014/05/07/a-costura-que-une-historias/amp/>;  
<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/772-costurando-oportunidades>;  
<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/component/content/article?id=608:costurando-solidariedade>

Não há registros mais atuais publicados que permitam detalhar como a iniciativa evoluiu e se ainda existe alguma articulação entre o grupo de costureiras e a Fiocruz. Contudo, a iniciativa evidencia o amplo potencial de articulação de organizações do CEIS com estruturas produtivas existentes dentro das comunidades. Especialmente no contexto da pandemia, a mobilização de costureiras capacitadas a trabalharem com material TNT seria de grande importância para a produção de EPIs.

De fato, diversas iniciativas, detalhadas abaixo, mobilizaram costureiras dentro de ambas as comunidades para a produção de máscaras de tecido e máscaras descartáveis, contribuindo para a geração de renda das costureiras e capacitando-as na produção de produtos que possuem demanda perene no escopo do sistema de saúde.

Na mesma linha, há amplo potencial de articulação da produção de alimentos saudáveis, livres de agrotóxicos, com a provisão de alimentação dentro de unidades hospitalares. A alimentação hospitalar é cada vez mais entendida como parte essencial do processo de cura. E em sentido mais amplo, a alimentação saudável contribui para a mitigação dos riscos de adoecimento.

Em suma, os dados e experiências discutidos acima sugerem que existem nichos de menor escala de produção e complexidade tecnológica que permitem a articulação do CEIS com estruturas produtivas dentro das comunidades. E, em sentido mais amplo, a geração de renda, a capacitação e alimentação saudável impactam diretamente sobre diversos determinantes sociais da saúde, contribuindo para a qualidade de vida dos moradores.

Por outro lado, fica evidente a baixa capacidade atual de esses territórios proverem trabalho e fonte de renda para parcela relevante de sua população. Os menos de 10 mil postos de trabalho captados pelo Censo da Maré, ante os cerca de 140 mil habitantes atuais, deixam isto bem claro. Em grande medida, a renda dos moradores é gerada externamente e o consumo também se realiza para fora do território, fazendo com que parcela substancial da renda seja “vazada”. Experiências baseadas em mecanismos como os de moedas sociais e bancos comunitários já se mostraram muito bem-

sucedidos em promover o adensamento de atividades produtivas dentro das comunidades que os adotaram.

## **6. Perspectiva histórica de iniciativas na área da saúde em Maré e Manguinhos**

### **6.1. Iniciativas em saúde em perspectiva histórica**

Após uma breve análise das questões e condições de criação dos dois complexos cariocas, faz sentido olhar para o apanhado de políticas públicas direcionadas à saúde da população local. Cabe notar que ambos os complexos só foram reconhecidos pelo sistema de planejamento urbano municipal da década de 1980 em diante. Para além da análise da consolidação do território feita por uma perspectiva cronológica, faz sentido que as crises sanitárias e endêmicas do Rio de Janeiro também sejam revisadas. Assim, destacam-se alguns marcos ou questões recorrentes desde os anos 1980: a eclosão dos casos da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) - causado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) -, o surto de dengue, zika e chikungunya - doenças virais transmitidas pelo mosquito *aedes aegypti* -, a gripe H1N1, os casos de tuberculose, as chuvas típicas do verão carioca que aumentam o número de vetores transmissores de doenças e, por fim, a pandemia do Covid-19.

Com esses desafios em mente, pode-se analisar as políticas aplicadas pelas esferas governamental, municipal e estadual e não governamental nos complexos da Maré e de Manguinhos. Obviamente, existem muitos outros pontos ou estudos de caso que poderiam ser citados, no entanto, os que estão acima são alguns dos quais tangenciamos ao longo desta revisão bibliográfica. Por fim, antes de adentrar a análise, é importante informar que os conteúdos apresentados foram expostos por ordem cronológica de publicação, podendo ir e voltar em temas similares, mas com alguns anos de diferença, o que só reforça a manutenção de problemas sistêmicos.

Com o surgimento das favelas, problemas estruturais eclodiram e, historicamente, mulheres e crianças fazem parte dos grupos marginalizados. Assim, em 1984, se estabeleceu a iniciativa do agente comunitário de saúde pública na comunidade de Manguinhos que atua no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança. Com o objetivo de olhar e zelar pela atenção primária à saúde, os agentes atuavam como médicos da família em um modelo que incluía visitas contínuas a domicílios, acompanhamento de mulheres gestantes com rotinas de pré-natal e crianças ao longo dos anos marcados pelas principais fases do desenvolvimento infantil (GIFFIN; SHIRAKAWA, 1989, p.24).

Ao saltar alguns anos em direção aos anos 2000, as crises de saúde começam a ser acompanhadas por questões específicas, como foi o caso da dengue. Com a Fiocruz localizada no território de Manguinhos e, conseqüentemente, em uma região próxima ao complexo da Maré, pode-se destacar os esforços da instituição em mapear possíveis intervenções e informações a partir de pesquisas feitas com as populações locais. Nesse mesmo período, um estudo promovido pela mesma mostrou

as consequências e implicações da dengue em uma amostra da área urbana favelizada do Rio de Janeiro. Com a aplicação de um questionário nos dois complexos, foi possível identificar que os principais fatores do crescimento da doença estavam ligados à interpretação feita pela população local das informações veiculadas pelas campanhas de saúde pública. Logo, compreendeu-se que as contínuas práticas de proliferação dos mosquitos estavam vinculadas não apenas, mas também, a uma comunicação que não comunicava de forma clara a mensagem que deveria ser transmitida à população. Nesse contexto, já é possível encontrar um padrão que se repetirá ao longo de diversos casos: políticas públicas que não investem em uma comunicação clara e específica não possuem resultados tão eficientes quanto as que levam em consideração esse fator (LENZI et al., 2000, p.854). Outro ponto que representa um padrão e que não deixa de ser uma consequência da situação descrita acima é que quando as esferas públicas falham em comunicar e cuidar, a população local mobiliza os seus em busca de uma organização e combate, como foi o caso da pandemia de Covid-19. Dessa forma, relatos revelaram que a mobilização popular, no caso da dengue, evidenciava que questões de saneamento básico precário na região impactavam diretamente na vida e saúde dos moradores. Por exemplo, em locais onde o abastecimento de água era muito baixo, moradores necessitavam de um reservatório domiciliar, que apesar de essencial para suas rotinas diárias, acabava por se tornar um foco de dengue (LENZI et al., 2000, p.851).

A maior vulnerabilidade social diretamente ligada às atitudes frente à doença, é a pouca escolaridade da população, que dificulta a compreensão do processo como um todo, desde a etiologia, passando pela sintomatologia e indo até as ações de controle (LENZI, 2008, p. 10).

Portanto, chega-se ao questionamento inicial: a saúde é um conjunto de fatores do ecossistema, o que também envolve gênero, saúde reprodutiva e vida cotidiana. Por essa perspectiva, duas iniciativas iniciadas nos anos 2000 valem a pena serem referenciadas. A primeira se trata do Projeto Bom Dia Maré Caminhada, um projeto de caminhada conjunta para idosos ou pessoas acima de 50 anos no território da favela da Maré, no qual se descobriu que boa parte dos moradores não desenvolviam o hábito de se exercitar pelas ruas da região por receio da violência local (SANTOS, 2004).

Em função da violência, muitos idosos sentiam receios de deixar suas casas para a prática de atividade física, o que gerou o Programa Professor de Educação Física em Casa, um substrato do Projeto Bom Dia Maré Caminhada. Neste projeto o professor visitava os alunos e outros idosos da comunidade, orientando sobre atividade física, saúde, medidas profiláticas de estilo de vida e práticas profiláticas de atividades da vida diária. A recomendação também se estendia a outros membros da família dos idosos e orientavam a inserção no programa mestre (SANTOS, p. 3, 2004).

Assim, o projeto nasceu de uma iniciativa popular e de alguns indivíduos da comunidade. Pouco a pouco, o movimento foi ganhando espaço e atenção da esfera de gestão pública com a alocação de educadores físicos para apoio dos participantes.

O segundo ponto relevante foi a "Pesquisa da vida cotidiana com moradores da Maré acerca dos temas: gênero, saúde reprodutiva, família, trabalho etc.". Nesta pesquisa, foi possível compreender e mapear questões de gênero latentes entre os jovens moradores da Maré, a qual concluiu que desde muito cedo a "vida na favela" torna-se uma questão em termos de direitos e liberdades básicas que afetam os indivíduos ao longo de todas as suas vidas:

[...] como podemos nos restringir ao debate sobre identidades de gênero, sexualidade e saúde reprodutiva sem associar e interligar essas questões aos direitos a uma vida digna, ou sem questionar uma sociedade que exclui esse contingente da população jovem do acesso a direitos elementares, como o "direito de ir e vir" (BARBOSA; GIFFIN, 2000, p. 550).

Novamente, a saúde engloba a problemática da favela e o estigma da precariedade, violência e um ambiente que para a sociedade em geral representa uma lógica de exclusão e não inclusão.

Entre os anos de 2000 e 2002, foram registrados 290 casos de tuberculose na população de Manguinhos, sendo o Rio de Janeiro o município de maior incidência da doença no mesmo período. Apesar do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) existir e atuar na região em conjunto com o Programa de Saúde da Família, exatamente no ano de 2001, o programa foi desativado devido à violência relacionada ao crime organizado na região. Mais uma vez, a população teve sua saúde afetada e posta em segundo plano devido a um problema conjuntural. Portanto, apesar dos anos seguintes terem sido marcados por uma retomada do projeto e um declínio de casos, os casos de tuberculose continuaram a surgir e o serviço de saúde local não foi o suficiente para extinguir a doença que, no primeiro semestre de 2019, apresentou a maior taxa de incidência dos últimos 10 anos na região metropolitana do Rio de Janeiro (SES/RJ, 2019).

Em 2009, outro projeto se destacou na comunidade da Maré: o Projeto Adolescentro, que buscou articular jovens da Maré em uma trajetória de promotores da saúde na comunidade. Foi uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), através do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) e realizada em parceria com a organização da sociedade civil "Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré" (CEASM). A metodologia principal se centra em um processo pedagógico de formação para a participação, em que o jovem se envolve em ações concretas de transformação do seu entorno social junto com adultos que atuam como facilitadores. O ponto de partida do projeto buscava refletir como jovens de um contexto social de vulnerabilidade tinham aspectos das suas vidas como: escolarização, família, trabalho, saúde, violência, participação social, sonhos, e percepções afetadas pelo Adolescentro. Apesar de os resultados terem sido mais qualitativos e em uma quantidade pequena de jovens, a iniciativa mostrou que é preciso trazer os jovens para perto de um contexto de ações sociais inclusivas. De forma mais ampla, essa experiência se soma a muitas outras que têm como eixo a mobilização dos moradores, auxiliando-os a se estabelecerem ou reforçarem seu papel como promotores ativos da saúde dentro da comunidade (BOGHOSSIAN, 2009).

Essa construção de pontes e potencialização das vozes da própria comunidade rebate no sucesso de experiências como as recentes de combate à pandemia da Covid-19 em que a capacidade de organização, mobilização e comunicação da própria comunidade têm se mostrado decisivos, em um primeiro momento para colocar em andamento iniciativas e mobilizar o poder público para colaborar, em um segundo momento, para conferir aderência, alcance e operacionalidade às iniciativas conjuntas. Na medida em que contribuem para identificar as necessidades e desafios da população, esses atores comunitários também se constituem como elos importantes do território cognitivo, gerando conhecimento fundamental para uma atuação adequada das políticas de saúde por meio do enraizamento e conhecimento de suas próprias comunidades.

Talvez a experiência mais relevante foi a do TEIAS-Manguinhos, um projeto de cogestão apresentado pela Fundação Oswaldo Cruz, o governo municipal e a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC) com o objetivo de oferecer a atenção primária à saúde seguindo os mesmos moldes das Estratégias de Saúde da Família à toda população de Manguinhos (PIVETTA; CARVALHO, 2012). Desde a criação da iniciativa, foram criados não apenas centros de atendimento à saúde, como a Unidade de Pronto Atendimento 24 horas em 2009 e Centro de Assistência Psicossocial Carlos Augusto da Silva (Magal) – CAPSII Magal, como também projetos complementares, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a Equipe de Consultório na Rua (ECR) e duas Academias Cariocas da Saúde e intensificação de ações de imunização da população local. Para além das iniciativas que se materializaram em grupos de trabalho ou unidades de atendimento, há também um braço do TEIAS que concentra esforços de pesquisa e sistematização de conhecimentos, onde os desafios e possibilidades de avanço na atenção básica foram analisados e propostos. Assim, o TEIAS-Escola Manguinhos trouxe à tona iniciativas que buscavam unir agentes da saúde e moradores locais. Um bom exemplo nesse caso foi o curso de gestão participativa em saúde:

Desde sua primeira reunião, em 2011, trabalhadores da Saúde, Gestores e representantes dos usuários divididos em segmentos (Negros, Mulheres, Juventude, Geração de Renda, etc.) vêm se reunindo – pelo menos – na última sexta-feira de cada mês para debater assuntos pertinentes ao território de Manguinhos, com uma ênfase na rede de Atenção Básica (ainda que exista uma UPA e um CAPS atuantes no território) (LIMA et al., 2021, p.31).

Dessa forma, o TEIAS se apresenta como um projeto que traz a população que é diretamente impactada pelos desafios regionais e, conseqüentemente, pelas políticas públicas propostas pelas esferas governamentais para dentro da discussão. Tal movimento possibilita que propostas mais reais e verdadeiramente relevantes sejam elaboradas.

O Comitê Gestor Intersetorial (CGI) de Manguinhos foi uma experiência local de gestão participativa da saúde consolidada em 2011. Na década anterior, muitas mudanças estruturais ocorreram, como as obras do PAC, a implantação das UPA e uma clara expansão das estratégias de saúde da família.

Nesse contexto, a equipe da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz, desenvolveu uma tecnologia social chamada “Governança do Território Saudável”, que agia a partir de três pilares: articulação intersetorial dos atores sociais; processos educativos horizontalizados e tecnologias de informação e comunicação. Dentro do eixo da articulação intersetorial, alguns processos de políticas públicas de saúde tomaram forma, reforçaram mensagens de educação sanitária e conscientizaram a população da importância do SUS, utilizando estratégias que articulavam forças entre atores sociais de diferentes setores, como: o fórum social de Manguinhos, a Fiocruz, o SUS, as secretarias de saúde e o município do Rio de Janeiro.

O exemplo mais concreto deste processo de articulação foi a luta pela implantação de uma unidade de saúde que atendesse usuários com transtornos pelo uso abusivo de álcool e outras drogas no território. Além disso, observou-se o incremento e o fortalecimento de parcerias por conta das mobilizações da equipe do projeto (LIMA et al, 2021, p. 83).

A gestão participativa, nos moldes propostos no âmbito do Conselho Gestor Intersectorial (CGI), deve agir no sentido de reverter o *modus operandi* que não escuta e nem dialoga com quem deve ser ouvido. Conforme discutido na última seção, identifica-se no fortalecimento de efetivas esferas de representação e participação da comunidade um eixo fundamental para a melhor gestão e enraizamento local das políticas públicas, destacadamente a atenção à saúde.

Em suma, muitas ações, iniciativas e projetos iniciaram-se no começo dos anos 2000 e reverberaram na década seguinte, seja com a ampliação dos investimentos ou com o retrocesso em forma de sucateamento ou falta de apoio das esferas públicas.

## **6.2. Apoio ao desenvolvimento socioeconômico**

A Fundação Oswaldo Cruz vem desempenhando um trabalho ativo há décadas de assistência e apoio à comunidade adjacente. As iniciativas nesse escopo transcendem em muito uma atuação diretamente limitada à promoção e serviços de saúde, explorando caminhos de contribuição para o desenvolvimento desses territórios em sentido amplo. De forma não exaustiva, são destacadas, na sequência, duas iniciativas que se notabilizam por sua relevância prática enquanto experiência concreta e enquanto referencial para uma promoção sistêmica do desenvolvimento em território vulnerável.

Iniciativas de inclusão muitas vezes passam pelo desenvolvimento territorial em termos de saneamento, saúde e moradia, mas é preciso lembrar que o desenvolvimento também envolve a educação, a cultura e o lazer. Pensando nisso, o "Teatro de Favela" foi proposto pela Fiocruz em 1966. Em uma proposta fomentada pelo Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública, o Parque Carlos Chagas em Manguinhos abrigou um projeto de teatro. Ações de integração como essa influenciam diretamente na vida de quem habita o espaço.

Um dos primeiros projetos em cooperação social propostos pela FIOCRUZ foi a universidade aberta em 1993, que objetivava promover o desenvolvimento do complexo de Manguinhos a partir do diálogo entre grupos sociais da comunidade e entidades públicas. Dessa união surgiu o "Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida", projeto que potencializava o compromisso de diversas esferas -pública, privada e do terceiro setor- com a responsabilidade social em busca de um desenvolvimento local que amplia a qualidade de vida dos habitantes do conjunto. Esse foi o pontapé inicial para a aproximação da fundação com as comunidades de Manguinhos. Para além do Ação Cidadania, a Universidade Aberta era composta, também, por 10 outros subprojetos que englobavam iniciativas sociais, econômicas, educacionais e culturais.

Em 1994, merece destaque a iniciativa da Cooperativa dos Trabalhadores Autônomos do Complexo de Manguinhos (Cootram), criada com apoio do "Projeto Articulado de Melhoria da Qualidade de Vida – Universidade Aberta", comandado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em novembro de 1994. A sua criação teve apoio de diversas unidades da Fiocruz, do Comitê de Entidades Públicas no Combate à Fome e pela Vida, do Banco do Brasil e da Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares (ITCP) da Coppe/UFRJ (Pinheiros, 2017).

Tal cooperativa foi um marco importante para a região, pois a partir de um convênio estabelecido em 1995 por órgãos públicos e a Fiocruz, foi possível proporcionar aos moradores oportunidades de emprego dentro das áreas de cooperação técnica de produção, de serviços e treinamento pessoal na própria fundação ou em áreas adjacentes<sup>29</sup>. Assim, essa oportunidade traduziu-se em trabalhos nas áreas de limpeza, jardinagem e manutenção predial, nas dependências da Fiocruz, por exemplo. Mas teve também como desdobramentos o apoio a criação das fábricas de costura, blocos de concreto, insul-film, bolsas, serviços de higienização de bibliotecas, produção de fraldas descartáveis. Mais além, a Cootram deu origem a atividades voltadas à promoção do desenvolvimento das comunidades de Manguinhos como um todo, como o Projeto Cultural e Social, que promovia cursos como o de limpeza ambiental e hospitalar e palestras sobre temas como cooperativismo, violência doméstica, cidadania, postura profissional, preconceito social e racial. A cooperativa também se engajou em diálogos com a Fiocruz e outras organizações para propor projetos de urbanização e melhoria das condições de infraestrutura de Manguinhos (Pinheiros, 2016).

A iniciativa, durante anos, obteve êxito. Se a cooperativa iniciou suas atividades, em 1994, com cerca de 140 cooperados, ela chegou a contar com 1200 cooperados em 2001, além de um significativo excedente em espera (Pinheiros, 2016). Infelizmente, os projetos tiveram suas atividades encerradas em 2005 devido a questões legais<sup>30</sup>, administrativas e institucionais.

---

<sup>29</sup> Convênio n ° 018/95, Acervo do Fundo Szachna Cynamon.

<sup>30</sup> O Tribunal de Contas da União (TCU) determinou o encerramento do vínculo da Cootram com a Fiocruz, por entender que a contratação não obedecia aos parâmetros estabelecidos pela lei de licitações.

O fim das atividades da Cootram foi ocasionado pela convergência de vários fatores, como: a exigência de sua participação em processos de licitação; a disputa pelo mercado de prestação de serviços; a falta de uma cultura cooperativista e indícios de influência do tráfico de drogas ilícitas em Manguinhos (PINHEIRO; 2017; p. 118).

Assim como o projeto da Universidade Aberta, o programa do Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS Manguinhos) em 1999 também foi uma iniciativa intersetorial com ênfase na geração de renda, políticas ambientais, educacionais e promoção da saúde. O programa reunia instituições de diferentes setores com o objetivo de estabelecer uma agenda prioritária para ações de promoção da saúde na região. Por exemplo, um dos entregáveis da iniciativa foi o Diagnóstico Rápido Participativo, em que o diagnóstico das principais demandas da população local vinha a partir de uma escuta ativa da comunidade. Outra entrega que buscou amplificar a voz dos moradores foi o Guia de Equipamentos e Iniciativas Sociais que mapeava e dava visibilidade a ações, projetos e serviços já existentes na região.

Meia década após o DLIS Manguinhos, um projeto focado na educação da população foi incubado: o Programa de Educação de Jovens e Adultos - PEJA. Fruto de uma parceria dos órgãos de educação com o apoio da FIOCRUZ, o PEJA apresentou uma proposta "transformadora, territorializada e crítica, irrigada por reflexões sobre as condições de vida no território onde os estudantes residem" (FIOCRUZ, p.31, 2020).

No que tange o problema da violência no território de Manguinhos, em 2004, a proposta da FIOCRUZ em cooperação com outras instituições foi a Agenda redutora da violência que propunha reuniões regulares para análise da violência estrutural sofrida pelos moradores no território, suas causas, impactos e, principalmente, caminhos possíveis para sua resolução e redução. Apesar de ainda existir um alto índice de violência no local em questão, vale destacar que essas reuniões da agenda prioritária conseguiram reunir mais de 50 organizações de diversas esferas para trabalhar em cima de um mesmo problema.

Em um salto temporal, o programa institucional Territórios Sustentáveis e Saudáveis (PITSS) constitui outra iniciativa, mais recente, da Fundação Oswaldo Cruz, que tem por objetivo promover o desenvolvimento territorial em perspectiva ampla. O projeto é coordenado pela Vice-presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS) da fundação e pela Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030 (EFA2030) desde maio de 2019 e atua de maneira a sistematizar experiências da instituição, articular ações, induzir e fomentar atividades nos territórios, buscando constitui-los como sustentáveis e saudáveis. O grupo de trabalho do programa conta com mais de 30 agentes de diferentes núcleos que preenchem a representatividade institucional necessária para que os temas possam ser tratados de forma sistêmica.

O programa institucional Territórios Sustentáveis e Saudáveis busca dar respostas a duas diretrizes: A primeira é a de fortalecer pesquisas e ações, bem como o desenvolvimento de tecnologias sociais e formações sociotécnicas com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais em redes cooperativas multidisciplinares, com ênfase na saúde urbana e ambiental de territórios em situação de vulnerabilidade. Já a segunda diretriz é a de buscar reforçar o papel da própria Fiocruz na análise de políticas públicas, ações sociais e sua forte interação com movimentos sociais que giram em torno dos temas saúde, educação, trabalho, meio ambiente e desenvolvimento, sob a perspectiva das diferenças e desigualdades regionais. Dessa forma, o PITSS é um programa voltado para a articulação e o fortalecimento de ações territorializadas que promovam saúde e sustentabilidade nos territórios, alinhado à diretriz de fortalecimento do SUS, da Agenda 2030 da ONU e dos objetivos de desenvolvimento sustentável.

Os conceitos de saúde, desenvolvimento e ambiente incorporam o tema ambiental à temática da saúde pública (PORTO, 2018). Sendo assim, em convergência com as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Agenda 2030 da ONU, o programa busca envolver agentes de diversas esferas na busca pela criação de territórios não apenas saudáveis, mas também sustentáveis. Uma das ações promovidas pela iniciativa foi o evento "Territórios Sustentáveis e Saudáveis: Estratégias da FIOCRUZ na promoção da saúde e sustentabilidade", promovido em parceria com o "Circuito Urbano", programa da ONU-Habitat. Nele foram debatidas as estratégias de promoção da saúde e da sustentabilidade junto às populações urbanas que se encontram em situação de vulnerabilidade socioambiental, principalmente, durante a crise da COVID-19.

Nesse sentido, o programa se apresenta como um marco para a Fundação Oswaldo Cruz, pois inaugura uma nova fase de desdobramentos de pesquisa e de apoio da instituição, todas referenciadas na proposta de trabalho do PITSS. Assim, a Rede Fiocruz de territórios saudáveis e sustentáveis passa a ser um núcleo de reflexões, debates, compartilhamentos de experiências territorializadas e, principalmente, consolidação de práticas e conhecimentos acerca dos territórios em questão. Conforme propõe o programa:

Para que um território produza saúde de forma sustentável devemos considerá-lo em suas várias potencialidades: como espaço de aprendizagem, de educação e de emancipação, conectando suas horizontalidades e verticalidades, para que essa aprendizagem local se conecte às potencialidades e constrangimentos à transformação impostos pelo modelo de desenvolvimento, e não o lugar como gerador único de problemas e de soluções. Esse pode ser um dispositivo poderoso para a aprendizagem significativa sobre a totalidade social, definindo uma pedagogia sobre o território vivido. Essa perspectiva possibilita uma aproximação com aquilo que se deseja conhecer, bem como de produzir conhecimento e aprendizagem a partir da realidade presente no território. A educação territorializada estabelece diálogo pedagógico com os sujeitos, poderes instituídos, cenários e situações presentes no território, estimulando uma importante relação de aprendizagem sobre a sustentabilidade e saúde dos territórios (Fiocruz, 2019, p. 22).

O programa se encontrava em fase de estruturação, para se estabelecer como grande eixo norteador da atuação da Fiocruz na promoção do desenvolvimento, quando do início da pandemia. Ao longo de 2020 e 2021 os avanços nessa agenda se dão de forma adaptada aos desafios trazidos pela pandemia. Destaca-se o edital Territórios Sustentáveis e Saudáveis no contexto da pandemia Covid-19, aprovando 13 projetos. Dentre eles, o projeto “O povo cuidando do povo. Identificar os desafios ao enfrentamento da Covid-19 em quatro territórios em situação de vulnerabilidade social no estado do Rio de Janeiro para potencializar estratégias da campanha Nós por Nós” tem como um dos territórios alvo o Complexo de Manguinhos. Inúmeros projetos foram considerados “recomendados”, mas não obtiveram recursos de apoio. Dentre eles, se destaca a proposta da ENSP intitulada “Big Data para informações e monitoramento de territórios sustentáveis pós-pandemia de Covid19”. Conforme argumentado na última seção, o avanço nessa perspectiva de uso de novas tecnologias de TICs na atenção primária é de extrema importância e urgência, tendo em vista os riscos de apropriação de narrativas e espaços por parte de iniciativas privadas desconectadas dos preceitos fundamentais do SUS.

Além dessas iniciativas mobilizadas ou apoiadas pela Fiocruz, cabe também ressaltar uma importante experiência de atuação sobre diferentes esferas do desenvolvimento local. O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) possuía como objetivo principal diminuir as desigualdades regionais durante o crescimento acelerado do país. Assim, obras de infraestrutura nas áreas de saneamento, habitação, transporte, energia e recursos hídricos etc. foram implementadas e, conseqüentemente, melhoraram parcialmente as condições de vida do ambiente local. Em Manguinhos, foram construídos 3 conjuntos habitacionais: D-SUP, Embratel e CCP que totalizaram mais de 1200 apartamentos na região (FERNANDES e COSTA; 2013). No entanto, vale destacar que apesar da iniciativa ter buscado melhorar a vida dos habitantes, obras malfeitas ou com erros estruturais trouxeram conseqüências na direção oposta aos progressos prometidos. É o caso de dois relatos de residentes de Manguinhos referentes às tubulações de esgoto e água potável (FIOCRUZ, 2016):

Segundo os moradores, não precisa chover para que o esgoto alague a Rua São José. Os problemas de entupimento e transbordamento da precária rede de esgoto implementada na São José são recorrentes. Tais problemas geram enormes transtornos cotidianos aos moradores, que têm que se encarregar de resolvê-los por conta própria, com o desentupimento e a limpeza da rede de esgoto (p.9). [...] Outro problema referido pelos moradores é o precário sistema de fornecimento de água potável. Houve um erro na instalação do sistema de abastecimento e, de alguma forma, a rede de esgoto existente contamina a água potável fornecida. Os moradores que têm condições financeiras compram água para o consumo de suas famílias. Tais condições expõem os moradores a diversos tipos de doença (p.10).

Em parte, a dinâmica e os impactos do PAC em Manguinhos estão relacionados a incapacidade de o poder público promover uma efetiva participação da população beneficiário nas decisões críticas referentes ao projeto. Conforme relata Trindade (2013):

Da mesma forma, normas do Ministério das Cidades, do governo estadual e municipal não foram suficientes para garantir que a população local participasse ativamente na definição da política pública de urbanização destinada àquela localidade e seu processo de implementação. O controle e a definição dos gastos públicos na implementação do PAC Manguinhos não passaram por referendo suficiente, ao nosso ver, ainda que duas audiências públicas tenham sido realizadas ainda no período anterior ao início das obras. A questão aqui é na forma de estruturação deste fórum que deveria ser entendido como instância de participação social. As audiências restringiram-se efetivamente a apresentação dos projetos previamente delineados com pouco espaço de tempo destinado ao debate (p. 5).

A autora destaca também que 40% dos recursos financeiros destinados ao Programa de Aceleração da comunidade de Manguinhos foram liberados sem que houvesse uma avaliação prévia daquilo que seria executado. A pressão das empreiteiras envolvidas teve um poder de controle muito maior do que as necessidades da população local. Portanto, é possível observar uma total inversão de papéis. As obras não acontecem “por causa de”, mas “apesar de”. Melhorias estruturais em territórios de vulnerabilidade deveriam ocorrer “por causa” das necessidades latentes de quem vive no local.

No contexto dessas necessidades de melhorias que deveriam levar em consideração a opinião dos moradores durante o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), nasce o do Conselho Comunitário de Manguinhos (CCM), uma iniciativa dentro da frente de "trabalho social" que buscava gerir os impactos das obras e promovendo ações de educação ambiental, participação social e geração de trabalho e renda. Assim, o conselho comunitário passou a ter seis áreas de ações regulares: saúde, esporte e lazer; educação e cultura; trabalho, renda e solidariedade, urbanismo e ambiente; comunicação e turismo; assistência social e direitos humanos.

Dentro do segmento de comunicação, é importante destacar a experiência virtuosa da Agência de Comunicação Comunitária de Manguinhos que teve sua origem na proposta do PAC, mas ganhou força em 2013 a partir da identificação de uma necessidade: ecoar as informações da e para região.

Para os moradores que participavam das discussões naquele grupo, estava nítida a necessidade de desenvolverem algum trabalho de comunicação local que encurtasse as distâncias e derrubasse os muros invisíveis que segregavam o bairro. Manguinhos é um território complexo, formado por muitas sub-localidades que historicamente pouco dialogavam entre si. Informações sobre o que acontecia em uma região do território dificilmente chegava ao conhecimento dos moradores das demais regiões do mesmo. A Agência seria um fio condutor para que se estabelecesse uma comunicação mais integrada no território. (FIOCRUZ, P. 93, 2021).

O projeto, em seu início, teve como foco a juventude da região, buscando jovens de 18 a 24 anos que tivessem interesse em ter a oportunidade e exercitar suas habilidades e potenciais dentro da comunicação. Nesse contexto, uma das principais premissas da agência foi a construção de conhecimento de forma compartilhada com o objetivo de solucionar questões sociais e déficits territoriais gerados, muitas vezes, pela vulnerabilidade regional. Apesar da iniciativa ter sido criada em 2013, a mesma merece destaque pela sua extrema importância durante a pandemia do COVID-19. No território de Manguinhos, a agência atuou em parceria com a FIOCRUZ, organizações não

governamentais e esferas públicas na missão de democratizar e facilitar o acesso à educação sanitária em meio à crise.

Como será visto na seção seguinte, muitas das sementes plantadas pela própria comunidade e com apoio de organizações como a Fiocruz ao longo das últimas décadas germinaram e estabeleceram as bases institucionais que permitiu a essas comunidades se organizarem e apresentarem respostas destacadas e eficientes no combate à pandemia da covid-19.

## **7. Iniciativas de Combate à Covid-19**

Após esse breve panorama de iniciativas voltadas para a saúde e para o desenvolvimento socioeconômico em sentido mais amplo, analisamos as repercussões da Covid-19 entre os anos de 2020 e 2021 nos dois territórios enfocados. Com a chegada da pandemia no Brasil e seu rápido alastramento, principalmente nos grandes centros urbanos, as favelas do Rio de Janeiro, o que abrange os complexos da Maré e Manguinhos, foram diretamente impactadas pelo despreparo mundial no enfrentamento da doença. Ao olhar para o alastramento da doença no Brasil, pode-se traçar uma linha do tempo com o *modus operandi* dos órgãos de saúde e suas condutas de enfrentamento da pandemia em cada fase.

Em um primeiro momento, o distanciamento social foi a principal forma de combater a pandemia, ou seja, as iniciativas no momento zero buscaram conscientizar a população e, visto que as mensagens veiculadas pelas esferas governamentais não eram suficientes ou tão esclarecedoras, boa parte desse apoio a conscientização foi fomentado pela própria população. Em um segundo momento, foi possível reparar que instituições se uniram a iniciativas populares e deram um maior fôlego com o apoio de recursos externos e articulações institucionais e puderam proporcionar uma assistência para além de ações de conscientização, como programas de testagem, auxílios em termos de alimentação, produtos de higiene, apoio médico e psicológico, entre muitos outros. Por fim, o ano de 2021 foi marcado pelo início da vacinação em massa da população e os desafios de comunicar a importância da vacina como um pacto coletivo em prol da saúde e a manutenção das medidas de apoio, comunicação e conscientização seguiram firmes.

Dito isto, vale ressaltar que uma das questões frequentemente apontadas nas favelas do Rio de Janeiro são seu alto grau de ocupação. Ao se tratar de uma doença altamente contagiosa por vias aéreas, visto que o distanciamento social foi recomendado desde o começo, foi possível intuir que uma região em que a "aglomeração" é uma constante na lógica de ocupação, as formas mais básicas e tradicionais de controle da pandemia enfrentaram obstáculos. Em entrevista ao "projeto #colabora",

iniciativa jornalística com foco em notícias sobre o meio ambiente e a sustentabilidade, Luiz Lourenço, geógrafo e professor de pré-vestibular comunitário na Maré, atesta o desafio<sup>31</sup>:

Na favela, a gente tem capacidade para transformar o nosso espaço e evitar epidemias? Não, não tem. E a covid-19 bota isso em evidência. O adensamento das casas é muito forte em algumas áreas. Por exemplo, no Parque União tem muita gente aglomerada em pouco espaço, e a infraestrutura não dá conta do saneamento, que é quase inexistente. Ao mesmo tempo, a arquitetura das casas não permite maior circulação de ar.

Não obstante os empecilhos no combate à pandemia, diversas iniciativas propostas por instituições como a FIOCRUZ, estratégias do governo municipal e, principalmente, a mobilização local foram importantes e valiosas para a população durante os quase dois anos vividos nessa situação. Dentre os projetos, destacam-se: o Radar Favela Covid-19, Unidos contra a Covid-19, Se liga no Corona, Boletim Territórios Sociais - Edição COVID-19, o Conexão Saúde: de olho na Covid, todos serão vistos a seguir. Essas iniciativas nasceram da mobilização dos diversos grupos organizados das próprias comunidades e lograram mobilizar a Fiocruz, o poder público municipal e diversas organizações de apoio. O apoio dessas organizações permitiu dar maior fôlego e alcance às iniciativas em curso. As iniciativas locais tiveram muita força no combate e na comunicação da educação sanitária como parte fundamental da educação popular local (MOREL, 2020).

Tanto o Radar Covid-19 Favelas quanto o Boletim Territórios Sociais - Edição Covid-19 foram informativos produzidos com o objetivo de informar a população sobre a situação da pandemia, trazer direcionamentos de prevenção, notícias e informações sobre as medidas tomadas pelas esferas públicas. Enquanto o Radar foi uma iniciativa criada pela Sala de Situação Covid-19 nas Favelas do Rio de Janeiro, vinculada ao Observatório Covid-19 da Fiocruz, o Boletim Territórios Sociais é um documento desenvolvido pelo município do Rio de Janeiro em parceria com o Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos. Apesar das propostas similares, pode-se destacar que o Radar Favela já conta com 10 edições, tendo sido a primeira em 31 de julho de 2020, e em suas publicações traz um olhar mais crítico da situação, evidenciando problemas, consequências reais e efeitos cascata de questões regionais. Ao mesmo tempo, o Boletim Territórios Sociais buscou evidenciar apenas as ações de impacto positivo iniciadas durante a pandemia, como o programa de entrega de cestas básicas de alimentação de territórios sociais, a doação de mais de 5 mil kits para

---

<sup>31</sup> Fonte: Na batalha por saúde, a Maré só conta com ela mesma. Projeto Colabora, 2020. Disponível em: < <https://projetcollabora.com.br/ods3/para-ter-saude-a-mare-so-conta-com-ela-mesma/> >. Acesso em: 07 de novembro de 2021.

higiene pessoal para idosos e outras ações conjuntas de doações como vacinações em domicílio para idosos e entregas de cestas básicas.<sup>32</sup>

Enfim, para tornar tangível a importância da ação dos coletivos locais no enfrentamento da pandemia, pode-se tomar como exemplo a iniciativa dos coletivos de comunicação MARÉ Vive, MARÉ 0800, AmarÉvê e a FIOCRUZ que se mobilizaram em uma ação conjunta chamada "Frente Maré" para ampliar o acesso a comunicação, a compreensão da pandemia e fomentar o debate acerca de como tem se estabelecido a educação em saúde no Brasil. Através de um financiamento coletivo<sup>33</sup> no site "Vakinha", os três coletivos se uniram com o objetivo de angariar fundos para alimentos e projetos de comunicação que vão além das mídias tradicionais, como áudios para rádios em postes, carros de som para circulação em ruas do complexo da maré, impressão e distribuição de cartazes em estabelecimentos comerciais, bares, associações e igrejas e por fim, mas não menos importante, vídeos e artes gráficas em parceria com profissionais de saúde para veiculação em redes sociais. Em casos como esse, é possível perceber a importância de um diálogo focado e uma comunicação adaptada com o objetivo da mensagem ser de fato passada. O financiamento coletivo tinha como objetivo arrecadar 80 mil reais, ao final do período de doações, obteve-se o equivalente a 89 mil reais doados por 659 contribuintes. Nas imagens abaixo é possível observar a equipe de voluntários da iniciativa em ação trabalhando na distribuição de kits de higiene pessoal e cestas básicas. Também no território de Manguinhos se destacam as iniciativas de comunicação e conscientização promovidas pela Agência de Comunicação de Manguinhos.

No site da Frente de Mobilização da Maré, foi possível observar a prestação de contas do ano de 2020 entre o período de 19 de março a 31 de agosto de 2020. No relatório, constatou-se que os recursos obtidos na primeira semana da "vaquinha" foram distribuídos entre produtos de higiene, organização da iniciativa e materiais de comunicação. Em termos de produtos de higiene foram distribuídos 1.110 kits de higiene/limpeza e 2 pulverizadores para higienização dos materiais doados. Já para a organização da iniciativa, o dinheiro usado foi utilizado para confecção de 100 camisas para a equipe Frente Maré, 300 máscaras e kits de EPIs para os voluntários e a cobertura de custos como aluguel de carro de som e logística de transporte para entrega das cestas, para a equipe e alimentação dos voluntários, caixas de álcool em gel e máscaras. Outra parte do financiamento foi utilizada para a produção de 4 mil cartazes, 40 faixas 3mx60cm e compra de 10 rolos de fitilho, fitas adesivas e tintas spray.

---

<sup>32</sup> Fonte: Boletim informativo: Territórios sociais durante a pandemia da COVID-19. TERRITÓRIOS SOCIAIS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19. Prefeitura do Rio, 2020. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/documents/91329/e4d072db-5de0-47a1-a0ca-82a4c42f09ad>>. Acesso em: 07 de novembro de 2021

<sup>33</sup> Vakinha. Complexo da Maré contra o Coronavírus, Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.vakinha.com.br/vaquinha/complexo-da-mare-contra-o-coronavirus>>. Acesso em: 15 Nov. 2021.

**Figura 14 - Equipe de voluntários da iniciativa Frente de Mobilização da Maré distribuindo as doações de financiamento coletivo**



Fonte: <https://www.frentemare.com/frente/prestacao-de-contas>

Por fim, vale destacar que o valor de 89 mil reais foi o valor final e não foi possível descobrir quanto foi arrecadado na primeira semana, no entanto, esses são os dados disponíveis na prestação de contas do site da Frente de Mobilização da Maré<sup>34</sup>. Com o início da campanha de vacinação no Rio de Janeiro, as iniciativas de conscientização e comunicação seguiram trabalhando, mas dessa vez com o objetivo de fomentar a vacina e seu pacto coletivo pela saúde pública.

**Quadro 1 - Prestação de contas da 1ª semana de arrecadação do financiamento coletivo "Frente de mobilização da Maré"**

Materiais para doação	Organização e logística da iniciativa	Materiais de comunicação
1.110 kits de higiene/limpeza 2 pulverizadores para higienização dos materiais doados	100 camisas para a equipe Frente Maré 300 máscaras e kits de EPIs para os voluntários Custos de aluguel do carro de som (7 dias) logística de transporte para entrega dos kits Caixa de álcool em gel Caixa de máscaras;	4 mil cartazes A4; 40 faixas 3mx60cm; 10 pacotes de 500 un de folhas A4; 10 un rolos de fitilhos; 10 un fitas adesivas grandes; Tintas Spray Jet;

Fonte: Frente de Mobilização da Maré

Outra iniciativa lançada pela Fiocruz foi a Unidos Contra a Covid-19, que reuniu esforços de empresas privadas e instituições públicas. As ações do projeto focaram no enfrentamento emergencial da situação sanitária conforme descrito por GONÇALVES, 2020:

<sup>34</sup> Fonte: <https://www.frentemare.com/frente/prestacao-de-contas>.

As doações obtidas darão sustentação a projetos e ações que incluem a construção do Centro Hospitalar para a Pandemia de Covid-19 – Instituto Nacional de Infectologia, que atenderá pacientes com quadros graves da doença; a produção de testes moleculares e rápidos; a ampliação da capacidade de testagem de amostras; e a realização de pesquisas relacionadas ao tratamento da enfermidade. A instituição coordena ainda iniciativas de apoio humanitário ao conjunto de favelas de Manguinhos, no Rio de Janeiro, região onde está localizada a sua sede.

**Figura 15 - Programa "Entrega de cestas básicas de alimentação nos territórios sociais" citado no Boletim Territórios Sociais da prefeitura do Rio de Janeiro**



Fonte: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/91329/e4d072db-5de0-47a1-a0ca-82a4c42f09ad>

Também incentivado pela Fiocruz, mas dessa vez em parceria com instituições e organizações das favelas como o Conselho Comunitário de Manguinhos, a ONG Redes da Maré e iniciativas como Dados do Bem, SAS Brasil e União Rio, destaca-se o Projeto Conexão Saúde: de olho na Covid. Antes que a iniciativa seja descrita em detalhes, faz sentido que seus principais agentes sejam apresentados. O Conexão Saúde reuniu organizações de diversas esferas, desde conselhos comunitários até instituições privadas.

O Conselho Comunitário de Manguinhos é o órgão que representa o complexo de Manguinhos e que atuou ao longo das discussões como porta-voz das necessidades da região. Em paralelo, a ONG Redes da Maré fez o mesmo pelo território da Maré. A organização não governamental atua de forma a produzir conhecimento, projetos, ações sociais e busca garantir que as políticas públicas propostas serão, de fato, implementadas e efetivas para as necessidades do território. Dessa forma, vale destacar que uma das contribuições do projeto foram os boletins informativos de acompanhamento do Conexão Saúde e dos números da pandemia na Maré e Manguinhos. Tal documento que, atualmente possui 42 edições, foi feito majoritariamente pela ONG Redes da Maré, obviamente sempre contando com o apoio de outros parceiros.

Já a Dados do Bem é uma ferramenta desenvolvida por médicos, pesquisadores e profissionais da tecnologia, que usou a inteligência de dados para analisar a evolução da imunidade na população durante a pandemia. A iniciativa começou no Rio de Janeiro em formato de aplicativo e foi utilizada para registrar a autoavaliação dos infectados, mesmo que eles não apresentassem sintomas. Nas comunidades em foco, essa ferramenta foi utilizada como meio para implementar um acompanhamento e mapeamento detalhado dos casos de infecção e contactantes.

O Saúde, Alegria e Sustentabilidade Brasil (SAS) por sua vez é uma startup de cunho social e uma instituição de saúde não governamental. Desde 2013, o SAS tem uma atuação itinerante em territórios socialmente vulneráveis, levando médicos e atendimentos especializados para quem precisa. Durante a pandemia, a organização se destacou pela sua atuação via teleatendimento. Assim, foram oferecidas consultas em mais de 30 especialidades médicas e pacientes infectados com o coronavírus foram monitorados. A iniciativa foi criada pela ZOOX e pela Rede D'or, mas atualmente conta com parceiros como empresas privadas Claro e Artplan e esferas públicas tais quais as prefeituras municipais do Rio de Janeiro e Niterói. Por fim, a União Rio é uma iniciativa de voluntariado que reúne pessoas físicas, iniciativa privada e organizações não governamentais. A instituição atua em duas frentes: mapeando as demandas de saúde e de apoio em comunidades vulneráveis, com o objetivo de reduzir os impactos da COVID-19.

Em março de 2020, a equipe da ONG Redes da Maré iniciou um movimento de mobilização dos moradores chamado "Maré diz não ao Coronavírus" que articula quatro eixos: segurança alimentar, com foco na população de maior vulnerabilidade social; geração de renda com ênfase no público feminino e o fomento de ações culturais, artísticas e de comunicação no território; acesso à direitos com o monitoramento dos casos de covid-19 e apoio a serviços de saúde no território e; por fim; um trabalho de comunicação e sensibilização da população local sobre a pandemia. Todas as necessidades foram mapeadas e destacadas nos primeiros boletins e, cada um deles, foi publicado dando ênfase a um tema específico, como por exemplo: a dificuldade de internação no serviço público de saúde relatada pelos moradores da Maré, falta de testagem em larga escala, impactos da doença em meio a desigualdade social, o contexto da violência armada durante a pandemia, e diversos outros assuntos.

A campanha "Maré diz não ao Coronavírus" foi composta por duas fases e conseguiu a ajuda de mais de 130 instituições, empresas, lojas e organizações apoiadoras. Apesar de ambas as fases terem sido pensadas a partir dos eixos do programa, as ações e estratégias de cada uma foram diferentes. Na primeira fase, que ocorreu em 2020, com o apoio dos parceiros, a iniciativa buscou combater a crise humanitária por meio do alcance de doações de itens materiais e de recursos financeiros. As ações no âmbito dos acessos a direitos, cuidados e prevenção da saúde foram: a entrega de 17.648 cestas básicas com alimentos, itens de higiene pessoal e de limpeza, cartões com o valor correspondente à cesta nas mais de 16 favelas da Maré; a produção e distribuição de 65.000

refeições prontas diárias para população em situação de rua; desinfecção das ruas da Maré; distribuição de mais de 45 mil frascos de álcool gel de 500 ml e 200.799 máscaras em tecido, produzidas pelas costureiras da Maré, pelo projeto "Tecendo máscaras e cuidados", que também integrou a campanha; atendimento online diário para acolhimento de demandas relacionadas a questões de saúde, violações e dúvidas sobre como acessar direitos. A campanha também arrecadou recursos financeiros para viabilizar a compra de alimentos básicos como arroz, feijão, macarrão, fubá, itens básicos de higiene como sabonete líquido ou em barra, álcool em gel, papel-toalha, guardanapos, papel higiênico e itens de limpeza de ambiente. Assim, entre o período de 27 de março a 22 de setembro, aproximadamente 17.577 famílias foram beneficiadas com os itens arrecadados. Ao levar em consideração os dados do IBGE que as famílias da região possuem, em média, 3 integrantes, pode-se intuir que cerca de 54.489 moradores foram beneficiados com as doações.

Já no que diz respeito à comunicação, produção e difusão de informações e conteúdo de segurança sanitária, as estratégias abraçaram a criação do podcast "Maré em Tempos de Coronavírus" que trouxe relatórios semanais sobre o avanço da pandemia na favela; o boletim "De olho no corona" que pouco menos de 6 meses depois da criação se tornou o "Conexão saúde: de olho no corona"; a coluna "Por dentro da Maré" com reportagens informativas no formato de vídeo e texto; o jornal "Maré de notícias" com edições dedicadas à prevenção e informações sobre a Covid-19 e; por fim, o "Se liga no Corona", ações de Comunicação e prevenção direcionadas aos moradores em parceria com a Fiocruz.

A ação "Se liga no Corona" foi fruto de uma articulação intersetorial e buscou produzir uma comunicação mais acessível e próxima. A junção de profissionais de comunicação e comunicadores populares em grupos de trabalho misto deu vida a materiais institucionais que visavam a prevenção contra o Coronavírus. Com atualizações semanais nesses informativos, o projeto completou um ano em março de 2021. Nos panfletos abaixo é possível observar algumas das mensagens que o projeto se propôs a transmitir, sempre ilustrando e comunicando da forma mais direta possível.

**Figura 16 - Campanha de comunicação "Se liga no Corona"**



Fonte: <https://portal.fiocruz.br/noticia/campanha-se-liga-no-corona-completa-um-ano-com-acoes-em-favelas-e-midias-sociais>

Ao voltar para as iniciativas da primeira fase, pode-se observar que existiram também iniciativas de geração de renda e apoio a artistas e grupos culturais locais. Com o objetivo de priorizar a mão de obra local, 26 cozinheiras do projeto Maré de Sabores foram responsáveis pela preparação de refeições do projeto e 54 costureiras foram encarregadas de produzir máscaras para a população no projeto “Tecendo Máscaras e Cuidados”. Também ocorreram chamadas públicas com bolsas para artistas e coletivos locais e a convocação de jornalistas residentes do conjunto de favelas da Maré a produzirem conteúdos sobre o impacto da pandemia de Covid-19 no “Projeto Colabora”.

Na segunda fase, já em 2021, as ações de entrega de cesta de 4.785 alimentos e kits de higiene pessoal e limpeza permaneceram, mas também houve a compra de equipamentos como computadores, telefones, tablets e pacote de dados de internet que foram disponibilizados, durante o ano letivo, a 1.000 estudantes das 16 favelas da Maré; doação de equipamentos de proteção individual às unidades de saúde; distribuição gratuita de álcool em gel e máscaras para a população; abastecimento dos totens de álcool em gel nas 16 associações de moradores; instalação de pias em espaços públicos para higienização das mãos e higienização de comércios, igrejas e espaços de aglomeração com produtos desinfetantes de origem hospitalar.

**Tabela 19 - Prestação de contas da iniciativa Maré diz não ao coronavírus nos anos de 2020 e 2021\***

Iniciativa	2020	2021
------------	------	------

famílias atendidas com a entrega de cestas de alimentos e kits de higiene pessoal e de limpeza	17.648	4.785
peças beneficiadas diretamente pela iniciativa	54.709	14.833
refeições para pessoas em situação de rua	65.000	9.267
toneladas de itens doados (alimentos, refeições e produtos de limpeza e higiene)	1.910	25.543

Fonte: Elaboração própria com dados do 21º boletim "De olho no corona"

\*Dados de 2020 referentes ao período de março a dezembro e dados de 2021 referentes ao mês de abril a agosto

A partir do 18º boletim, que foi divulgado em agosto de 2020, o projeto que antes buscava destacar ações locais ganhou forma, se tornou de fato o "Conexão saúde" e ganhou mais visibilidade devido aos seus novos parceiros citados acima. Com a reunião de diversas forças, a iniciativa passou a incluir ações como a orientação e o apoio à população local, mas também ações de telemedicina, testagem molecular, rastreamento de contactantes e produção de mapas de risco dentro das comunidades, focados nos moradores da Maré e de Mangueiras, comunidades que ficam no entorno da Fundação Oswaldo Cruz<sup>35</sup>. Assim, o projeto foi iniciado com o objetivo de deixar alguns legados: ações de vigilância ativa na área da saúde, um modelo de intervenção para emergências dentro da saúde pública, a construção de um conhecimento integrado de estratégias de distanciamento social em favelas, um modelo eficiente de comunicação voltado para emergências na saúde, a ampliação de tele atendimentos médicos e psicológicos para a população em situação de vulnerabilidade social e ações que buscam olhar o ecossistema da proteção social em seus diversos eixos.

Dentre as mais de 42 publicações realizadas pela ONG Redes da Maré, alguns boletins se destacam devido aos temas abordados. Na edição 21, publicada em outubro de 2020, do boletim de Olho No Corona, o tema das estratégias para reduzir a fome e garantir as medidas sanitárias necessárias na Maré no contexto da pandemia foi abordado:

A insegurança alimentar e nutricional é uma expressão da desigualdade social, que tem relação direta com a precarização das políticas de proteção social e foi aprofundada pelas urgências da pandemia de Covid-19. Os impactos do acesso inadequado à alimentação de qualidade para crianças e adolescentes são múltiplos. A partir da Campanha "Maré Diz Não ao Coronavírus!" foi possível identificar famílias

<sup>35</sup> Os esforços de levantamento de informações contribuíram para iniciativas mais amplas de sistematização de dados sobre a pandemia nas favelas e comunidades do Rio de Janeiro, tais como o Painel Unificador Covid-19 nas Favelas (<https://experience.arcgis.com/experience/8b055bf091b742bca021221e8ca73cd7/>) e o painel do Voz das Comunidades (<https://painel.vozdascomunidades.com.br/>). O destaque do Complexo da Maré em primeiro lugar no número de casos (mais de 16 mil) certamente espelha os esforços de testagem em massa, com desdobramentos positivos para a prevenção de propagação e acompanhamento de casos. Certamente isto contribuiu para que a razão entre o número de óbitos e número de casos seja uma das mais baixas entre todas as favelas retratadas.

que têm passado por restrições alimentares neste período, assim como apresentar alternativas emergenciais que possam reduzir as consequências negativas da pandemia na condição de alimentação, saúde e nutrição das famílias mais pobres. (REDES DA MARÉ, 2021, p. 3)

É de conhecimento geral que, infelizmente, a segurança alimentar no Brasil é uma questão inerente à desigualdade social do país e a pandemia a agravou severamente. Nesse sentido, algumas estratégias já citadas foram traçadas para remediar a situação.

Por fim, um fator que foi destacado no 21º boletim foi o fechamento das escolas que trouxe um impacto significativo na segurança alimentar das crianças e adolescentes. Infelizmente, a realidade em que a merenda escolar é a única refeição nutritiva do dia ainda compõe a rotina de muitas famílias da região e, por isso, o fechamento das escolas revela a dificuldade de acessar uma alimentação básica. Conforme pode ser observado na tabela abaixo, das famílias beneficiadas que solicitaram os kits de alimentos, 6.537 possuíam crianças de até 6 anos, 988 entre 7 e 11 anos e 1.100 adolescentes de 12 a 17 anos.

**Tabela 20 - Número de crianças, por faixa etária, nas famílias que solicitaram kits de alimentos e produtos de higiene pessoal e de limpeza à Redes da Maré**

Crianças de até 6 anos	Crianças de 7 a 11 anos	Adolescentes de 12 a 17 anos
6.537	988	1.100

Fonte: elaboração própria com dados do 21º boletim "De olho no corona"

Já no 38º boletim, o projeto "Conexão Saúde- De Olho na Covid" enfatiza os quatro pilares nos quais a iniciativa trabalhou desde agosto de 2020: Comunicação, vigilância, atenção e gestão; todos eles com o objetivo de conectar pessoas, organizações e instituições governamentais ou não em prol de um acesso mais democrático dos moradores aos serviços de saúde e assistência durante a pandemia. Nesse sentido, vale destacar como cada eixo foi fundamental para o bom andamento do projeto.

Conforme mencionado anteriormente, os esforços no âmbito da comunicação mobilizaram moradores a acessarem os serviços do projeto, incentivaram a campanha de vacinação, desmascararam *fake news* e orientaram a população em termos de educação sanitária, boas práticas e medidas de prevenção. As ações de comunicação articularam diferentes ferramentas de comunicação, partindo desde megafones, carros de som e panfletos até parcerias com imprensas comunitárias e influenciadores digitais que dialogam com a realidade local.

As ações de vigilância focaram em rastrear moradores que apresentavam sintomas da Covid-19 e oferecer apoio com testes gratuitos em centros de saúde das regiões da Maré e Manguinhos. Junto ao aplicativo Dados do Bem, houve o esforço conjunto de identificar, rastrear e testar infectados e indivíduos que tiveram contato com eles, tudo isso garantiu respostas de forma rápida, segura e

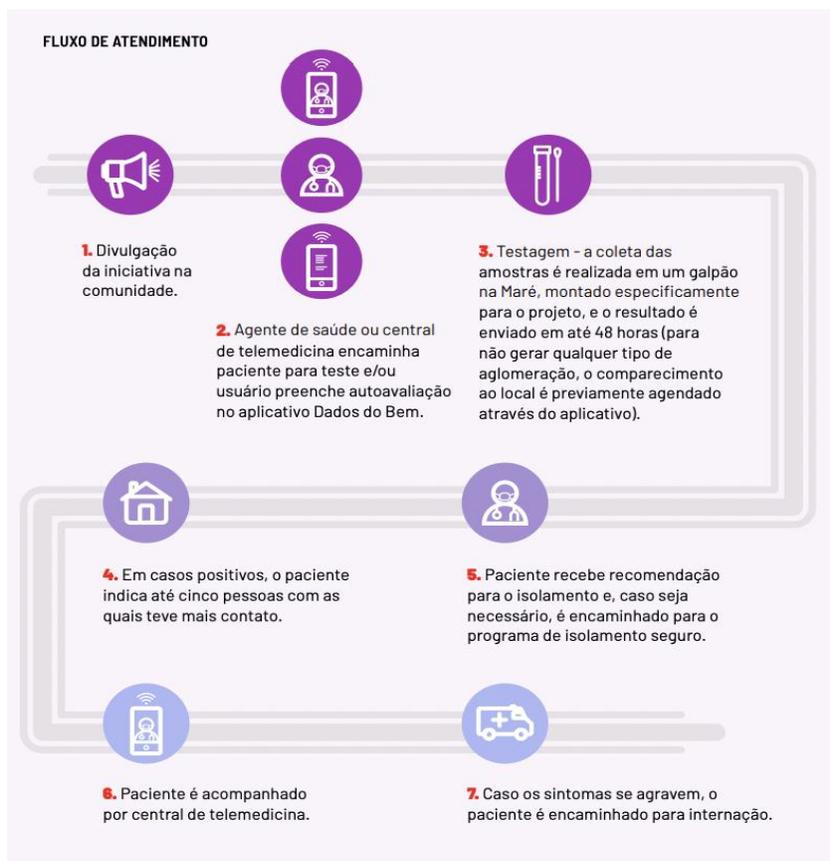
eficaz. Assim, a iniciativa Dados do Bem aliou métodos de testagem à inteligência de dados, para que dados geolocalizados pudessem fornecer informações sobre a evolução da pandemia e compor os dados oficiais do Painel Rio COVID-19. Medidas como essa possibilitaram a redução da subnotificação da taxa de contágio nas regiões analisadas.

Já a atenção à saúde foi assistida, principalmente, pelo SAS Brasil em termos de atendimentos médicos e psicológicos. Os atendimentos foram oferecidos não apenas para casos confirmados ou suspeitos de Covid-19, mas também para outras especialidades clínicas. Dessa forma, um atendimento online e gratuito para a população contribui para o acompanhamento da evolução dos casos, o que possibilitou que o SAS lidasse com casos mais brandos e os casos mais graves e de alta complexidade fossem encaminhados para o SUS. O fluxo dos teleatendimentos foi desenhado e executado da seguinte maneira: a iniciativa foi divulgada na comunidade; a partir do primeiro contato do morador o agente de saúde ou a central de telemedicina encaminha o paciente para testagem e autoavaliação no aplicativo dados do bem; a testagem é coletada em um galpão na Maré usado apenas para o projeto e o resultado é disponibilizado em até 48 horas; em casos de exame positivo, o indivíduo infectado deve indicar até 5 pessoas com quem teve contato; o paciente deve ficar em isolamento e, caso seja necessário, é encaminhado para o programa de isolamento seguro; por fim, todos os indivíduos que testaram positivo são acompanhados via telemedicina e, em caso de agravamento dos sintomas, encaminhados para internação.

Como quarto e último eixo de ação, a gestão ficou concentrada nas ações integradas entre as organizações do programa e o SUS. A partir de um fluxo de encaminhamento para unidades de saúde para testagem, consulta e apoio médico, o programa faz com que unidades de saúde dialoguem com outros profissionais com o objetivo de fortalecer, apoiar e complementar o SUS formando uma rede integrada no território.

No boletim 40°, destacam-se as lições aprendidas da articulação intersetorial e territorial do projeto. Com o lançamento da campanha Vacina Maré, alguns aprendizados foram pontuados: a articulação de organizações e lideranças e um rápido poder de mobilização e resposta do território são essenciais para o andamento de um projeto como esse. Para que essas ações fossem realizadas com êxito, a intersectorialidade foi imprescindível: instituições da sociedade civil como Dados do Bem e SAS aliadas a organizações do poder público como SUS e secretarias de saúde. A partir dessa cooperação, profissionais e voluntários foram mobilizados e conseguiram estruturar pontos de vacinação, manutenção do apoio a moradores e a reabertura de escolas. No que tange às instituições não governamentais como a Redes da Maré, destacou-se a capacidade de articular o território, envolver colaboradores e mobilizar moradores no pré-cadastro da ação com ações de comunicação porta a porta. As associações de moradores se tornaram postos de vacinação, influenciadores digitais mobilizaram moradores *online* e artistas locais produziram vídeos para campanhas de conscientização.

**Figura 17 - Fluxo de teleatendimento e amparo do Conexão Saúde**



Fonte: <https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/09E18-BoletimDeOlho.pdf>

Na campanha de vacinação, algumas instituições se articularam: a Fiocruz está à frente do estudo junto à PUC RIO que irá avaliar a efetividade da vacinação, o SAS Brasil ficou responsável pelo acompanhamento de moradores pós-vacina. Uma semana antes da campanha ter início, às equipes da Redes da Marés percorreram as ruas das 16 favelas que compõem a Maré realizando um pré-cadastro de vacinação que ainda não estavam cadastrados nas unidades de saúde. Após um período de seis dias, 3.735 foram cadastrados e criaram um vínculo com uma das Unidades de Atenção Básica da Maré, totalizando cerca de 141.042 moradores. A distribuição de moradores entre unidades se deu da seguinte forma: 27.331 na clínica da família Jeremias Moraes da Silva, 25.766 no centro municipal de saúde Vila do João, 21.600 na clínica da família Diniz Batista dos Santos, 20.893 no centro municipal de saúde Américo Veloso, 20.428 na clínica da família Adib Jatene, 16.853 na clínica da família Augusto Boal e 8.171 no centro municipal de saúde João Cândido.

**Tabela 21 - Número de moradores cadastrados nas unidades de saúde da Maré**

Unidade de atenção básica à Saúde	Moradores cadastrados	%
-----------------------------------	-----------------------	---

Clínica da família Jeremias Moraes da Silva	27.331	19,38%
Centro municipal de saúde Vila do João	25.766	18,27%
Clínica da família Diniz Batista dos Santos	21.600	13,31%
Centro municipal de saúde Américo Veloso	20.893	14,81%
Clínica da família Adib Jatene	20.428	14,48%
Clínica da família Augusto Boal	16.853	11,95%
Centro municipal de saúde João Cândido	8.171	5,79%

Fonte: <https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/09E18-BoletimDeOlho.pdf>

Assim, desde o lançamento do Conexão Saúde em agosto de 2020, foram divulgadas mais de 40 edições do boletim com atualizações da iniciativa, projetos e desenvolvimento de ações por todo o Brasil. No 42° boletim do projeto, lançado em 11 de novembro de 2021, alguns dados do panorama geral da pandemia foram divulgados com foco nos complexos regionais da Maré e Manguinhos. Nele, foram coletados, analisados e divulgados dados médicos de julho de 2021 até 25 de outubro. Alguns números relevantes foram: mais de 46 mil testes e aproximadamente 14 mil teleatendimentos médicos e psicológicos promovidos pelo programa Saúde, Alegria e Sertões (SAS Brasil).

No programa "isolamento seguro" proposto pelo SAS Brasil e a ONG Redes da Maré, outros dados relevantes foram computados durante o mês de setembro, como por exemplo: 1.228 pessoas foram incluídas no programa isolamento seguro desde setembro de 2020; 75 famílias moradoras acompanhadas pela equipe das Redes da Maré nos últimos 30 dias; e 1.195 formulários de avaliação foram respondidos por moradores que participaram do programa. Para além dessas informações, outro dado extremamente positivo foi o de que 98% das pessoas infectadas conseguiram manter o isolamento por 14 dias ou mais.

Até a data de emissão do relatório, 56,5% da população brasileira obteve a imunização completa e 73% havia tomado a primeira dose. No município do Rio de Janeiro, 70% da população adulta já possuía imunização completa e 87,5% com pelo menos a primeira dose. Em paralelo, 62% dos habitantes da Maré possuíam imunização completa e 85% haviam recebido ao menos a primeira dose.

Em suma, conforme apontado por Arouca (2022), o Conexão Saúde objetiva desenvolver um modelo integrado e participativo de atenção e vigilância em saúde tendo como foco o enfrentamento da pandemia nas favelas do Rio de Janeiro. O Projeto Conexão Saúde foi estruturado em 4 eixos, são eles: Eixo da Comunicação, Eixo da Vigilância, Eixo da Atenção e Eixo da Gestão. No que concerne ao eixo da gestão, a proposta consistiu na criação de uma gestão colegiada com o compartilhamento do processo de decisão e construção do projeto com as diversas organizações envolvidas. Dentre as ações realizadas estão o trabalho em conjunto com as clínicas da família de Maré e Manguinhos para

apresentação do projeto, construção do modelo de consulta e um modelo integrado de atuação e troca de informações entre as organizações.

**Tabela 22 - Conexão saúde: de olho na covid - Comparativo de imunizações aplicadas no Brasil, no município de Rio de Janeiro e no complexo da Maré**

	Brasil	Rio de Janeiro	Complexo da Maré
Percentual de vacinados com a primeira dose	76%	88%	82%
Percentual de vacinadas com duas doses ou dose única	69%	81%	70,4%

Fonte: <https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/01E44deolhonocorona.pdf>

Por fim, vale destacar que o território do Complexo da Maré está sediando um estudo inédito de efetividade da vacinação, alinhado com a campanha Vacina Maré, iniciativa da Fiocruz, Redes da Maré e a Secretaria Municipal de Saúde com os desafios de pulverizar a vacinação e completar o ciclo de imunização nos moradores adultos da região, que contribuiriam para acelerar a vacinação da população adulta desse conjunto de favelas. Durante a cerimônia de abertura da campanha da segunda fase em outubro de 2021, o secretário municipal de Saúde, Daniel Soranz, afirmou que:

O projeto #VacinaMaré foi um sucesso já na primeira fase, superando as expectativas. Agora vamos acelerar o processo com a aplicação da segunda dose, possibilitando já avaliar alguns resultados da vacinação em massa na proteção da comunidade local, incluindo as crianças, permitiu a vacinação de 99% da população da Maré, o que levou a uma grande redução de casos, uma das menores taxas da cidade<sup>36</sup>

O estudo é liderado pela Fiocruz, a Redes da Maré e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sendo realizado entre agosto de 2021 a janeiro de 2022. A ONG Redes da Maré tem se dedicado à mobilização do território para a adesão da vacinação em massa e a fundação tem conduzido as etapas metodológicas do estudo.

A partir desse panorama de políticas públicas, projetos e iniciativas da saúde nos territórios da Maré e Manguinhos algumas deduções podem ser feitas. Em primeiro plano, deve-se constatar que o simples fato do território ter sido expandido muito rapidamente e sem o apoio estrutural da esfera pública foi determinante para que problemas regionais surgissem e ecoassem até os dias de hoje. Segundamente, os problemas regionais, se somados ao histórico de desigualdade nos mostram como problemas intrínsecos na sociedade como a violência contribuem para a perpetuação de desafios sociais nos territórios analisados.

<sup>36</sup> Fonte: <https://portal.fiocruz.br/noticia/campanha-vacinamare-2a-dose-tem-inicio-na-mare-rj>.

**Tabela 23 - Conexão saúde: de olho na covid - Edição 43 - Programa de isolamento seguro SAS Brasil + Redes da Maré**

Número de pessoas incluídas do programa de isolamento seguro desde setembro de 2020	1.228
Número de casos ativos em outubro de 2021	12
Formulários de avaliação aplicados entre pessoas que participaram do programa	1.195

Fonte: <https://www.redesdamare.org.br/media/downloads/arquivos/11E42deolhonocorona.pdf>

Por fim, há um terceiro elemento que traz mais consequências: a baixa escolaridade muitas vezes é um obstáculo para a comunicação, assim, pode-se observar que em diversos momentos da revisão, iniciativas que buscavam tornar tangível as informações utilizando uma comunicação acessível foram essenciais para o combate aos desafios da saúde, isto é, pode-se perceber a importância de uma mensagem que utiliza frases simples, diretas e ilustrações que demonstram o que é certo e o que é errado. Diante de um inimigo invisível como vírus, estratégias como: trazer elementos textuais de baixa complexidade e imagens que se propõe a ilustrar aquilo que não é visto pelo olho humano são essenciais na árdua tarefa de conscientizar e mitigar os danos da pandemia.

Com o surgimento de um novo ano, uma nova variante chegou ao Brasil: a variante ômicron, detectada inicialmente na África do Sul em novembro de 2021 chegou ao país e já na primeira semana de janeiro de 2022 fez de 15 milhões de novos casos eclodirem. Na Maré, os números aumentaram em 452% (saindo de 5 na semana do dia 15/12 para 184 ainda no dia 28/12), foi possível perceber que apesar da variante sido de alto contágio, as vacinas provaram seu efeito ao passo que o número de mortos na Maré e em Manguinhos em dezembro e janeiro foi igual a 0 como indicado no Boletim 43 do Conexão Saúde: De olho no Corona.

## **8. Oportunidades e desafios para o desenvolvimento das comunidades a partir da saúde**

A partir dos vários aspectos discutidos acima, é possível realizar um conjunto de apontamentos quanto a oportunidades e desafios para mobilizar a saúde como eixo de desenvolvimento em comunidades vulnerabilizadas da RMRJ. A consideração dos determinantes sociais da saúde e do perfil epidemiológico se articulam com uma caracterização profunda dos territórios para traçar um panorama de desafios. As inúmeras iniciativas mobilizadas pelas próprias comunidades e outras organizações, com destaque para a Fiocruz, iluminam um amplo universo de caminhos potencialmente virtuosos. Em grande medida, vislumbra-se no corpo de propostas mobilizado uma articulação de inúmeras iniciativas já em curso com pitadas de novidade sugeridas a partir das oportunidades trazidas por novas tecnologias, as quais merecem ser consideradas enquanto parte constituintes de uma estratégia sólida, consistente e de longo prazo.

## **8.1. Território cognitivo e construção colaborativa de conhecimento**

O conhecimento é um dos pilares da inovação e do empoderamento social. A geração de conhecimento passa pelo processo de aprendizagem, em suas diversas formas. Seja pelo aprendizado formal, vindo das escolas, cursos técnicos e universidades, seja pelo aprendizado oriundo da vivência no território e experiências de projetos passados. A geração de conhecimento endógeno às comunidades, que aliam as experiências, vivências e saberes do território com os conhecimentos científicos, voltados para dar respostas aos seus desafios, precisa ser colocada em prática. Assim, os conhecimentos gerados tanto pela própria comunidade, a partir dos saberes locais e de seu cotidiano, bem como em associação com ONGs e instituições de ciência e tecnologia são essenciais para reduzir as invisibilidades do território e viabilizar políticas públicas adequadas à realidade local com objetivo de superar seus desafios e impulsionar a comunidade para uma vida mais sustentável e saudável. Portanto, um conceito chave para o entendimento dos processos interativos de geração, difusão e uso de conhecimentos em um APL é o de 'Território Cognitivo', constituído pelo conjunto de atores do território, seus conhecimentos e os modos como esses circulam. Abaixo são discutidas diversas perspectivas para seu fortalecimento.

No contexto de uma atenção básica à saúde orientada por preceitos de integralidade, universalidade, equidade e longitudinalidade e com foco na prevenção e promoção da saúde, a informação se torna um ativo de importância crucial. A lógica da estratégia de saúde da família se baseia no acompanhamento continuado do estado de saúde da população adscrita a cada equipe. A sua atuação articulada a outras esferas das políticas públicas e no escopo de uma estratégia de desenvolvimento do território requer muito conhecimento e competências. Conhecimento acerca das características desses territórios e das próprias relações de poder que nele se orquestram, competências por parte dos profissionais de saúde, educação, assistência social, entre outros, e conhecimento e competências por parte da própria comunidade para exercer voz ativa nas esferas de debate e definição de prioridades e para tomar as rédeas iniciativas voltadas para as comunidades.

É nesse contexto que se notabilizam inúmeras iniciativas de fortalecimento desse território cognitivo associadas ao conceito de educação em saúde, enquanto “conjunto de práticas de educação para indivíduos e comunidade a fim de aumentar a autonomia das pessoas e da comunidade para que possam fazer escolhas e adotar hábitos saudáveis de vida”, mas também ao conceito de educação na saúde, enquanto “educação continuada ministrada para profissionais de saúde a fim de aprimorar o conhecimento destes e a atenção dispensada à população” (Falkenberg et al., 2014 p.1).

Conforme citado na seção que traça um panorama histórico de iniciativas de apoio ao desenvolvimento destas comunidades, as primeiras experiências de mobilização de agentes de saúde da comunidade evidenciou a importância da capacitação desses agentes e do processo educativo transformador em sua interação com demais profissionais da saúde e com a população (Giffin; Shiraiwa, 1989). Na mesma linha, a experiência analisada do projeto Adolescentro evidencia o

potencial transformador e de empoderamento dos jovens mobilizados como protagonistas em iniciativas de promoção da saúde na Maré, com mudanças no plano da subjetividade, das relações interpessoais, do retorno à escolarização, dos aprendizados de saúde e da participação juvenil no contexto dos espaços políticos e de ação social (Boghossian, 2009).

Inúmeras iniciativas de construção coletiva de conhecimento e de capacidade de comunicação contribuíram para a potência e alcance das estratégias de comunicação adotadas no contexto da pandemia, utilizando meios tradicionais – como rádio, jornais e televisão –, modernos – como aplicativos de celular e redes sociais – e não convencionais – como megafones, carros de som e conversas de rua. Com amplo protagonismo da própria comunidade, a partir de bases de identidade e solidariedade, e utilizando linguagem cotidiana, logrou-se construir maior conscientização e estimular a adoção de protocolos sanitários adequados. A geração de informações confiáveis e sua ampla divulgação foi essencial para reduzir as invisibilidades e subsidiar políticas públicas adequadas e evitar a “infodemia” – “epidemia de informações e contrainformações, em verdadeira guerra cultural ...” (MENDONÇA et al., 2021, p. 4) que ocorreu durante a pandemia de Covid-19.

Também se notabiliza a experiência do TEIAS-Escola Manguinhos, estruturado a partir de uma perspectiva de “bairro escola”, articulando os serviços de atenção, promoção e prevenção em saúde com a produção de conhecimentos científicos e tecnológicos, ensino e pesquisa. No escopo desta estrita relação entre a Fiocruz e o território de Manguinhos, os cursos de gestão participativa em saúde e de territorialização de políticas públicas, entre outros, se revelam muito relevantes para fortalecer a capacidade de autodeterminação e protagonismo comunitário na mobilização e implementação de políticas públicas. Esse poder emancipatório se verifica também em diversas iniciativas na Maré, mesmo que não diretamente vinculadas à educação em saúde. Um exemplo é a importância do Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré (CEASM) na trajetória de uma liderança política como Marielle Franco e muitas outras.

As várias formas de fortalecimento do território cognitivo através da construção emancipadora de competências são fundamentais para um papel proativo e de protagonismo na esfera das políticas públicas. Mas do que isto, a base de conhecimento da própria comunidade é fundamental para superar invisibilidades, para informar e orientar qualquer política pública que se pretende acertada e aderente à realidade. Muitas vezes as estatísticas oficiais não captam as especificidades do território, como é o caso do Censo demográfico. Reconhecendo sua enorme importância na produção de estatísticas que guiam pesquisas, políticas e tomadas de decisão, muitas vezes pode falhar em relação a territórios de maior vulnerabilidade como as comunidades de Maré e Manguinhos. Olhando as estatísticas de saneamento nessas localidades (discutidas na seção 5), a situação não parece ruim, até melhor que muitos municípios brasileiros. Mas não são esses os relatos que ouvimos e as imagens que vemos. Seja pelo receio do recenseador de adentrar essas comunidades, seja pelas respostas dos moradores que, por desconhecimento da pergunta ou não estarem em conformidade

com algum aspecto – como ligações clandestinas de água e energia – acabam dando respostas que não espelham a realidade.

Soma-se a dificuldade de identificação das residências e logradouros em áreas de ocupação desordenada. O Censo da Maré é um exemplo claro da importância de um olhar a partir da própria comunidade, constituindo referência muito mais rica para qualquer iniciativa de política pública nesse território. Porém, há enormes dificuldades na realização de um censo como esse e por isso não foi feita outra rodada mais atual. Uma proposta seria a colaboração entre o IBGE e associações comunitárias das favelas para orientação, financiamento e realização de pesquisas censitárias para uma melhor adequação à realidade local. Nessa perspectiva, os agentes comunitários de saúde e as equipes de saúde da família constituem depositários de rica base de informações sobre a população desses territórios, podendo constituir interlocutor importante em estratégias censitárias adequadas a esses territórios.

Adicionalmente, no contexto da pandemia, mobilizou-se um conjunto de organizações e tecnologias para colocar em prática uma estratégia de vigilância em saúde e de gestão dos cuidados das pessoas enfermas ou em situação de vulnerabilidade. O uso de técnicas de inteligência de dados, como no caso do aplicativo Dados do Bem, permitiu gerar informações ricas sobre as pessoas acometidas pela covid e a forma como transcorreu a doença e sua recuperação. Sobretudo, tendo em vista os apontamentos médicos sobre as potenciais sequelas de longo prazo da covid, é de fundamental importância articular estreitamente essa base de informações com a atuação das ESF daqui em diante. Mais do que isso, conforme argumentado no próximo item, há amplo potencial de fortalecimento desse território cognitivo, potencializando o papel das equipes de saúde como construtores de conhecimento crítico através da mobilização de TICs e inteligência de dados.

A despeito dessas experiências virtuosas, o estudo de Maré e Manguinhos revela também um certo grau de fragmentação desse território cognitivo, sobretudo condicionado pelo arcabouço institucional, por condicionantes socioeconômicos e por relações de poder que se estabelecem entre diferentes atores do território e do sistema de saúde. Nesse contexto, reforça-se a importância de se colocar a atenção básica à saúde, em perspectiva de forte participação social em sua gestão, como protagonista, conforme discutido no subitem 8.3. Enquanto instância central de articulação de prevenção e promoção da saúde e porta de entrada e ordenador dos serviços de saúde, a APS precisa também ocupar papel central na mobilização dos processos de geração, difusão e uso de conhecimentos em prol de políticas intersetoriais promotoras da saúde. Nesse sentido, é fundamental superar as amarras que se estabelecem entre as equipes de saúde no território e as organizações sociais responsáveis pela gestão, orientadas por uma lógica de padronização de padrões e procedimentos. Como argumentado abaixo, o ideal é que se estabeleça uma outra lógica de gestão que favoreça a construção e fluxos de conhecimento específicos sobre o território e sua mobilização adequada e à serviço da saúde. O protagonismo proposto para a APS também convida a colocá-la no

centro das dinâmicas de uso de tecnologias e gestão de informações, que têm sido protagonizados por organizações e ONGs durante a pandemia.

Também tendo em vista a perspectiva ampla de fortalecimento do território cognitivo, é preciso avançar na perspectiva de articulação das Instituições científicas e tecnológicas (ICTs) com as comunidades. Conforme discutido acima, há inúmeras iniciativas de interação entre ICTs e as comunidades. A Fiocruz é uma grande referência em várias frentes. Mas a esmagadora maioria das iniciativas, sobretudo as que envolvem universidades públicas, se orientam por uma lógica extensionista. A UFRJ, instituição à qual pertencem os autores deste estudo, é um exemplo em que se verificam dois mundos quase que mutuamente excludentes: o da extensão universitária, de um lado, e o da inovação tecnológica, do outro. Conforme discutido em Matos et al. (2021), há amplo potencial para que se mobilizem as estruturas de fomento e apoio ao empreendedorismo e inovação, tais como laboratórios, incubadoras, parques tecnológico, NITs, etc. visando induzir o desenvolvimento de tecnologias de ponta, orientadas pelas características e necessidades das comunidades vulnerabilizadas, tanto no campo da saúde (considerando, por exemplo, equipamentos de baixo custo adequados às necessidades de acompanhamento e diagnóstico nas UBSs e nas visitas domiciliares), quanto atuando sobre os determinantes sociais da saúde (como habitação, saneamento, educação, etc.). Tal perspectiva se alinha com a lógica de universidade dedicada ao desenvolvimento (AROCENA et al., 2018) e encontra em experiência da Universidad de La República, Uruguai (TOMASSINI et al. 2021), uma relevante referência.

Conforme discutido no subitem seguinte, as trajetórias tecnológicas não são neutras, seguindo direções específicas e adotando padrões aderentes a certo perfil e escopo de uso e alinhados a certos grupos de interesse. Com foco na saúde, os inúmeros estudos que compõem este projeto evidenciam que as trajetórias dominantes não se alinham com uma lógica preventiva e promotora do bem viver para as frações mais vulnerabilizadas. Há, portanto, um amplo espaço para que a Fiocruz e universidades públicas assumam um papel de destaque na articulação de iniciativas de inovação em rede, especificamente orientadas a resolver problemas específicos dessas comunidades. Iniciativas dessa natureza possuem grande potencial se: (i) articuladas, pelo lado do apoio à oferta, a recursos de fomento de Fundações de Amparo à pesquisa, como a Faperj; (ii) impulsionadas, pelo lado da demanda, com o poder de compra do estado (SUS), destacadamente com o uso de encomendas tecnológicas sociais;<sup>37</sup> e (iii) desenvolvidas em efetiva parceria com os seus beneficiários, alinhado ao preceito de inovação inclusiva (Cassiolato e Soares, 2015).

---

<sup>37</sup> A Lei Municipal de Inovação, Lei nº 6788 de 28/10/2020, em seu artigo 35, prevê que o poder público municipal poderá contratar ICTs, empresas de base tecnológica e outros atores para o desenvolvimento de soluções voltadas a problemas específicos, inclusive os da área de saúde. Nesse sentido, a Prefeitura tem a capacidade de demandar também produtos inovadores, favorecendo o crescimento de empresas de base tecnológica alinhadas às necessidades da saúde pública.

Também se identifica um conjunto de oportunidades relacionadas à conexão com as áreas de ensino em parcerias com universidades. Uma interessante referência é o programa Passaporte Universitário da prefeitura de Maricá, que oferece apoio para que moradores do município possam cursar a universidade em outros municípios, tendo como contrapartida a obrigação dos alunos de realizarem suas atividades de internato e residência em Maricá. Essa iniciativa poderia ser adaptada ao contexto das comunidades da RMRJ, oferecendo-se bolsas (no caso de instituições de ensino privadas) e ajudas de custo para que residentes cursem cursos exclusivamente focados em saúde coletiva e comunitária e ESF<sup>38</sup>, tendo como contrapartida a obrigação de realização de internato e residência nas unidades básicas de saúde do próprio território. Estabelecendo unidades básicas de saúde das comunidades como Unidades Auxiliares de Ensino, pode-se constituir espaço para expandir a lógica dos ACSs (residentes da própria comunidade) para áreas de enfermagem e medicina, articulada com internato e residência multiprofissional em saúde da família.

## **8.2. Serviços de saúde e suas perspectivas em práticas e tecnologias**

Devido à pandemia do Covid-19, ferramentas tecnológicas já existentes e presentes no cotidiano da população foram utilizadas com o objetivo de fornecer atenção primária à saúde com o isolamento social em vigor. Dentre elas, destacam-se os atendimentos médicos e psicológicos realizados de maneira remota aos moradores das comunidades da Maré e Manguinhos.

Nesse sentido, vale pontuar que os teleatendimentos médicos foram importantes não apenas para o combate à pandemia, mas também para lidar com pacientes de doenças crônicas não transmissíveis e de saúde mental. Conforme pontuado no artigo "Cuidado remoto na APS: experiência do uso do celular em uma equipe de Saúde da Família de área de favela durante a crise da Covid-19", as questões de saúde associadas ao isolamento da pandemia vêm em quatro ondas: (i) mortalidade e morbidade diretamente ligada a Covid-19; (ii) relacionada a restrição de cuidados de condições agudas não relacionadas a pandemia; (iii) a restrição de cuidados afeta portadores de doenças crônicas não transmissíveis; (iv) doenças ligadas a traumas físicos, doenças mentais estresse pós-traumático, problemas econômicos, *burnout*, entre outros (TSENG apud AMARAL; TEIXEIRA JUNIOR, 2020). Nessa lógica, ainda se soma uma camada extra na 4ª onda, que faz parte da realidade dos territórios em questão: a violência.

Ainda que conclusões concretas não possam ser determinadas por falta de informações e dados, algumas conexões podem ser feitas. De acordo com o Censo Populacional Maré de 2014, apenas 36% das residências no território possuem acesso à internet. Da mesma forma, vale ressaltar que os teleatendimentos foram todos feitos via telechamada e Whatsapp Business, buscando sempre mitigar

---

<sup>38</sup> Uma importante experiência que pode servir de referência para formação de profissionais orientada para as necessidades do SUS se deu no campus de Lagarto da UFS, conforme analisado por Falcón (2013).

os riscos de conexões ruins com falhas ao longo das consultas e das limitações dos pacotes de dados por parte dos beneficiários. Dessa forma, intui-se que uma política como a do teleatendimento tem como premissa básica o acesso à internet. Todavia, esse acesso ainda não é algo usual para a população e, por isso, dificulta o acesso a serviços de saúde.

Portanto, foi possível pontuar alguns efeitos e limitações da iniciativa de teleatendimento: a dificuldade em determinar quem deveria ser encaminhado para o atendimento presencial; o baixo acesso à internet e aparelhos móveis; dificuldade de incluir outros profissionais que faziam parte da rotina presencial como enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Portanto, para além dos gargalos tecnológicos, existe outra questão que merece atenção: o vínculo e um conhecimento profundo do território são elementos-chave para uma Atenção Primária à Saúde com alcance e capilaridade em regiões de vulnerabilidade social, como são os casos dos Complexos da Maré e Manguinhos. Como visto na seção 6, ao longo dos anos, algumas iniciativas intersectoriais foram postas em prática, justamente com o objetivo de aliar instituições que possuem um profundo conhecimento territorial à órgãos públicos detentores das ferramentas de assistência à saúde. Infelizmente, ainda que o teleatendimento configure uma alternativa válida e de extrema importância no amparo imediato de pacientes com doenças crônicas, a redução dos agentes presentes no território como, por exemplo, os agentes comunitários de saúde, faz com que a capilaridade, integralidade e longitudinalidade da atenção à saúde percam força.

Pensar em políticas públicas, sejam no âmbito da saúde ou em qualquer outro, é pensar na tríade alcance, capilaridade e impacto, isto é: o alcance para chegar a todos os lugares; a capilaridade para atingir a todos e o impacto para ter efeitos importantes. (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO, 2018). Ao olhar para as circunstâncias desenhadas pela pandemia do Covid-19, os serviços de saúde oferecidos de forma virtual que utilizavam a tecnologia foram importantes para apagar incêndios emergenciais de curto prazo nas quatro ondas descritas acima. Contudo, uma análise desse tipo de medida no longo prazo evidencia lacunas no alcance e na capilaridade. Em uma realidade em que a educação sanitária não faz parte do conhecimento popular geral, uma presença e vínculo forte ao território é uma forma de reforçar a importância e incentivar o vínculo entre moradores e instâncias de saúde como Unidades de Pronto Atendimento e Clínicas da Família, sobretudo em uma lógica preventiva de promoção da saúde. As iniciativas de teleatendimento funcionaram de forma a sanar ou abrandar o problema quantitativo, isto é, atender em escala e à distância. Todavia, esse teleatendimento, devido aos termos de confidencialidade da relação médico-paciente, muitas vezes ficou restrito ao médico que atendeu. Esse aspecto contribui para reforçar a exclusão dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Logo, existe uma gama de questões de saúde que acabam não sendo contempladas pelo teleatendimento e que são contemplados pelo conjunto de procedimentos que estão no cerne da Estratégia de Saúde da Família, como: acolhimento humanizado com classificação de risco,

consultas programadas, consultas médicas, de enfermagem e odontologia, pré natal de baixo risco, consultas voltadas para saúde da mulher, planejamento familiar, acolhimento mãe-bebê, puericultura e acompanhamento no puerpério, de pacientes hipertensos e diabéticos, portadores de tuberculose, saúde do adulto e do idoso, visitas domiciliares, grupos de educação e saúde, academia carioca - atividade física orientada e acompanhada por profissional da educação física -, entre outros (CÉSAR, 2016).

Sem dúvidas, a saúde do coletivo foi priorizado, mas ao passo em que no longo prazo a doença passa a ser cepa sazonal, mas que ainda tem o potencial de causar sequelas individuais<sup>39</sup>, deve-se olhar para a saúde do paciente como um indivíduo que possui singularidades, e não mais para a população como um conjunto, em perspectiva epidemiológica.

O *modus operandi* dos teleatendimentos segue uma lógica de pronto atendimento que muito mais se assemelha a forma de trabalho da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) do que de uma clínica da família. Essa forma de operar somada a um território em que o acesso à educação sanitária ainda não foi democratizado impacta diretamente nos cuidados longitudinais dos pacientes e por isso, um atendimento que olha para os aspectos qualitativos no longo prazo como a gestão de conhecimento das informações e dados individuais é vital para que pacientes tenham suas sequelas acompanhadas ao longo do tempo.

Em um contexto em que um indivíduo desprovido de uma educação sanitária básica não sabe informar ao médico suas necessidades e histórico, uma base de dados do SUS que integre informações de prontuário e histórico de acompanhamento dos pacientes com as ocorrências da pandemia é fundamental.

Por fim, é inegável que o uso de ferramentas tecnológicas populares (celulares smartphones, tablets etc.) representou benefícios relevantes para o acompanhamento de pacientes. Todavia, ainda não existem dados e reflexões aprofundadas e consolidadas sobre o uso de tecnologias em conglomerados urbanos e favelas como ferramentas de apoio à APS brasileira. Dessa forma, o desafio principal é articular as tecnologias de telemedicina como braços auxiliares à atenção primária na ESF e não como eventual alternativa. Ainda mais no escopo de uma época em que discursos descontextualizados de eficiência e “enxugamento” perpassam a gestão da saúde (Nadai, 2020).

Da mesma forma que a APS é importante para o tratamento e acompanhamento longitudinal dos pacientes, ferramentas da telemedicina podem se revelar como instrumentos auxiliares fundamentais, tanto em tempos de crise e distanciamento quanto de forma contínua na geração, gestão e uso estratégico de informações à serviço da vigilância sanitária, cuidados e promoção da saúde. Logo, deve-se dotar as equipes da atenção primárias de competências e meios para fazerem uso

---

<sup>39</sup> Por exemplo, muitos cidadãos carregaram consigo sequelas geradas pela COVID-19, desde problemas respiratórios graves até uma intensificação da perda de cabelo.

qualificado de novas tecnologias, com destaque para a inteligência de dados à serviço da lógica preventiva nas estratégias de saúde da família. Ainda não se sabe qual o ponto de uso consciente das tecnologias na atenção à saúde, no entanto, há espaços para incorporar as tecnologias nos atendimentos e, principalmente, na difusão da educação sanitária para educação.

Conforme discutido em detalhe por Falcón (2022), os desafios para incorporação das atuais tecnologias consideradas de fronteira (big data, inteligência artificial, IoT, etc.) na saúde são inúmeros. Da mesma forma, muitos são os potenciais benefícios. A autora destaca os riscos e usos indevidos durante a pandemia, contribuindo para vazamento de dados pessoais, uso indevido dos dados dos pacientes, crimes e corrupção no pagamento de serviços, dentre outros problemas de cibersegurança. A autora aponta para a necessidade de um marco legal e regulatório e sua efetiva implementação para garantir a proteção da identidade digital das pessoas e o uso dos dados associados. Nessa perspectiva, a autora aponta para o potencial de mobilização de tecnologias como a de blockchain, para constituir um sistema privativo, porém aberto, descentralizado e seguro de gestão de informações em uma base de dados única a nível nacional sobre as condições de saúde dos cidadãos e de todo seu histórico médico, além de permitir a gestão transparente das prestações de serviço no escopo do SUS e sua remuneração através dos fundos de saúde. A mobilização adequada desse conjunto de tecnologias permitirá à atenção básica exercer plenamente seu papel proposto de porta de entrada e ordenadora da rede de cuidados.

### **8.3. Participação social, relações de poder e governança**

O avanço em uma perspectiva integral e sistêmica de saúde nas comunidades em foco requer uma contextualização da dinâmica das relações de poder e da participação cidadã em políticas públicas voltadas à saúde. Nesse sentido, cabe lançar um olhar histórico sobre o processo de formação do sistema de saúde do país e a discussão de intersectorialidade das políticas públicas e suas potencialidades, que se fazem essenciais para superar os desafios de seu desenho e aplicação no contexto de territórios vulneráveis como as favelas.

A Constituição de 1988 instituiu que a saúde é um direito social e que é dever do Estado prover o seu acesso por meio de políticas sociais econômicas, dando início a um projeto de sistema público de saúde no país. Piola e Viana (2008, apud Piola et. al, 2008, p.102) descreveram o sistema de saúde brasileiro como “[...] excludente, segmentado, com forte hegemonia privada na oferta e ênfase nas ações de recuperação da saúde”, cujo caráter da assistência médico-hospitalar não era universal e os cidadãos contemplados por ele eram somente aqueles que contribuíam para o seguro social e estavam inseridos no mercado de trabalho formal.

A partir do movimento sanitário de 1980, foram defendidos quatro pontos principais, que serviram de base para a Constituição Federal de 1988:

i) concepção de saúde como direito universal de cidadania; ii) a compreensão da determinação da saúde e doença pelas relações econômicas e sociais prevalentes; iii) a responsabilidade do Estado na garantia do direito e a necessidade de criar um sistema público unificado de saúde e de livre acesso a toda a população, superando a antiga dicotomia organizacional e de usuários que advinha da existência separada dos serviços de saúde pública e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); e iv) a participação e o controle direto, isto é, o controle social deste sistema unificado por representantes da população e das entidades civis da sociedade. (PIOLA et. al,2008 p.107).

Ainda que diversos direitos relacionados à saúde tenham sido conquistados a partir do processo de redemocratização, o contexto em que esses espaços estão inseridos e a concentração de poder decisório nas mãos de determinados grupos sociais contribuem para o adoecimento da população. Lima (2017) aponta para a existência de um déficit democrático construído historicamente em territórios à margem da sociedade. Além disso, destaca que as políticas de saúde são indissociáveis do entendimento de que essa fragilidade provém de aspectos tanto sociais e econômicos, quanto ambientais e que, portanto, a concepção e operacionalização dos serviços de saúde dependem da orquestração com outras esferas, em um processo de intersetorialidade e participação social. Nesse sentido, o autor aponta que, na Saúde, é pertinente circunscrever a delimitação da atuação não por regiões administrativas ou bairros, mas com base nas relações de poder que vivenciam o espaço (ou extrapolam a existência nele), cuja centralidade está nas pessoas. O território saudável seria, portanto, aquele em que as relações de poder permitam o desenvolvimento da vida e da saúde por meio do empoderamento desses atores.

Nesse contexto, o conceito de Governança aparece como a ação circunscrita nas teias de poder estabelecidas em determinado território, que não pode ser restringida a instituições formais como órgãos públicos ou empresas (públicas ou privadas). O seu exercício, por sua vez, é dado por redes de poder socioterritoriais que permitem o relacionamento entre os diversos grupos sociais, públicos e privados em busca de determinado objetivo. Portanto, faz-se a necessidade de identificá-las. O autor destaca ainda os desafios inerentes à existência de redes que se organizam com o objetivo de manter os mecanismos de dominação sobre outro grupo (LIMA, 2021).

Em um território de exceção como Manguinhos, merece destaque a experiência de formação de um conselho local de saúde, denominado Conselho Gestor Intersetorial (CGI), conforme descrito acima. Segundo Souza (2021), para sua organização, foi definido um eixo de articulação intersetorial dos atores sociais no âmbito de atuação da assessoria de cooperação social da ENSP/Fiocruz, por meio da tecnologia social chamada “Governança do Território Saudável”. Buscou-se identificar e articular os atores sociais do território em torno da luta pela saúde, estabelecendo diálogos com lideranças tanto formais ou institucionalizadas (associações de moradores, Fiocruz e suas unidades), quanto informais (pessoas com papel de liderança reconhecido no território).

Sua atuação, em primeiro lugar, põe em prática efetivamente o preceito de participação social que é diretriz fundante do SUS em uma escala adequada e viável ao efetivo exercício da participação social

nas decisões: a microescala das comunidades, que guardam características específicas e distintas dos bairros vizinhos da cidade, nos quais relações de identidade e confiança oferecem bases para a colaboração. Tal arranjo se coloca como força necessária e oposta à tendência de imposição externa e descontextualizada de diretrizes políticas, como se observou no contexto das obras do PAC em Manguinhos. Arranjos escusos entre poder público e poder paralelo no território permitiram esvaziar o potencial papel que a sociedade civil organizada poderia ter em uma iniciativa de intervenção como as do PAC. Como relata Trindade (2013, p. 15):

Os moradores de Manguinhos e suas lideranças foram tratados, na maior parte das vezes como o outro no processo, não o do diálogo e da construção compartilhada de soluções. Como um beneficiário final, que participaria da política pública da forma organizada de cima para baixo e não pautados por reivindicações próprias.

A Constituição Federal de 1988 assegura que a descentralização por meio da municipalização das decisões de políticas públicas teria como objetivo potencializar o diálogo entre a sociedade civil e o Estado. Contudo, Trindade (2013) aponta que as diretrizes de política urbana, habitação e saneamento por meio do Ministério das Cidades não foram capazes de incluir os diferentes grupos sociais, mesmo tendo a participação social como um de seus pilares; e mais: a criação de diversas frentes de decisão em diferentes escalas de governo tornou a ação desses segmentos rarefeita, minando seu potencial decisório. O trabalho mostra que, em Manguinhos, pouco diálogo sobre a definição dos gastos públicos foi realizado, e o espaço das audiências públicas foi utilizado para a apresentação de projetos previamente delineados. Reforçando esse cenário, no decorrer da implementação do PAC, representantes do governo do estado não mais se reuniram com lideranças de Manguinhos e moradores de forma coletiva, individualizando as demandas de determinados grupos. Dessa forma, o planejamento não foi alvo de diálogo, deslocando a participação popular para a esfera da operacionalização das políticas.

Nesse sentido, Trindade (2013) destaca que, ao mesmo tempo em que se tem a impressão de um avanço da participação social, em especial a partir da penúltima década, há uma retração dela. Desse modo, o aparelho estatal continuaria servindo à classe hegemônica, ainda que sob um discurso de diálogo com a população e lideranças locais. Aqui, cabe destacar a propagação e solidificação do pensamento neoliberal, que se utiliza de uma reformulação da socialdemocracia (ou Terceira Via) e torna as relações de classes cada vez mais diluídas em prol de uma atuação condicionada a demandas específicas e uma descentralização participativa; com isso, estimulam o individualismo como valor moral e promovem o ideal de voluntariado como virtude. A militância social, então, é subjugada pelo capital, cuja atuação se dá por meio do valor e não por ideais universalizantes de políticas sociais (FONTES, 2005 apud. TRINDADE, 2013).

Em segundo lugar, a experiência do CGI se apresenta como uma de muitas tentativas de construção de coesão e participação cidadã, em oposição às forças de ruptura derivadas das disputas de poder (com destaque para o crime organizado). Como atesta a história dessas comunidades, a

colaboração e a luta coletiva estão no cerne do desenvolvimento desse território, apesar da marginalização imposta pelo poder público, através da provisão desigual de serviços públicos e infraestrutura urbana.

A construção desses territórios perpassa a questão da incerteza em relação às diferentes dimensões e grupos de poder, que é essencial para o diálogo e desenho de políticas públicas adequadas à realidade desses territórios. Tratando-se de políticas voltadas à saúde, especialmente àquelas viabilizadas pelas Estratégias de Saúde da Família, a confiança nas relações entre os atores é essencial para que as demandas de saúde sejam cumpridas. Como Straten et al. (2002, apud. SILVA, 2007) apontam que a confiança é definida, em saúde, como a expectativa que os usuários do sistema têm de serem tratados de forma adequada, seja por experiência pessoal ou de outras pessoas que usufruíram de determinado serviço de saúde, por exemplo, seja pela divulgação, pela mídia, do que ocorre no sistema de saúde. Desse modo, ela seria capaz de produzir acolhimento e vínculos que permitam o entendimento das verdadeiras necessidades desses espaços e a identificação de valores que facilitem a mobilização popular em prol da busca pelos seus direitos.

Conforme evidenciam Valentim e Kruel (2007) o desafio de consolidação da ESF está atrelado, de fato, à orquestração de uma teia complexa de relações de confiança. A figura abaixo resume essas relações envolvendo diferentes grupos de atores envolvidos, evidenciando sua complexidade e também o desafio que constitui o fortalecimento dessa rede em um contexto de vulnerabilização e forte peso de poderes paraestatais. Destacadamente, a efetividade de políticas públicas, como a de saúde, está fortemente condicionada à confiança no Estado. Isto se torna especialmente desafiador no contexto de descontinuidade e fragmentação das políticas públicas nessas comunidades, fortemente determinadas pelos ciclos eleitorais e caracterizadas pela falta de um diálogo efetivo e co-determinação por parte dos beneficiários (LIMA, 2022). O CGI, em articulação com o Conselho Comunitário de Manguinhos, figura como uma instância privilegiada para promover a aproximação entre esses diferentes tipos de atores e contribuir para a consolidação de relações e confiança perenes e sólidas.

**Quadro 2 - Relações de confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família**

EM QUEM CONFIA					
QUEM CONFIA	ENVOLVIDOS	Equipes de Saúde da Família	Gestor de Saúde	Lideranças Comunitárias	Usuários Atendidos pelo Programa de Saúde da Família
	Equipes de Saúde da Família	estímulo à cooperação e compartilhamento de informações	desempenho do trabalho com zelo	facilitação da aquisição de informações a respeito das comunidades	diagnósticos das famílias e da comunidade melhor elaborados

<b>Gestor de Saúde</b>	tomada de decisões e elaboração de políticas públicas de saúde melhor embasadas	não analisada	facilitação do apoio político ao governo	maior aceitação dos diagnósticos recebidos como fidedignos, podendo ajudar no atendimento das reivindicações
<b>Lideranças Comunitárias</b>	facilitação do compartilhamento de informações; reconhecimento e legitimação do trabalho; facilitação da mobilização e sensibilização da comunidade quanto ao trabalho das equipes	reivindicações da comunidade levadas de forma mais rápida e precisa	ganho de força política para lutar pelas reivindicações e necessidades da comunidade	redução de incertezas quanto às solicitações da comunidade; estímulo à luta por necessidade da comunidade
<b>Usuários Atendidos pelo Programa de Saúde da Família</b>	melhor aceitação do trabalho da equipe, inclusive dos tratamentos; maior fidedignidade dos dados fornecidos	facilita a aceitação e reconhecimento do trabalho da equipe de saúde	certeza de que suas reivindicações serão levadas ao gestor de saúde	aumento da chance de mobilização popular e luta por direitos e reivindicações

Fonte: Valentim e Kruehl (2007)

Por fim, o CGI busca colocar em prática uma lógica efetiva de intersetorialidade, a qual é especialmente cara a territórios em que os determinantes sociais da saúde se manifestam de forma tão explícita, majorando os riscos de adoecer.

A experiência foi singular, pois foi fomentada e construída com apoio da Fiocruz, a então responsável pela gestão da ABS no território de Manguinhos, através do contrato de gestão estabelecido entre a prefeitura e a ENSP/Fiocruz (tendo a Fiotec como gestora financeira) de 2009 até o início de 2021 (conforme descrito na seção 6.1 acima). A gestão focou, especificamente, nas comunidades desse bairro, com uma busca proativa de fazer dessa atuação uma oportunidade de explorar caminhos para o aprimoramento da ABS e de sua gestão, sendo decisivos para a estreita articulação do CGI com a gestão. Com o fim da gestão pela Fiocruz e posterior gestão assumida pela OS Viva Rio, Manguinhos passa a se encontrar em condições similares às demais favelas e complexos da cidade, sem que exista uma gestão com foco específico, dedicada e voluntariosa. Nesse novo contexto, é pouco provável que o CGI consiga manter o mesmo papel e relevância na construção de um diálogo intersetorial de participação da sociedade, tendo em vista a lógica padronizada de gestão da OS que assumiu o território e a grande extensão territorial e contingente populacional que esta assume na cidade do Rio de Janeiro.

Mas, de toda forma, a experiência ilumina caminhos de fundamental relevância para outras comunidades, com uma lógica distinta de gestão da saúde pública e de políticas públicas nas mais diferentes frentes em territórios marginalizados. Em um contexto de fragilização da atenção básica e da ESF, conforme discutido acima, é especialmente importante fazer oposição a discursos que

sugerem a terceirização à iniciativa privada como solução para a ineficiência do Estado na provisão dos serviços de saúde. A experiência do CGI evidencia como a gestão da ABS pode ter na escala local um interlocutor fundamental, auxiliando o Estado a cumprir sua missão institucional, dando aderência e coerência às iniciativas e estruturas de saúde. Em oposição à atual lógica de gestão baseada na parceria público-privada (prefeitura e OSs), advoga-se a favor de uma lógica de parceria público-comunitária, tendo a prefeitura como responsável pela gestão do sistema como um todo, mas tendo em organizações representativas, como o CGI, parceiros na adequação das estruturas, equipes e estratégias a cada território.

Tal modelo de gestão coletiva e solidária, sem que o poder público perca as rédeas da alocação adequada de recursos e seu eficiente uso, pode ser viabilizado também com a implementação de novas tecnologias, destacadamente ferramentas de contratos inteligentes baseados na tecnologia de blockchain. Falcón (2022), em nota técnica que compõem o presente projeto de pesquisa, discorre detalhadamente sobre o potencial de emprego dessa tecnologia na área da saúde. Uma esfera de central importância diz respeito à discussão do subitem anterior: o potencial de criação de um sistema seguro para registro e uso seguro das informações de saúde de todos os cidadãos do país, tornando seu prontuário e histórico médico disponível em qualquer instituição de saúde do país e a qualquer momento. Outra esfera muito importante se refere à discussão desta subseção: a gestão democrática e participativa da atenção primária à saúde. Experiências recentes de criação de modelo de negócio descentralizado e democrático<sup>40</sup>, constituem interessantes referências. A partir das competências existentes em programação em instituições públicas brasileiras, pode ser criado um sistema privado (no sentido de o acesso ser limitado organizações específicas), constituindo um modelo de gestão inteligente no qual o poder de voz e decisão é efetivamente exercido de forma democrática a partir do “voto” de associações e outras organizações de representação nas comunidades. Um sistema dessa espécie carrega o potencial de viabilizar efetiva participação social democrática na esfera local, aliado com total transparência e rastreabilidade de transações, permitindo uma gestão centralizada, ágil e transparente pelas secretarias municipais e estadual, suplantando qualquer discurso de pretensa ineficiência do poder público para justificar que se delegue a terceiros a gestão da atenção primária à saúde.

#### **8.4. Visão ampla de saúde e APLs relacionados**

As perspectivas de desenvolvimento de atividades produtivas em articulação com a política de saúde nos complexos de Maré e Manginhos se desdobram em duas frentes relacionadas.

Em primeiro lugar, é oportuno explorar as potenciais articulações e encadeamentos com o complexo econômico e industrial da saúde. A visão ampliada do CEIS, conforme proposto por Lastres et al.

---

<sup>40</sup> <https://ethereum.org/en/dao/>

(2022), se mostra fundamental para iluminar os potenciais espaços de articulação da população dos complexos de favelas e das estruturas e competências produtivas existentes com o núcleo da saúde. Como eixo estruturante da demanda figuram os estabelecimentos de serviços de saúde, dentro do próprio território e no seu entorno imediato.

A experiência da Cootram (1994 a 2005), relatada acima, evidencia o amplo potencial de mobilização da mão de obra das comunidades na prestação de serviços simples e complementares, tais como os de limpeza, jardinagem e manutenção predial das Unidades da Fiocruz no Rio de Janeiro. Mais do que isto, a iniciativa mobilizou também a base para a prestação de serviços mais especializados, com a promoção de capacitação nas áreas de limpeza hospitalar, por exemplo.

A experiência relatada acima de parceria entre Bio-Manguinhos e as “Costureiras da Varginha” evidencia o potencial de produção de materiais utilizados inclusive diretamente nas atividades de prestação de serviços, como as sapatilhas descartáveis, toucas, máscaras e outros à base de TNT. Embora não se tenha encontrado relatos de continuidade dessa iniciativa específica no período mais recente, as diversas iniciativas de produção de máscaras de tecido, fomentadas por organizações de representação e ONGs durante a pandemia - Tecendo Máscaras e Cuidados -, evidenciam as capacidades produtivas na área de confecções.

Embora não se verifique uma articulação direta entre a produção de alimentos e a demanda estabelecida por estabelecimentos de saúde, cabe também destacar o caso da maior horta urbana da América Latina, em Manguinhos, como espaço de oportunidade para articulação com o CEIS. Além de se caracterizar como um alimento saudável, produzido sem uso de agrotóxicos, a organização da produção é regida também por princípios de economia solidária.

Observam-se desafios que perpassam todas essas experiências. Todas são ou foram dependentes de um apoio explícito e contínuo de uma organização pública, sem constituírem bases para sua sustentabilidade econômica no médio e longo prazo. A produção de sapatilhas descartáveis em TNT foi impulsionada pela demanda direcionada à cooperativa de costureiras, enquanto iniciativa deliberada de apoio de Bio-Manguinhos ao desenvolvimento socioeconômico. A experiência da horta comunitária conta com uma base financeira mínima garantida pelo programa de bolsas de apoio da prefeitura.

A Cootram contou com sistemático apoio da Fiocruz através de iniciativas de capacitação, além da demanda direta pelos serviços dos cooperados, é claro. Por outro lado, conforme explicitado por Santos (2022), a própria tutela exercida pela Fiocruz, com sua participação e influência no conselho gestor da cooperativa, pode ter contribuído para que a cooperativa não amadurecesse e fortalecesse estruturas e dinâmicas de auto-gestão baseadas e centradas nas pessoas da própria comunidade. Como a Fiocruz também era a contratante dos serviços, sua ingerência na gestão da própria cooperativa contribuiu para reproduzir relações tradicionais entre capital e trabalho, esvaziando o poder emancipatório da autogestão baseada em preceitos de economia solidária.

Ademais, a experiência da Cootram também evidencia a dimensão dos obstáculos postos por uma lógica burocrática, decorrente de amarras legais. A alegação de que a relação contratual entre Fiocruz e Cootram não teria seguido os adequados ritos estabelecidos pela legislação que rege compras por organizações públicas evidencia a total falta de sensibilidade e incapacidade do aparato estatal formal de compreender a realidade de comunidades vulnerabilizadas e de estruturar instrumentos de apoio adequados. Lima (2022) mostra que a mesma lógica perpassa outras iniciativas de apoio, como é o caso de projeto recente da prefeitura, que exige que as interlocutoras no território sejam organizações ou associações com CNPJ registrado e ativo há pelo menos três anos. Seguindo na mesma toada, Santos (2022), aponta a tentativa frustrada de se buscar financiar APLs nas favelas a partir de recursos do fundo social do BNDES, que não conseguiu avançar devido à exigência colocada pela burocracia do banco de que as empresas apoiadas possuíssem seus imóveis com registro regularizado junto ao Registro Geral de Imóveis.

Conforme discutido na seção anterior, essas incongruências kafkianas reforçam a importância de o Estado investir as instâncias de representação dessas comunidades de autoridade enquanto interlocutor com o poder público, tanto para construir, implementar e avaliar políticas, quanto para exercer o papel de intermediário ou “validador” para o direcionamento de recursos de apoio a coletivos e empreendimentos na favela.

Também, essas incongruências reforçam a necessidade de se avançar em direção a novos marcos legais. Os desafios são muitos para que cooperativas populares consigam se estruturar, ao ponto de participarem, em igualdade de condições com empresas tradicionais, de licitações para a provisão de produtos e prestação de serviços para órgãos públicos. Portanto, é preciso avançar em perspectivas sobre mudanças no marco legal que confirmem às organizações regidas por princípios da economia solidária<sup>41</sup> condições efetivas de disputarem licitações para compras públicas ou que viabilizem a dispensa de licitação dentro de certos limites de valor.

Conforme ressaltado por Falcón (2022), as mudanças no marco legal de contratações públicas dadas pela Lei 14133 de 2021 podem abrir espaço para regulamentações complementares construtivas. Sobretudo, se vislumbra no critério definido por essa lei de “melhor retorno econômico” a possibilidade de se associar o retorno econômico ao fortalecimento das redes produtivas locais e de

---

<sup>41</sup> No marco da economia solidária, as cooperativas populares cumprem um papel central. Os empreendimentos solidários funcionam em uma lógica diferente dos empreendimentos capitalistas convencionais. As cooperativas populares, principal exemplo de unidade produtiva solidária, se estrutura a partir da união de trabalhadores em situação de vulnerabilidade social que, cooperados, se organizam de forma não hierárquica, com apoio mútuo, divisão igualitária de ganhos e tomada de decisão conjunta em modelo de autogestão (SINGER, 2014). A economia solidária pode representar um vetor importante dentro de uma estratégia de desenvolvimento. O motivo para tal potencial estratégico está na grande capacidade deste tipo de empreendimento em gerar emprego com uma lógica inclusiva, evitando a concentração de renda e promovendo a cidadania e o senso de pertencimento à comunidade entre as populações menos favorecidas.

empreendimentos que favorecem a apropriação de maior parcela da renda pelos seus trabalhadores, como no caso de cooperativas e empreendimentos familiares de pequeno porte.

Recomenda-se igualmente promover microempresas e empresas de pequeno porte (MPEs) das comunidades através de compras do SUS. Cabe notar que já existem dispositivos legais que estabelecem uma margem de preferência para MPEs em processos de aquisição de bens e serviços por órgãos públicos. Dentre os dispositivos mencionados, que estão presentes no decreto nº 8.538/2015 (que substitui o decreto nº 6.204/07 e regulamenta os arts. 42 a 49 da Lei Geral), destacam-se os seguintes:

- Tratamento preferencial nas licitações – nas licitações com valor de até R\$ 80 mil, as MPEs têm exclusividade; nas licitações com valores superiores, estabelece-se a de reserva de 25% da contratação de bens que sejam divisíveis e a subcontratação de parte do valor contratado com médias ou grandes empresas;
- Comprovação de regularidade fiscal – flexibilidade para a apresentação da comprovação, sendo essa exigida somente no ato da assinatura de contrato de fornecimento ou prestação de serviço com órgão público, não sendo impeditivo para participação em licitação;
- Critério de desempate em licitações – preferência dada às MPEs na contratação quando essas apresentarem propostas com valor igual ou superior em até 10% ao da proposta melhor apresentada por empresa de outro porte.

Adicionalmente, conforme mapeamento realizado por Mazzeu (2017) e de acordo com levantamento feito pela Rede de Gestores de Políticas Públicas de Economia Solidária (2015), existem diferentes meios através dos quais os entes federativos podem apoiar o desenvolvimento de empreendimentos da Economia Solidária. Além dos apoios de corte ofertista – abertura de linhas de crédito, treinamento, capacitação e afins – também há instrumentos que possibilitam garantir demandas para as cooperativas através de compras públicas sem a necessidade do uso do arcabouço convencional de licitações. Esse último tipo de apoio é explicitamente previsto no marco legal do Plano Nacional de Economia Solidária, que apesar das iniciativas de desmonte da área pelo governo federal, segue em vigor.

Conforme indicação da Rede de Gestores de Políticas Públicas de Economia Solidária (2015), a criação e operacionalização de tal tipo de instrumento em qualquer área, inclusive na da saúde, passa pelos seguintes passos:

- A articulação entre órgãos públicos municipais, movimentos sociais e empreendimentos da economia solidária;
- O estabelecimento de um marco legal para a economia solidária no município
- A criação de legislação específica que sirva de base para a criação de um programa municipal de compras públicas na área de saúde voltado a cooperativas (ex.: compra de artigos têxteis, alimentícios ou contratação de serviços de limpeza e de coleta de resíduos)

- O estabelecimento do(s) decreto(s) que regulamentem a(s) lei(s) ordinária(s) mencionada no item anterior; e
- Por último, o lançamento de editais públicos com chamadas especificamente voltadas às cooperativas populares locais para o atendimento de demandas por produtos e serviços do SUS no município.

Ao mesmo tempo, a prefeitura municipal, uma vez que optou por consolidar o modelo de gestão centrado em OSs, pode lançar mão da flexibilidade conferida a essas organizações na execução de recursos para inserir nos contratos de renovação diretrizes objetivas e explícitas de contratação de serviços e aquisição de produtos junto à comunidade local e junto a organizações regidos pelos princípios da economia solidária. Em perspectiva mais propositiva, a adoção de outros formatos de gestão, com protagonismo da sociedade organizada das comunidades pode estar associado a esse apoio à socioeconomia local.

Também cabe destacar a possibilidade de estabelecer parcerias com a Incubadora Popular de Cooperativas Populares da COPPE (ITCP/UFRJ). A ITCP tem uma trajetória consolidada de mais de 24 anos de existência, sendo notoriamente reconhecida por seu pioneirismo no trabalho junto a cooperativas populares a partir das universidades no Brasil e no exterior. Pela qualidade das competências acadêmicas que aporta às suas iniciativas de extensão, a metodologia de incubação de cooperativas desenvolvida pela ITCP da UFRJ se disseminou por todo o país, inspirando a criação de cerca de 60 outras incubadoras no país.

Em segundo lugar, como discutido ao longo deste trabalho, a discussão das oportunidades de promoção do desenvolvimento territorial a partir e em articulação com o sistema público de saúde, traz para o centro da discussão os determinantes sociais da saúde em sentido amplo. Dentre esses, destacam-se as oportunidades de trabalho e renda e seus desdobramentos sobre as possibilidades de consumo, de construção de autoestima e exercício de cidadania. Conforme destacam Buss et al. (2008), a saúde deve ser entendida dentro de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, como padrões de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho, educação, ambiente físico, ambiente social de apoio a famílias e indivíduos, estilo de vida e de cuidados de saúde.

Portanto, estabelece-se amplo espaço de oportunidade para a promoção da intersetorialidade em políticas públicas. Políticas de secretarias municipais, como as de Desenvolvimento Econômico, Inovação e Simplificação, de Trabalho e Renda, de Cultura, de Educação, de Habitação, de Planejamento Urbano, entre outras, podem se engajar na promoção de atividades econômicas em perspectiva ampla nessas comunidades, contribuindo, assim, substancialmente, para a melhoria das condições de saúde da população.

Contudo, conforme alerta Santos (2022), a intersetorialidade em políticas públicas não consiste apenas na atuação simultânea de diferentes áreas das políticas. Ela requer sobretudo uma

orquestração em torno de uma estratégia de promoção do desenvolvimento integral dessas comunidades. Nesse sentido, pensar em APLs em perspectiva emancipatória é pensar algo mais estruturante, associado a uma estratégia, que, por sua vez, decorre de uma concepção adequada do desenvolvimento, como preconizado por uma perspectiva multidimensional da sustentabilidade (Sachs, 2009). Um exemplo dado por Santos (*ibid*) é o apoio à estruturação de cadeias curtas envolvendo a produção de alimentos em hortas urbanas, crédito para produtores rural e comerciantes da favela, favorecendo o consumo dentro das próprias comunidades, contribuindo para a segurança alimentar e a ingestão de um alimento de qualidade (sem agrotóxicos), o que, por sua vez, tem claros desdobramentos sobre a saúde das pessoas.

Nessa perspectiva ampla e considerando os dados apresentados acima acerca da oferta de postos de trabalho, formais e informais, dentro das comunidades fica evidente a relevância e o desafio para a promoção de maior circulação da renda dentro dessas comunidades, reduzindo o seu “vazamento”. São muitas as experiências baseadas em moedas e bancos comunitários que têm buscado atacar esse desafio, as quais têm contribuído para o crescimento do comércio local, além do surgimento de atividades manufatureiras e de serviços direcionados à demanda da própria população, a provisão de microcrédito para produção e consumo, a incubação de empresas regidas por princípios de economia solidária (CORDEL, 2008; Fare et al., 2013; Nascimento, 2015; Rigo et. al. 2015; Maturana, 2019).

### **Considerações Finais**

A pesquisa realizada para este relatório se baseou, sobretudo, no levantamento bibliográfico, na análise de dados secundários e na coleta de opiniões e proposições através da realização de webinários públicos, organizados pela Rede de Pesquisa em Sistemas Produtivos e Inovativos RedeSist-IE/UFRJ<sup>42</sup>. As perspectivas e proposições discutidas na última seção representam o ponto de convergência desses diversos esforços. Contudo, para que venham a constituir um corpo único, articulado e estratégico de propostas, se fazem necessárias rodadas de escuta junto aos mais diversos atores que compõem o sistema de inovação em saúde nos territórios de Manguinhos e Maré. Em rodada futura da presente pesquisa será possível empreender tal escuta e validação, caminhando em direção a um corpo consistente e amplamente validado de propostas que podem contribuir para potencializar o papel da saúde pública como eixo de promoção do desenvolvimento nas comunidades vulnerabilizadas do Rio de Janeiro.

---

<sup>42</sup> Disponíveis em: <https://www.youtube.com/channel/UCZ0T5p-N4TU7sh0F18FuXAA>.

## Referências Bibliográficas

- AMARAL, L. M.; TEIXEIRA JUNIOR, J. E. **Cuidado remoto na APS: experiência do uso do celular em uma equipe de Saúde da Família de área de favela durante a crise da COVID-19**, Juiz de Fora. Revista APS. v. 23, n. 3, p. 706-716, 2020.
- AROCENA, R.; GÖRANSSON, B.; SUTZ, J. **Developmental Universities in Inclusive Innovation Systems: Alternatives for Knowledge Democratization in the Global South**. 1 ed. Londres: Palgrave Macmillan, 2018.
- AROUCA, L. Webinário RedeSist “**Saúde como eixo Promotor do Desenvolvimento nas (e a partir das) Comunidades Vulnerabilizadas do Rio de Janeiro**”. 10 de fevereiro de 2022. Disponível em: < <https://www.youtube.com/channel/UCZ0T5p-N4TU7sh0F18FuXAA> >
- BARBOSA, R. S.; GIFFIN, K. **Gênero, saúde reprodutiva e vida cotidiana em uma experiência de pesquisa-ação com jovens da Maré**, Rio de Janeiro. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. v.11, n.23, p.549-67, 2007.
- BARRA, S. A. R. **Gestão da estratégia saúde da família: o desafio de consolidar a intersetorialidade**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.
- BOGHOSSIAN, C.O. **Participação e saúde na trajetória de jovens da Maré**. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. **Manual de orientações para contratação de serviços do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa, et a. (Orgs.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 1, p. 77-93, Abr 2007.
- CARVALHO, D. A. **Contaminação do solo de Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), por hidrocarbonetos policíclicos aromáticos: uma análise socioambiental preliminar e um breve histórico da ocupação do território**. 2020. 196 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública e Meio Ambiente) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2020.

CASSIOLATO, J. E.; LASTRES, H. M. M. (eds.) **Globalização e inovação localizada: Experiências de Sistemas Locais no Mercosul**. Brasília: IBICT/IEL, 1999.

CASSIOLATO, J. E.; LASTRES, H. M. M. **Discussing innovation and development: Converging points between the Latin American school and the Innovation Systems perspective**, Globelics Working Papers Series, Working Paper 08-02. 2008.

CASSIOLATO, J. E.; SOARES, M. C. C. **Health Innovation Systems, Equity and Development**. Rio de Janeiro: E-Papers, 2015.

CAVALLIERI, F.; LOPES, G. P. **Coleção Estudos Cariocas: Índice de Desenvolvimento Social - IDS: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Instituto Pereira Passos, 2008.

CAVALLIERI, F.; VIAL, A. **Coleção Estudos Cariocas: Favelas na cidade do Rio de Janeiro: o quadro populacional com base no Censo 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Pereira Passos, 2012.

CAVALLIERI, Fernando; LOPES, Guto P. **Coleção Estudos Cariocas: Índice de Desenvolvimento Social - IDS: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Instituto Pereira Passos, 2008.

CAVALLIERI, Fernando; VIAL, Adrian. **Coleção Estudos Cariocas: Favelas na cidade do Rio de Janeiro: o quadro populacional com base no Censo 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Pereira Passos, 2012.

CÉSAR, C. C. M. **Estratégia de saúde da família em território conflagrado pela violência armada: o desafio das ações de promoção da saúde no Complexo da Maré**. Dissertação de Mestrado, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV/Fiocruz. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS DE SAÚDE. **Fiocruz lança programa de parcerias para ações contra Covid-19**. 2020. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/fiocruz-lanca-programa-de-parcerias-para-acoes-contracovid-19/>>. Acesso em: 15 Nov. 2021.

CORDEL-BNB. **Sondagem das Experiências de Moedas Alternativas em Curso no Brasil**. Centro de Estudos para o Desenvolvimento Local – CORDEL / Banco do Nordeste do Brasil, setembro de 2008.

Cuidado remoto na APS: experiência do uso do celular em uma equipe de Saúde da Família de área de favela durante a crise da COVID-19 - Luiz Montes do Amaral<sup>1</sup>, Jorge Esteves Teixeira Junior

FALCON, M. L. O. et al. **Saúde e Inovação: Territorialização do Complexo Econômico-Industrial da Saúde em Sergipe - ASPIL da Educação Profissional de Lagarto**. Nota Técnica da Pesquisa

Saúde e Inovação. Rede de Pesquisa em Sistemas e Produtivos e Inovativos (RedeSist) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2013.

FALCON, M. L. O. Webinar RedeSist “**Saúde como eixo Promotor do Desenvolvimento nas (e a partir das) Comunidades Vulnerabilizadas do Rio de Janeiro**”. 10 de fevereiro de 2022. Disponível em: < <https://www.youtube.com/channel/UCZ0T5p-N4TU7sh0F18FuXAA> >

FARE, M.; FREITAS, C. de; MEYER, C. **Community currencies in Brazilian community development banks: what role in territorial development? The case of Banco Palmas**. In: International Conference on Social and Complementary Currencies (Vol. 2), 2013.

FERNANDES, T. M, e COSTA, R. G. R. Histórias de pessoas e lugares: memórias das comunidades de Manguinhos [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, 230 p. ISBN: 978- 85-7541-602-0. Available from: doi: 10.7476/9788575416020. Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/kprj8/epub/fernandes-9788575114520.epub>.

FERNANDES, T. M.; COSTA, R. G. **As comunidades de Manguinhos na história das favelas no Rio de Janeiro**. Revista Tempo. 2007; v. 17, n. 34, p.117-133, 2013.

FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz), 2021. Radar Favela Covid-10. < <https://portal.fiocruz.br/noticia/radar-covid-19-favela-traz-especial-maternidades-e-juventudes-entre-lutos-e-lutas-pela-vida>>

FIOCRUZ. **Cooperação Social**. 1 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019.

FIOCRUZ. Instituto Oswaldo Cruz (IOC). Criação do Instituto Soroterápico. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=60>. Acesso em: 13 fev. 2022.

FIOCRUZ. **PAC Manguinhos**: Problemas não resolvidos e recomendações. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

FIOCRUZ. **Programa Institucional territórios sustentáveis e saudáveis (PITSS)**: termo de referência conceitual e metodológico e proposta de governança. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

FRANCO, Dicionário de Favelas Marielle. **Complexo da Maré**. Dicionário de Favelas Marielle Franco, 2020. <[https://wikifavelas.com.br/index.php/Complexo\\_da\\_Mar%C3%A9](https://wikifavelas.com.br/index.php/Complexo_da_Mar%C3%A9)>. Acesso em: 15 Nov. 2021.

GADELHA, C. A. G et al. Saúde e Desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: VIANA, A. L.; IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. (Org.). **Saúde, Desenvolvimento e Território**. p.97-123, São Paulo: Hucitec, 2009.

GADELHA, C. A. G et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011.

GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1891-1902, Rio de Janeiro, Jun. 2018.

GIFFIN, K.; SHIRAIWA, T. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 5, n. 2, p. 24–44, 1989.

GIOVANELLA, L. et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da estratégia saúde da família em grandes centros urbanos. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.34, n.85, p. 248-264. abr/jun, 2010.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org). **Política de saúde: o público e o privado**, p.177-198, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

GONÇALVES, G. Fiocruz lança programa de parcerias para ações contra Covid-19. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, 2020. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/fiocruz-lanca-programa-de-parcerias-para-acoes-contracovid-19/>>. Acesso em: 07 de novembro de 2021

HASENCLEVER, L. PARANHOS, J. TORRES, R. Desempenho Econômico do Rio de Janeiro: Trajetória Passadas e Perspectivas Futuras. **Revista de Ciências Sociais**, v. 55, n. 3, pp. 681 a 711, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Regiões de Influência das Cidades 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. Bairros Cariocas (2021). Disponível em: <<https://pcrj.maps.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=7fe1b0d463e34b3b9ca2fafd50c3df76>>. Acesso em 16 de dez. 2021.

LASTRES, H. M. M.; APOLINÁRIO, V.; CASTRO, S. D.; MATOS, M. G. P. **A Dimensão Territorial da Saúde e do CEIS no Brasil nas Escalas Macrorregionais**. Relatório da Pesquisa “Desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas - CEIS 4.0, Redesist-IE/UFRJ e Fiocruz, 2022. No prelo.

LASTRES, H. M. M.; APOLINÁRIO, V.; CASTRO, S. D.; MATOS, M. G. P. Transformações e aprendizados da Covid-19 e a dimensão territorial da saúde: por uma nova geração de políticas públicas para o desenvolvimento. **Cadernos do Desenvolvimento**, v. 16, n. 28, p. 87-114, jan.-abr. 2021. <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/552>.

LENZI, M. F. **As invisibilidades do dengue**: um olhar sobre suas representações em uma favela do Município do Rio de Janeiro – retratos de uma vulnerabilidade. Tese (Doutorado em saúde pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, p. 10. 2008.

LENZI, M. F. et al. Estudo do dengue em área urbana favelizada do Rio de Janeiro: considerações iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 851-856, 2000.

LIMA, A. L. S. **“Não vou bater palma para maluco dançar”**: participação social nas favelas de **Manguinhos (Rio de Janeiro, 1993-2011)**. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, 2017.

LIMA, A. L. S. et al. **Cooperação social, territórios urbanos e saúde: diálogos e reflexões**. 1ª edição. São Paulo: Pimenta Cultural, 2021.

LIMA, A. L. S. Governança democrática territorial na promoção de territórios urbanos saudáveis: Apontamentos preliminares. *In*: LIMA, A. L. S.; VARGAS, A. L. B.; BUENO, L. B (org.). **Cooperação Social, Territórios Urbanos e Saúde**: diálogos e reflexões. São Paulo: Fiocruz, 2021, p. 52-75.

LIMA, A. L. S. O Estado que produz a informalidade: o caso dos Conjuntos Habitacionais de Manguinhos no âmbito do PAC-Favelas. Rio de Janeiro. **O Social em Questão** - Ano XXI - nº 42 - Set a Dez/2018.

LIMA, A. L. S. Webinar RedeSist **“Saúde como eixo Promotor do Desenvolvimento nas (e a partir das) Comunidades Vulnerabilizadas do Rio de Janeiro”**. 10 de fevereiro de 2022. Disponível em: < <https://www.youtube.com/channel/UCZ0T5p-N4TU7sh0F18FuXAA> >

LIMA, C. M.; BUENO, L. B. **Território, Participação Popular e Saúde: Manguinhos em debate**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

MATOS, M. et al. (Orgs). **Arranjos Produtivos Locais**: Referencial, experiências e políticas em 20 anos da RedeSist. Rio de Janeiro: E-papers, 2017.

MATOS, M. et al. **Desafios da regionalização do SUS à luz das centralidades na rede de cidades**. Nota técnica do Projeto Fiocruz e IE/UFRJ. Rio de Janeiro: RedeSist. IE/UFRJ, 2021.

MATOS, M. P.; LUSTOSA, M. C. J.; ROCHA, P. A. C.; ALMEIDA, L. V.; MOLL, B. S. **Sistemas Produtivos e Inovativos Locais como Ponte entre Incubadoras e Parques Tecnológicos e o Desenvolvimento Regional e Local**. Nota técnica final da Pesquisa. Rede de Pesquisa em Sistemas Produtivos e Inovativos (RedeSist), Rio de Janeiro, 2021.

MATOS, M.; SOARES, M. C.; CASSIOLATO, J. E.; Local Innovative and Productive Systems in Health: methodological framework. *In*: CASSIOLATO, J. E.; SOARES, M. C. **Health innovation systems, equity and development**. Rio de Janeiro: E-papers, 2015.

MATURANA K., A. V.; KOHLER, R; ZUGE D. C., L. G. **Moeda social como instrumento de desenvolvimento local**: um levantamento das práticas realizadas no território nacional. Anais do Simpósio Latino-Americano de Estudos de Desenvolvimento Regional, vol. 1, no 1, 2018.

MAZZEU, F. Políticas Públicas de apoio à Economia Solidária no Brasil: Contribuições para o Debate. **Revista Mundo do Trabalho Contemporâneo**, São Paulo, v.1.1, 2017, p.61-80.

MENDES, J. M. et al. Um estudo retrospectivo dos aspectos epidemiológicos da tuberculose na comunidade do Complexo de Manguinhos, localizado em área urbana do Rio de Janeiro, Brasil, 2000-2002. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 3, n. 4, p.443-447, 2006.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO. **Avaliação de políticas públicas: Guia prático de análise ex-post**. Brasília : Casa Civil da Presidência da República, 2018

NADAI, M. S. **Território de saúde e políticas públicas: da reforma à reorganização da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, 2020.

NASCIMENTO, E. P. **Moedas sociais digitais: estudo de caso de duas experiências em bancos comunitários**. Dissertação de Mestrado. FGV - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2015.

OLIVEIRA, R. M.; VALLA, V. V. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 77-88, 2001.

PANDOLFI, D. C.; GRZYNSZPAN, M. **A Favela Fala**. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

PARANHOS, J; HASENCLEVER, L. O sistema farmacêutico de inovação e o relacionamento empresa-universidade no setor farmacêutico do Estado do Rio de Janeiro. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, n.2, 2013, pp. 81-103.

PEOPLE'S PALACE PROJECTS; REDES DA MARÉ. **Construindo Pontes**. Rio de Janeiro: 1 ° ed., 2021

PINHEIRO, V. A. **COOTRAM - Cooperativa dos Trabalhadores Autônomos do Complexo de Manguinhos** - "Uma experiência emblemática" (1993-2003). Anais eletrônicos do 15º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, Florianópolis, Santa Catarina, 16 a 18 de novembro de 2016.

PINHEIRO, V. A. **COOTRAM – Cooperativa dos Trabalhadores Autônomos do Complexo de Manguinhos** – Fiocruz no desenvolvimento social e econômico de Manguinhos (1994-2005).

Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2017.

PINHEIROS, V. A. **COOTRAM - Cooperativa dos Trabalhadores Autônomos do Complexo de Manguinhos: uma experiência emblemática (1993-2003)**. Anais eletrônicos do 15º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, Florianópolis, Santa Catarina, 16 a 18 de novembro de 2016.

PIOLA, S. et al. Saúde. In: \_\_\_\_\_. **Vinte anos da constituição de 88**. Revista Políticas Sociais, v. 1, n. 17, pp. 97-105, 2008.

PIVETTA, F; CARVALHO M.A.P. **O território integrado de atenção à saúde em Manguinhos: todos somos aprendizes**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2012.

REDES DA MARÉ. **Boletim de Olho no Corona: Segurança alimentar e nutricional de crianças e adolescentes na pandemia**. 21ª edição. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2021.

REDES DA MARÉ. **Censo de empreendimentos Maré**. Redes da Maré. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2014.

REDES DA MARÉ. **Censo Populacional da Maré**. Redes da Maré. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2019.

RIGO, A. S; DE FRANÇA FILHO, G. C.; LEAL, L. P. Moedas sociais nos Bancos Comunitários de Desenvolvimento: a experiência das conchas em Matarandiba/BA. **Revista interdisciplinar de gestão social**, v. 4, n. 2, 2015.

SACHS, I. **Caminhos para o desenvolvimento sustentável**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

SAMPAIO, L. F. R.; MENDONÇA, C.; LERMEN Jr, N. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C (Orgs.) **Tratado de Medicina Família e Comunidade I: princípios, formação e prática**. Porto Alegre, Artmed, 2012.

SANTANA, V.L. e SILVA, A. C.P. Subdivisão domiciliar: a precarização do habitat urbano no complexo da Maré, rio de Janeiro, Brasil. Cuad. Geogr. Rev. Colomb. Geogr. [online]. 2012, vol.21, n.1, pp.27-39. ISSN 0121-215X.

SANTOS, J. L. M. S. Webinar RedeSist **“Saúde como eixo Promotor do Desenvolvimento nas (e a partir das) Comunidades Vulnerabilizadas do Rio de Janeiro”**. 10 de fevereiro de 2022. Disponível em: < <https://www.youtube.com/channel/UCZ0T5p-N4TU7sh0F18FuXAA> >

SANTOS, L. **Indicadores de saúde em mulheres acima de 50 anos de idade participantes de um programa de atividade física no complexo da Maré-RJ**. Tese (Mestrado em educação física) - Faculdade de educação física, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Cenário epidemiológico: tuberculose no estado do RJ - Análise do ano de diagnóstico 2019**, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=i%2FqTIADlpgE%3D>. Acesso em: 15 Nov. 2021.

SILVA, P. A. O setor de saúde sob supervisão: legitimidade política, confiança institucional, e o papel da mídia de massa. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, jul.-dez., 2007, pp.193-199.

SINGER, P. **Dez Anos de Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES)**. In: Mercado de Trabalho: IPEA, Ed. 56, 2014. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/bmt56\\_econ02\\_dez\\_anos.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/bmt56_econ02_dez_anos.pdf).

SOARES, M. C. et al. **ASPIL de Estratégia Saúde da Família: área de planejamento 3.1 do Município do Rio de Janeiro**. Relatório da pesquisa Saúde e Inovação: Territorialização do CEIS. RedeSist, 2014.

SOUZA, R. **Cria da Favela: resistência à militarização da vida**. São Paulo: Boitempo, 2020.

SOUZA, R. M. Participação na saúde: A experiência de formação do Conselho Gestor Intersetorial de Manguinhos. In: LIMA, A. L. S; VARGAS, A. L. B; BUENO, L. B (org.). **Cooperação Social, Territórios Urbanos e Saúde: diálogos e reflexões**. São Paulo: Fiocruz, 2021, p. 75-87.

TRINDADE, C. P. **Política pública e o direito à cidade em Manguinhos, Zona Norte do Rio de Janeiro**. XXVII Simpósio Nacional de História: Conhecimento Histórico e Diálogo Social, Natal-RN, 22 a 26 de julho de 2013.

URTI, C. T.; ALZUGARAY, S.; CONTRERAS, S.; RODALES, M.; SUTZ, J. et al. **Knowledge directionality in the making: a research policy instrument in a Uruguayan public university: lessons from ten years of experience**. The 17th Globelics Conference, Heredia – Costa Rica, 3 a 5 de novembro de 2021.

VAKINHA. **Complexo da Maré contra o Coronavírus**, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.vakinha.com.br/vaquinha/complexo-da-mare-contra-o-coronavirus>. Acesso em: 15 Nov. 2021.

VALENTIM, I. V. L; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007.

VALLADARES, L. A GÊNESE DA FAVELA CARIOCA. **A produção anterior às ciências sociais.**  
Revista Brasileira de Ciências Sociais (RBCS), Vol. 15, nº 44, out. 2000.



FIOCRUZ

cee