



III SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE URBANIZAÇÃO DE FAVELAS - URBFAVELAS  
Salvador - BA - Brasil

---

SAÚDE, ARQUITETURA E CIDADE: MEDIAÇÕES POSSÍVEIS

**Flavia Garofalo Cavalcanti** (UFRJ) - [flavia.garofalocavalcanti@gmail.com](mailto:flavia.garofalocavalcanti@gmail.com)

*Arquiteta Urbanista formada pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da USP. Atualmente mestranda IPPUR-UFRJ. Com experiência profissional no planejamento urbano principalmente no campo da reurbanização e regularização fundiária.*



## SAÚDE, ARQUITETURA E CIDADE: MEDIÇÕES POSSÍVEIS

### RESUMO:

O presente artigo relata o estudo da interseção entre o campo da saúde e o campo da arquitetura. Surge como fruto do encontro de uma Agente Comunitária de Saúde e uma Arquiteta em uma favela específica da cidade do Rio de Janeiro e a observação e trabalho de campo a partir deste encontro. Tendo a mediação como definição de sua profissão o Agente Comunitário de Saúde tem na visita domiciliar o principal suporte para o conhecimento do território, e além disso, suporte para relações de confiança, extrapolando seu papel de representante de uma instituição específica. A riqueza de sua atuação advém de sua dupla condição de morador e agente, inserido no espaço físico e social da favela. Esta condição específica, que só encontramos na institucionalidade da saúde, traz possibilidades de atuação ampliada ao se pensar políticas intersetoriais que envolvam, entre outras, assistência técnica em arquitetura e engenharia conforme a lei 11.888/2008, suscitando novas formas de agir no território para superar conhecidas limitações de projetos de urbanização e regularização de assentamentos precários.

### Palavras-chave:

Saúde, Favela, Agentes Comunitários de Saúde, Assistência Técnica

ST-1: Projeto, Processo, Superação de Limitações

### 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define a saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade.”<sup>1</sup> O meio ambiente de uma população é determinante para que essa condição (de saúde) seja alcançada por seus indivíduos. Há, portanto, uma dimensão individual e outra dimensão coletiva da saúde que estão em constante interação através do meio de vida, o território.

---

<sup>1</sup>Definição que consta no preâmbulo da Constituição da Assembleia Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova York (19/22 de junho de 1946) e assinada em 22 de julho de 1946.



A promoção da saúde exige múltiplos esforços para o seu sucesso. Na década de 1990 houve, no Brasil, uma reorientação do modelo assistencial promovido pelo Ministério da Saúde com o Programa de Saúde da Família. Substituindo o modelo tradicional voltado para a cura de doenças e centrado em hospitais para outro com enfoque na família e seu ambiente físico e social tomado como unidade de ação, além da estruturação de uma equipe multiprofissional baseada num território para ações preventivas e detecção de necessidades da população ao invés da ênfase na demanda espontânea.

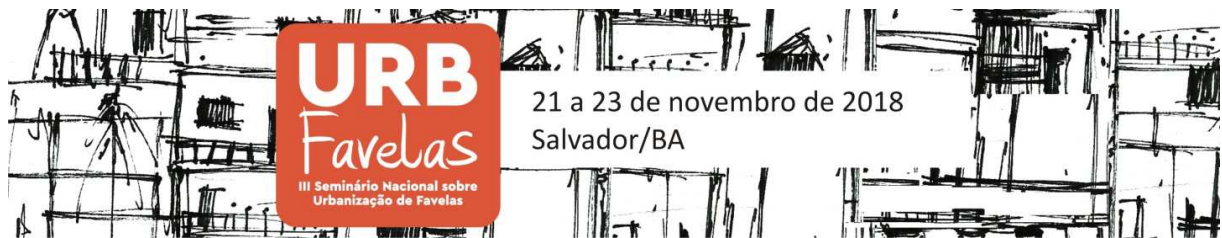
Junto com o Programa de Saúde da Família institucionaliza-se<sup>2</sup> a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Diferente dos demais componentes da equipe de saúde da família, o ACS não possui formação/graduação na área da saúde, mas destaca-se por ser morador da área de atuação da equipe. Seu trabalho é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade em questão, é quem está mais próximo do território. Dentre as principais funções dos ACS estão: o domínio/conhecimento do território de atuação, o cadastramento e acompanhamento das famílias, a realização de visitas domiciliares, ações de promoção e vigilância em saúde (busca ativa), atenção e estímulo às reivindicações da comunidade e integração entre o saber popular e o conhecimento técnico (BRASIL, 2009)<sup>3</sup>.

Mediação, portanto, é a palavra-chave no universo de atuação do ACS. Essa mediação se dá no seu existir cotidiano, dia-a-dia, percorrendo as ruas, visitando as famílias, indo e voltando da Clínica de Saúde, conversando com os moradores (que são seus vizinhos), aconselhando e sendo aconselhado, relacionando-se, enfim, com aquela coletividade que é a sua própria comunidade. Percebe-se então sua dupla condição cotidiana: presentes tanto no espaço social como no espaço físico. E a partir do momento que veste seu colete torna-se um Agente, ou seja, aquele que executa ações, nesse caso em prol da saúde e/ou com o aval da saúde. O fato do agente de saúde, percorrer as ruas, cumprimentar as pessoas, conversar,

---

<sup>2</sup> Existiram experiências isoladas no Brasil antes de 1997 com a inserção de Agentes Comunitários de Saúde, dentre elas destaca-se a experiência cearense de 1987 onde num cenário de seca um grupo de mulheres passou a realizar ações básicas de saúde em municípios do interior do Ceará. Em outros países essa prática é mais antiga.

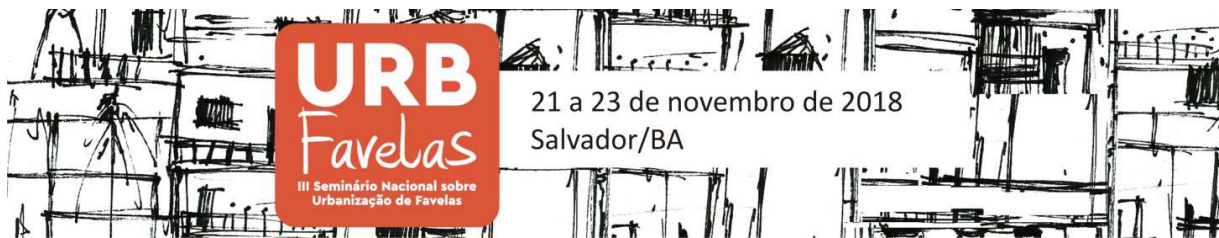
<sup>3</sup> No que se refere a intersetorialidade na atuação do ACS o Ministério da Saúde escreve: "Você deve estar sempre atento ao que acontece com as famílias de seu território, identificando com elas os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interferem na saúde." (BRASIL. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009)



visitar as casas, ouvir relatos, ou seja, conhecer as dinâmicas públicas (referente ao espaço aberto das ruas) quanto as dinâmicas privadas (do ambiente interno da casa e de seus moradores), dinâmicas estas que atravessam outros domínios para além da questão da saúde, estendem seu papel de mediação à distintas esferas de organização da vida social, da produção social do território.

Espalhados por diversos espaços da cidade, os agentes de saúde estão presentes principalmente nos territórios populares, entre os quais as favelas. A literatura, em especial no campo das ciências sociais, tem tratado a presença do Estado nos territórios populares a partir do enfoque do controle e da violência (papel repressivo/disciplinar do Estado, para tanto pesquisar, por exemplo, autores como Marcia leite, Marcelo Burgos, Luiz Antônio Machado). No que se refere à literatura do campo da saúde, o enfoque tem sido doenças infecto-contagiosas como é o caso da tuberculose e da aids (Patrícia Barbosa Durovni, Vera Bornstein, entre outros). De maneira geral, o papel do agente comunitário como mediador entre a comunidade e os serviços de saúde ou entre diferentes saberes (o popular e o técnico) é um consenso na literatura disponível, principalmente na área da saúde onde diversos estudos relatam/investigam a introdução desse agente. Em que pese a importância e a contribuição desses trabalhos, percebe-se uma lacuna no que diz respeito à compreensão do papel exercido pelos agentes comunitários de saúde na organização social do território, no próprio fazer cidade, em especial no que se refere a mediação entre a comunidade e as instituições pública e privadas, para além do campo propriamente da saúde. Acreditamos que falta deter-se neste papel de mediação para examinar as diferentes formas em que ele se viabiliza.

Temos então nosso cenário (amplo) de estudo e chegamos ao nosso foco: O papel do Agente Comunitário da Saúde como mediador entre o território e as múltiplas agências, públicas e privadas, que atravessam este espaço. O espaço aqui investigado são as favelas cariocas, tendo como estudo de caso a favela do Jacarezinho, zona norte da cidade do Rio de Janeiro. A atenção recai justamente sobre as potencialidades dos ACS em transformações/modificações cotidianas, através dos enfrentamentos diários com as dificuldades locais. São, portanto, agentes-suportes, inseridos ao mesmo tempo na estrutura urbana e na estrutura social, capazes de articular soluções/respostas mesmo que fora de seu campo de conhecimento/ação direta (a saúde).

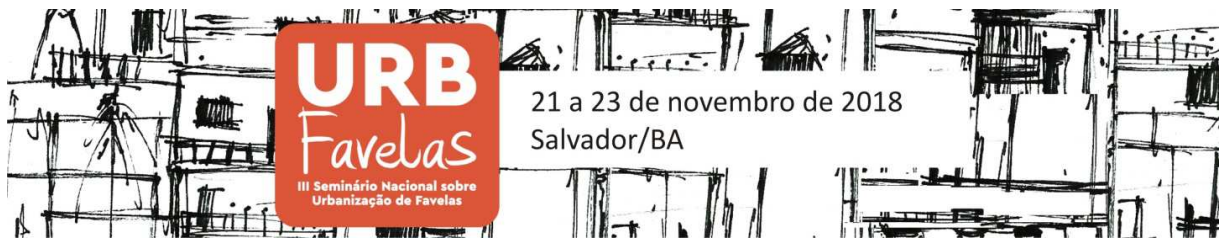


Reconhece-se nas ações desses agentes reivindicações enquanto usuários da cidade, ações daqueles que habitam e usufruem de serviços, ações que visam a melhoria de suas condições de vida na busca por maior cobertura dos equipamentos públicos e privados.

Este estudo encontra-se em desenvolvimento e pretende discutir como o ACS ultrapassa suas funções institucionais (da saúde) no seu cotidiano e torna-se efetivamente um “agente urbano”? Levanta-se a hipótese de que essa possibilidade, acionar outros campos de atuação, é dada devido a relativa proteção que os representantes da saúde, de uma maneira geral, possuem perante a violência urbana estabelecida em regiões precárias das cidades brasileiras. Essa proteção torna possível o ir e vir dos agentes de saúde por espaços/limites que outras instituições (como a polícia) não alcançam. Proteção esta que poderia ser explicada pelo lugar objetivo e simbólico ocupado pelo campo da saúde na estrutura social, ou, dito em outras palavras, pela importância atribuída aos agentes deste campo, inclusive por aqueles que estão imersos nas lutas pelo controle violento dos territórios populares.

Na ambiguidade entre sua condição de morador e sua condição de agente ‘público’ (ou representante de uma certa instituição) pode residir a riqueza de sua atuação, na medida em que tais elementos proporcionam a efetivação de um conceito ampliado de saúde relacionado à dinâmica social da comunidade, relacionado ao urbano. Observa-se que a saúde é uma entrada (talvez a mais interessante?) para a observação/intervenção no urbano podendo ser porta de entrada para a atuação do arquiteto em ações conjuntas de assistência técnica conforme lei 11.888/2008 superando limitações apresentadas em projetos imediatistas de urbanização de favelas espalhados pelo território nacional. É pelo sentido do cuidar que o olhar para o território é possibilitado.

Deseja-se discutir e aperfeiçoar as relações entre planejamento da saúde e planejamento urbano. Busca-se compreender como as práticas organizadoras do sistema de saúde são também práticas organizadoras da cidade e devem, desta forma, integrar processos de projeto e planejamento urbano. Através do trabalho de campo, tendo como base e inspiração a etnografia, procuro fugir de generalizações teóricas e apreender, no cotidiano de uma população específica, as práticas necessárias à produção e manutenção de seu habitat citadino. Entende-se que os conhecimentos exigidos/acionados no processo de trabalho do



ACS são bastante complexos e diversificados, e que transcendem o campo da saúde por apresentarem aspectos que estão presentes nas condições de vida da população e que exigem uma atuação/abordagem intersetorial.

O objeto de estudo aqui abordado são, de fato, sujeitos, ou, melhor dizendo, pessoas e suas ações. Escrevo como arquiteta, pois, foi esse título que me levou ao campo de estudo. Fui chamada como arquiteta à conversar com os moradores do Jacarezinho, e nesta condição, de profissional da construção civil, alguém que poderia dar soluções concretas às dificuldades dos moradores em adequarem/reformarem suas casas é que a minha relação com esses atores, os ACS, se constituiu. Assim o que é escrito aqui é o resultado de uma reflexão crítica que tem como origem e motivação a minha experiência como arquiteta<sup>4</sup>. Experiência que evoluiu/progrediu do isolamento da prancheta para a imersão no campo, um mergulho no fazer cotidiano da cidade. Processo de redescoberta do fazer arquitetura e também do ‘ser’ arquiteta.

Com esta reflexão procuro também questionar a dupla “arquitetura e urbanismo” em seu próprio existir cotidiano. Atravessar a fronteira estabelecida por um único modelo profissional dado pelo título de ‘arquiteto urbanista’, aquele do projeto autoral, arrasa-quarteirão, de afastamento da realidade urbana e principalmente afastamento das pessoas. Ainda na faculdade de arquitetura brincávamos que possuíamos mais fotos de prédios do que de pessoas, amigos, familiares. Quando fazíamos incursões fotográficas pela cidade esperávamos todos os passantes, usuários ou quem fosse sair do enquadramento da fotografia, para que então a arquitetura fosse retratada em sua forma mais pura, sem interferências, vazia. E assim íamos colecionando fotos de lugares vazios, desabitados, despovoados, mesmo que só por um instante. Almejávamos projetar edifícios públicos, mas em nossas fotos nenhum público deveria aparecer. E assim, os distanciamentos entre nós e o público aumentavam. Este estudo representa o movimento contrário, de encontro, diálogo, interações, caminhadas com pessoas reais, suas ideias, falas e desejos. Como argumenta Carlos Nelson Santos (1981, p13.),

A exposição à favela e ao cotidiano dos favelados teve um efeito curioso. Comecei, cada vez mais, a desviar minha atenção das casas, dos sistemas viários dos aglomerados, das soluções de esgoto e abastecimento de água e de outros aspectos considerados do interesse

---

<sup>4</sup> O que é pensado o é através dos meus olhos” James Joice.



primordial de um urbanista ou arquiteto. (...) De observador de padrões e arranjos dos espaços públicos e privados, fui me transmutando em observador das inter-relações sociais e das redes de significado que, como ia percebendo, era o que, de fato, os sustentava. (SANTOS, C. 1981. p13.)

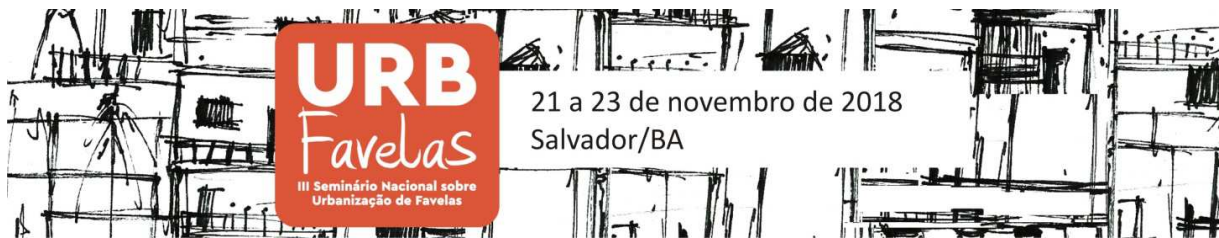
A favela do Jacarezinho é uma das 18 comunidades que integram o Complexo do Jacarezinho na zona norte da Cidade do Rio de Janeiro. O presente estudo se dará somente na área principal desse complexo, a própria favela do Jacarezinho, onde as relações entre ACS e território foram observadas. Essa área é atendida por duas Clínicas de Saúde, Clínica Renato Rocco e Clínica Anthídio Dias da Silveira, onde os contatos de campo foram estabelecidos.

Observa-se que ainda não está claro a importância das atividades desempenhadas diariamente pelos Agentes Comunitários de Saúde, e muito menos vislumbra-se a possibilidade de atuação ampliada que esta figura têm em seu território. Enxerga-se pouco as relações que estabelece entre as diversas agências que compõem e atravessam o território para além da saúde. A relevância deste estudo situa-se nessas lacunas, em trazer a figura do ACS para uma discussão ampliada do fazer cidade, da interseção desse campo de atuação com outros campos relacionados à gestão do ambiente urbano.

## **2.O SUS e sua relação com a Cidade, ou Promover Saúde e Fazer Cidade.**

A Constituição Federal de 1988, após amplo movimento na década de 1980 chamado Reforma Sanitária, contemplou, primeira vez, o setor de saúde de forma clara e efetiva, lançando as bases para estruturação do Sistema Único de Saúde como uma prerrogativa do Estado brasileiro. Seguiu-se à elaboração e publicação de novo aparato jurídico-institucional que desseconta da operacionalização do sistema único de saúde. Destaca-se então a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990) que regula as ações e serviços de saúde e dispõe sobre o SUS onde encontramos a seguinte redação:

Art 3º: Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, **a moradia, o saneamento básico, o meio-ambiente**, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. *Grifo Nosso.*



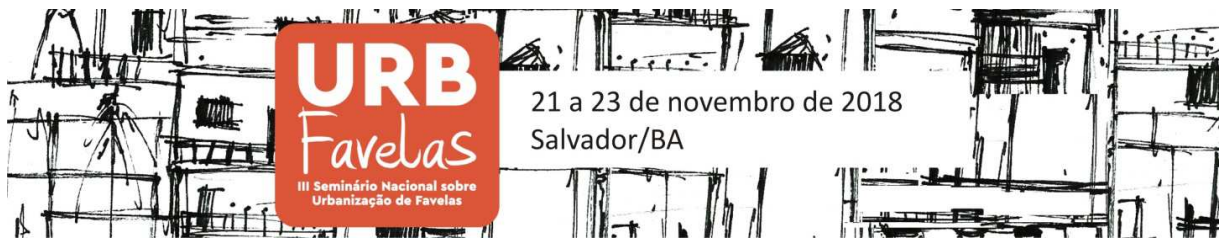
Por último, e para entrar de fato no entendimento do sistema municipal de saúde, suas funções e organização, destaca-se a Norma Operacional Básica 96. As Normas Operacionais Básicas, a partir da avaliação do estágio atual de eficiência do SUS, se direcionam mais direta e imediatamente à estratégias de operacionalidade do sistema. No ano de 1996 essa norma se direcionou à operacionalização do dispositivo constitucional que exigia a descentralização do sistema de saúde através dos Municípios, com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União. Isso implicou, e ainda implica, em aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato (mas não único, talvez a melhor redação fosse ‘o responsável primeiro’) pelo atendimento das demandas e necessidades de saúde de sua população, demandas e necessidades que podem (e, frequentemente, vão) extrapolar o âmbito da saúde e exigir medidas intersetoriais e intergovernamentais. A NOB 96 foi essencial na medida em que trilhou o caminho para que os Municípios superassem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumissem de fato seus respectivos papéis de gestores do SUS.

Nesta norma estão definidos ainda os três campos de ação da atenção à saúde e que, portanto, pertencem ao escopo do SUS e consequentemente do Município na gestão do SUS-Municipal. Esses três campos são elencados da seguinte forma:

- a) O da ASSISTÊNCIA, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como outros espaços, especialmente no domiciliar.
- b) O das INTERVENÇÕES AMBIENTAIS, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros).
- c) O das POLÍTICAS EXTERNAS AO SETOR DE SAÚDE, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Todas as ações do SUS de promoção, proteção, recuperação e, prioritariamente, prevenção à saúde, enquadram-se dentro desses três campos. Outro direcionamento importante da NOB 96 é a mudança de enfoque do modelo de atenção à saúde, até então tínhamos o modelo clínico (centrado na doença) como dominante, a norma estabelece como





conduta a priorização do modelo epidemiológico (centrado no ambiente e na qualidade de vida) o que requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes entre população e corpo técnico. A esse respeito, lemos na NOB 96 (p15):

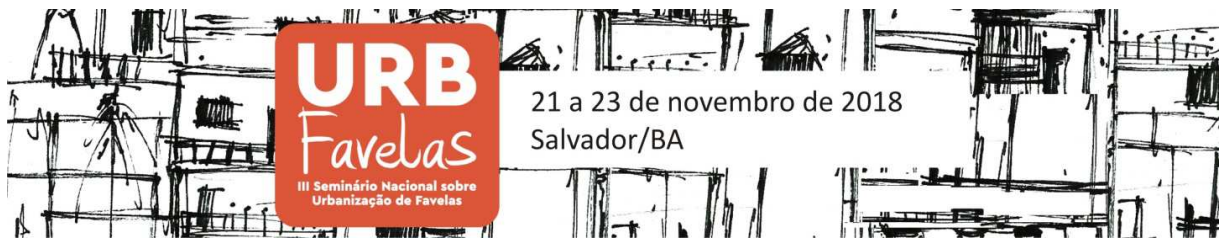
O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em **um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias.** Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, **intersetoriais.**

E mais a frente:

O modelo vigente – assentado na lógica da clínica – baseia-se, principalmente, na ética do médico, na qual a pessoa (o seu objeto) constitui o foco nuclear da atenção.

**O novo modelo de atenção deve perseguir a construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética individual.** Dessa forma é incentivada a associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Isso exige, seguramente, de um lado, **a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde** (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, **a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde..** *Grifo Nosso.*

Fica claro, com o panorama de institucionalização e operacionalização do SUS feito até aqui, que o sistema de saúde é entendido pela política pública brasileira como um valor de uso coletivo, “no sentido em que se dirige não à uma necessidade particular de um indivíduo, mas a uma necessidade social que só pode ser satisfeita coletivamente.” (LOJKINE, J. 1981. P 132). Nessa modalidade coletiva de consumo há a tendência à substituição da relação direta entre proprietários de mercadorias (o médico detentor do conhecimento científico e dos instrumentos e o paciente detentor da moeda, sendo a troca direta entre esses dois indivíduos, por exemplo) por uma relação muito mais complexa construída com base em uma coletividade. Seu uso (do sistema de saúde) torna-se difuso, pulverizado tanto nas construções físicas espacialmente distribuídas, quanto nos diversos corpos que compõem esse sistema, tanto de agentes de saúde (médicos, enfermeiros, ACS) quanto de usuários (pacientes, acompanhantes, idosos, crianças, gestantes, etc).



A portaria 3925 de 1998 lançada pelo Ministério da Saúde publicou o Manual para a Organização da Atenção Básica objetivando a reorganização do modelo de atenção no nível municipal em consonância com a NOB 96. De acordo com essa portaria, entende-se como atenção básica “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situada nos primeiros níveis de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”. A administração municipal assume gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema de saúde municipal, onde insere-se o conjunto de ações que caracterizam a atenção básica. Ainda segundo esta portaria existem uma série de estratégias para operacionalizar a organização e o desenvolvimento da atenção básica, dentre as existentes a Estratégia de Saúde da Família já havia, em 1998, demonstrado seu potencial em construir um modelo de saúde mais eficiente e humanizado, sendo considerado prioritário para o Ministério da Saúde.

A primeira etapa de implantação dessa estratégia começou em 1991 por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)<sup>5</sup>, um novo tipo de profissional que integrou o corpo de profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Hoje o PACS é considerado uma transição para a implantação completa do Programa de Saúde da Família (PSF). Uma equipe de saúde da família é formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Cada equipe é responsável pelo atendimento de uma determinada comunidade, espacialmente localizada. O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob responsabilidade de cada equipe, com uma média de 575 pessoas para cada agente comunitário.

---

<sup>5</sup> A experiência de Agentes Comunitários de Saúde é anterior à institucionalização do programa PACS pelo MS. O primeiro ensaio da figura do Agente Comunitário foi feito entre 1974 e 1978 na cidade satélite de Planaltina no DF. Os auxiliares de saúde, assim chamados no momento, foram capacitados pelo Serviço Social para atividades junto às famílias, e com médicos e enfermeiros aprenderam conceitos básicos de saúde dirigidos principalmente às mães e recém-nascidos. Os mesmos promotores dessa ideia no DF, o médico Antônio Lavor e a assistente social Miria Lavor, retornaram ao seu estado natal, o Ceará, onde em 1987 iniciaram a contratação de 6 mil mulheres para trabalharem como agentes de saúde, novo nome adotado, no sertão do Estado. O sucesso na redução da mortalidade infantil, que sempre se agravava nos anos de seca, tornou permanente na Secretária de Saúde do Estado do Ceará o programa até então emergencial. As avaliações feitas pelo MS levaram à adoção do programa para os demais Estados nordestinos e posteriormente para todo o país. Ver: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Memórias da Saúde da Família no Brasil*. Brasília, Ministério da Saúde. 2001.



É exigido que os agentes comunitários sejam moradores de sua própria área de atuação. A visita domiciliar (e tudo que a envolve, percorrer o bairro a pé, conhecer os moradores, seus nomes e história, e etc) é o seu principal instrumento de trabalho. Cada agente deve ir, pelo menos, uma vez ao mês a cada casa localizada em sua área de atuação. Fazem parte de sua rotina o cadastramento das famílias, registrando as variáveis que influenciam o estado de saúde como a situação de moradia, alimentação e etc; o mapeamento com o registro das áreas de risco dentro do território; e as ações coletivas com vistas a mobilizar as famílias à participarem no planejamento e definição de prioridades.

Cada equipe de saúde da família alocada em uma Unidade Básica de Saúde é responsável por uma região de saúde. As regiões de saúde são entendidas como “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território.” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006, p.19). Cada região de saúde deve possuir ações organizadas e serviços de saúde claramente identificados. A construção do vínculo entre a população e a Unidade Básica de Saúde é possível através desta delimitação territorial, ou seja, com a adscrição (termo usado pelo setor da saúde, aqui poderíamos usar correlação ou condicionamento) dos limites da coletividade à determinada unidade e sua equipe. Dessa forma o território, sobre o qual uma Unidade Básica de Saúde e sua equipe está responsabilizado, está para além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o lócus onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Este território caracteriza-se por uma população específica, vivendo em um tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua compreensão e capacidade de atuação devem ser visualizados espacialmente. A ferramenta de elaboração de mapas, com delimitação e caracterização de áreas, perante às quais as equipes de Saúde da Família vão se organizar, é chamado de territorialização.

O território de atuação é construído, no sentido em que, é a partir da implantação da UBS/CF e da vinculação das famílias e seus indivíduos a ela (através do cadastramento de um número previamente definido de famílias), e, a partir disso, a organização dos dados espacialmente (onde há esgoto, onde não há, onde localizam-se as moradias precárias, onde o



lixo é coletado ou não, etc. – instrumento de territorialização) é que aquele território passa a existir para o sistema municipal de saúde, com uma delimitação clara e um perfil sanitário definido. Dentro de uma UBS/CF cada equipe de saúde da família será responsável por uma microárea de atendimento, sendo esta uma porção do total do território adscrito àquela unidade.

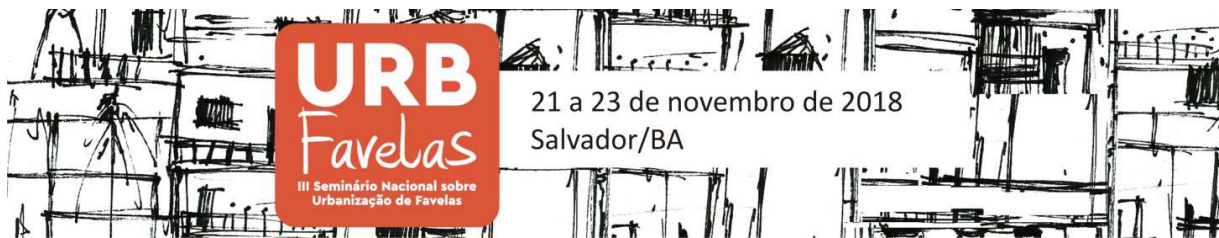
A planificação dos sistemas que abrangem meios de consumo coletivos, assim como o é o sistema de saúde, a educação e os transportes coletivos, por exemplo, se dirigem à utilização de uma coletividade definida social e territorialmente. A socialização do processo de consumo no âmbito da saúde, tendo como exemplo principal a descentralização através dos municípios com a efetivação do programa de Estratégia de Saúde da Família como foi visto, substitui uma relação direta médico-paciente, por uma relação mais complexa, baseada na importância da estruturação do território (sob seus aspectos físicos e sociais), no sentido de comunidade, no conhecimento mútuo das dificuldades daquela coletividade atendida por determinada Clínica. O que permite, a partir de então o seu próprio reconhecimento enquanto morador e cidadão, com uma história e direitos em comum, uma vez que os próprios Agentes Comunitários de Saúde são moradores e integrantes dos locais de atuação.

Percebe-se que as Clínicas da Família não são espaços destinados apenas ao cuidado da saúde e do corpo individual, mas são, também, espaços de permanência, de encontro dos moradores, um espaço identitário onde os indivíduos se reconhecem entre si e enquanto coletividade. Configura-se, portanto, num espaço que permite e privilegia o entrosamento entre o individual e o coletivo.

Nesse sentido entende-se a Clínica da Família e o território a ela adscrito como uma Unidade de Vizinhança. Através desse conceito, originário do urbanismo modernista do início do século XX<sup>6</sup>, damos ênfase na relação do morador com o lugar a partir deste equipamento público, explorado como espaço de referência no bairro e cenário de suas experiências de vida, buscando entender a construção de suas raízes com este tanto no âmbito afetivo como nas relações objetivas – de cuidado da saúde - as quais dá suporte.

---

<sup>6</sup> Para maior compreensão deste tema buscar autores como Rodrigo Cristiano Queiroz, Mateus Gorowitz e Vicente Quintela Barcellos.



A Unidade de Vizinhança conforma um módulo a partir do qual o planejamento de uma cidade pode ser estruturado. Seria uma área residencial com capacidade de suprir as necessidades cotidianas de seus moradores em relação ao consumo de bens e serviços urbanos – princípio da autonomia. Circunscreve-se, assim, à escala da vida cotidiana, às necessidades do dia-a-dia, às “coisas que se resolve a pé”. A distribuição e localização dos equipamentos de consumo coletivo é, portanto, central à organização da Unidade de Vizinhança, sendo responsável por sua autonomia enquanto provisão/abastecimento daquela localidade. Em sua formulação inicial<sup>7</sup>, a escola é tomada como unidade de medida da área residencial, sendo sua área de atuação coincidente com os limites da unidade de vizinhança. Além de atribuir à escola o papel de elemento dimensionador da área residencial, planeja-se sua construção como centro comunitário, reforçando seu papel aglutinador.

A forma como a Clínica da Família vem sendo vivida (e significada) por seus habitantes e a extensão para o bairro como um todo através dos corpos dos Agentes Comunitários de Saúde (incluindo o ambiente externo da rua e o interno da casa), além de organização estruturada pelo SUS no âmbito municipal (conforme visto anteriormente) possui relação direta com a concepção de Unidade de Vizinhança, explicitada acima, mas mantém com esta uma relação muito particular. Essa relação é tida como a associação entre uma estrutura de provisão de serviços urbanos adequada/dimensionada à um certo número de moradores e a interação social, confrontando o indivíduo com a sua coletividade, sua cidade, tornando-o efetivamente cidadão, como escreve Sérgio Buarque de Holanda:

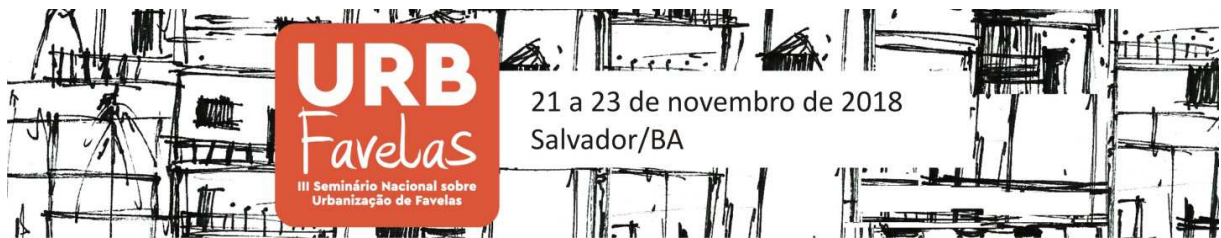
Só pela transgressão da ordem doméstica e familiar é que nasce o Estado, e que o simples indivíduo se faz cidadão, contribuinte, eleitor, elegível, recrutável e responsável, ante as leis da Cidade. (HOLANDA, S. B. As Raízes do Brasil. 2005. P.141)

A delimitação de um território (e o reconhecimento dessa delimitação por sua população) é capaz de promover a capacidade de reivindicação, o sentimento de apropriação do que é público como um direito e dever do Estado àquele território. Assim é o caso do sistema público de saúde nas áreas de favelas do Rio de Janeiro.

Entendendo saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, as Clínicas da Família promovem encontros e reuniões entre os moradores dando efetividade ao

---

<sup>7</sup> Idem



Plano Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro para o período 2014-2017, onde lemos:

O processo de saúde-adoecimento evidencia a saúde como resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico (...). Nesse ponto tem relevo o conjunto de ações de promoção à saúde desenvolvidas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (...). Nas áreas de atuação das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP), onde foram implantadas unidades de UPP Social, a intensa mobilização dos serviços da rede de atenção primária à saúde, que atuam de forma conjunta no território, contribui para a promoção da integração urbana, social e econômica dessas áreas com o objetivo de a) contribuir para promover o processo de pacificação; b) promover a cidadania local nos territórios pacificados; e c) promover a saúde e a qualidade de vida enfatizando a relevância da participação comunitária em todo o processo. (PMS 2014-2017. 2013. p40.)

As Clínicas de Saúde funcionaram até o ano de 2015 como ponto de ancoragem da equipe multidisciplinar que formava a chamada UPP Social. Foi através da UPP Social do Jacarezinho que fui convidada a participar, como arquiteta – portanto como técnica – de uma mesa redonda com os moradores do local. Entre os presentes havia a presença massiva dos ACS que atuavam no bairro. Além da promoção de eventos com a participação de profissionais externos, a UPP Social, promovia reuniões mensais de moradores e representantes da prefeitura para resolver assuntos urbanos locais (a convocação e organização dessas reuniões eram feitas por ACS que assumiram integralmente essa função após o fim do programa UPP Social). Além disso as Clínicas da Família (não todas) possuem equipamentos de ginástica destinados sobretudo à terceira idade com aulas regulares dadas por profissionais de educação física. Essas aulas são um verdadeiro clube de alegria e descontração. Ao redor das Clínicas encontramos, frequentemente, um movimentado comércio local, principalmente de ambulantes e feiras que abastecem o entorno.

Não se vai à Clínica da Família somente para uma consulta com o médico, não se vai à clínica somente para retirar o resultado de um exame ou receber um medicamento. A Clínica da Família – a construção física deste equipamento, seus funcionários e amigos - toda a coletividade que a envolve e é por ela delimitada, extrapolam os motivos únicos da saúde, assemelhando-se à concepção de uma Unidade de Vizinhança.

Entende-se que não se trata apenas da estruturação de uma política de saúde, mas da construção de um equipamento urbano (sem entrar no mérito da qualidade construtiva/arquitetônica) que altera a relação com o território, ao mesmo tempo em que se

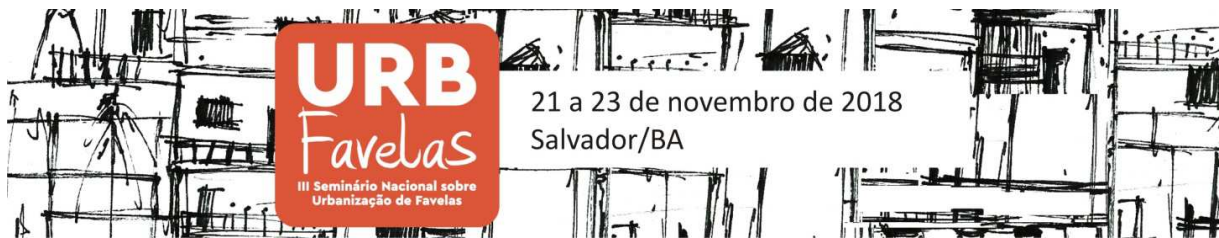


constitui em um artefato simbólico que altera as formas de representação (criação de imagens, mudança de vocabulário, formas de se referir à um local) desse mesmo território. Uma cidade, um bairro, uma favela se faz também por suas expressões. A construção física de certo equipamento torna-se referência para uma determinada localidade. Tal equipamento passa a ser um local de encontros, pouco a pouco este equipamento se faz centro de algumas representações e a cidade, bairro ou favela o assimila como mais um de seus pontos significativos, ocorrem mudanças nos modos de representar e percorrer a urbe. E assim a cidade se constrói física e simbolicamente, construindo um modo de reivindicação, de expressão que lhe é próprio.

### **3.DENSIDADE, DEMANDA E EMERGÊNCIA: apontamentos iniciais do trabalho de campo**

Nosso caminho neste item busca refletir sobre as relações de cuidado que se estabelecem entre profissionais de saúde e usuários do sistema único de saúde através do programa de saúde da família, ou mais especificamente entre agentes comunitários de saúde e moradores de favela da cidade do Rio de Janeiro. O cenário desse nosso caminhar, a favela do Jacarezinho, tensiona fortemente os desdobramentos desse ‘cuidar’, tornando o trabalho de campo do agente de saúde – a visita domiciliar e tudo que a envolve – desenvolvido em tal condição um aspecto singular desse profissional no Brasil, especialmente no Rio de Janeiro. O cuidado é entendido aqui de maneira ampliada. Não se refere, meramente ao cuidado do profissional de saúde, mas leva em conta sua dimensão moral e política, envolvendo o próprio Estado (em suas diversas esferas, não só a saúde) na responsabilidade do cuidar.

O campo da saúde, e suas ações de cuidado, é entendido como um dever moral, por se tratar de um ‘mínimo indispensável’ a realização da vida. A saúde coletiva, e especificamente a Estratégia de Saúde da Família, representa exatamente esse mínimo, o estritamente necessário, e por isso recebe o nome de atenção básica ou atenção primária em saúde. Dentro dessa cadeia de atenção básica o último profissional que passou a compor o quadro de trabalhadores em saúde foi a figura do ACS. Na evolução do nosso sistema de saúde pública, essa é a última divisão social do trabalho que se aplica para, estabelecendo uma nova

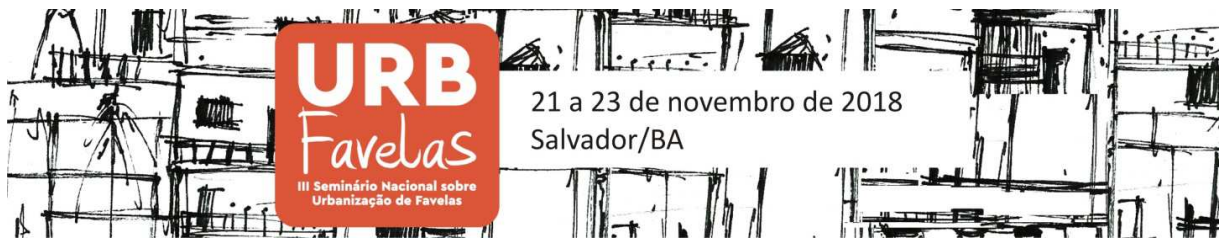


estratégia de ação (o Programa de Saúde da Família), reestruturar o Sistema Único de Saúde e sua efetividade/alcance. De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho o Agente Comunitário de Saúde recebe o título de Visitador de Saúde ou Visitador de Saúde em Domicílio, evidenciando a centralidade da visita domiciliar como definidora de sua ocupação e transformadora de sua própria experiência de bairro ou de morador.

É inegável a utilidade econômica dessa nova divisão do trabalho, ainda mais considerando que essa nova categoria profissional surge na base da pirâmide dos profissionais de saúde, recebendo a remuneração mais baixa dentro da equipe e sendo a mais numerosa. Mas consideramos que o efeito moral e ético dessa divisão do trabalho supera infinitamente a esfera dos interesses puramente econômicos. Esse novo profissional, conecta indivíduos dentro do sistema de saúde, dentro de uma institucionalidade. É ele o elo entre Morador e Sistema Público de Saúde, que se traduz em morador – médico, morador-cadastro, morador-exame e outros tantos pares morador-saúde. Temos, portanto “indivíduos ligados uns aos outros, que em vez de se desenvolverem separadamente, concertam seus esforços, são solidários, e de uma solidariedade que não age apenas nos curtos instantes em que o serviços se intercambiam, mas que se estende bem além disso.” (DURKHEIM, 1999, p.27).

Segunda-feira, 8 de maio de 2017. Rio de Janeiro. Ensolarado. Ponto final do 474. Encontro a Flor. Saída da escola, calçada cheia de alunos e pais. Vamos caminhando em direção ao Jacarezinho, conversando. Paramos, quase que naturalmente em frente à CMS Renato Rocco, seu antigo local de trabalho, que por muito tempo foi nosso ponto de encontro inicial. Ela me pergunta se eu quero entrar na clínica, -Vamos dar uma oi para o Fernando”, a resposta imediata – Fernando foi demitido. A expressão do meu rosto denuncia meu espanto, ela finaliza - Na semana passada. Entramos na clínica. Na seção de acolhimento Flor encontra seus antigos colegas de trabalho e também de Fernando, comentam sobre sua demissão, incrédulos da decisão da gerente da clínica. Flor retira um exame seu e saímos em direção à Fiocruz, lado oposto ao que estávamos no Jacarezinho. Nossa conversa ainda gira em torno da demissão de Fernando, - Já tá faltando gente pra trabalhar, imagina agora. Não é todo mundo que tem o perfil pra ser ACS, tem que ter paciência, tem que conversar, tem que estar disposto a andar bastante. – Mas você acha que o Fernando não era assim?, pergunto. –É sim, mas as vezes ele nem sempre batia cartão, chegava atrasado por que se mudou pra Vila Isabel, ou por que no final ficava conversando...Mas eu também era assim, você achava que eu ligava pra bater cartão? Eu tava ali conversando com uma senhora me contando uma coisa importante da vida dela...eu hein!. Digo: -Mas é isso que é ser ACS não é?, -É, mas tem gente que não entende, acha que é só chegar e fazer o que tem que fazer e ir embora.

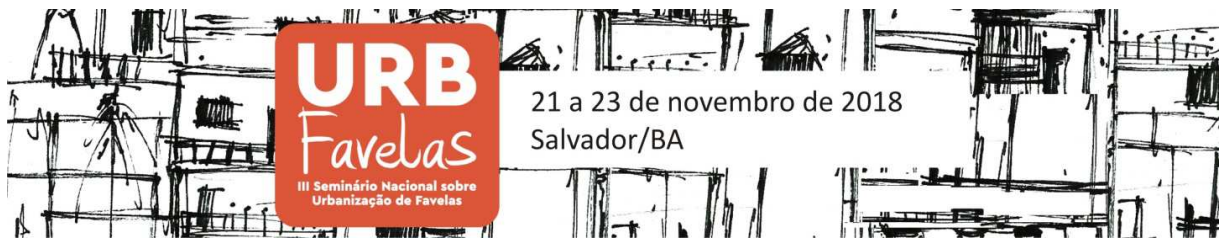




Caminhamos pela Rua do Rio, em direção à Fiocruz/Manguinhos. Rio a nossa direita, construções à nossa esquerda. A medida que caminhamos seguindo o rio, a quantidade de armas e drogas aumentam. Barracas e vendedores fazem do comércio ilegal um estilo de vida. Rádios. Bermudas de time de futebol. A maioria dos imóveis, aparentemente comerciais, fechados, somente algumas garagens abertas. Flor afirma, em tom baixo: -É bom que você já vai entendendo o que é isso aqui. É como uma feira, tá vendendo?. Quando chegamos próximo à linha do trem, uma mancha de sangue no chão. O ar parou. Dois meninos vindo em nossa direção. Flor me abraça. Com a mão em meu ombro vamos caminhando. -Que bom que você veio me visitar, Flor diz em tom mais alto, para que escutem. Atravessamos a linha do trem. O ar volta a circular. Apesar do funk pesado que se escuta ao fundo tudo se tranquiliza. A Feira acabou. A nossa esquerda uma escola municipal, à direita o rio. Chegamos ao viaduto do metrô, passamos por baixo e atravessamos para Manguinhos. A conversa continua: -Eu achava que ia ter mais voz, que ia poder mudar alguma coisa. Pô! Eu era da saúde. Mexia meus pauzinhos, tentava mas é difícil. E continuava: “No meu território eu não queria criança fora da escola, perguntava mesmo – não tá na aula por que? ah, não tem vaga? – e eu ia lá e falava direto com a diretora. Eu ia atrás. Meu território é meu território!. Exclamava: -Até entrar na consulta eu entrava, acredita? Falava com o médico mesmo! Eu me mexia, ia atrás, se não tinha especialidade aqui eu procurava ali, procurava na internet, ligava pra ver se podia atender. Usava a força do meu colete.

‘A força do meu colete’ expressão que ficou gravada em mim. Sobre uma de suas visitas domiciliares Flor me contou nesse dia sobre o atendimento que fez a ‘uns dos donos do Jacarezinho’ por conta de uma trombose que tinha na perna e da sua recusa em ir ao CMS Renato Rocco e se identificar, procedimento obrigatório de cadastro de usuários.-Aí eu levei a enfermeira, usamos até nome de outra pessoa e tudo para assinar, outro RG. Eu lá me importo quem é ele ou o que ele faz?! Eu só quero é tratar a pessoa. E continua: -A gente tem que mostrar que é neutra, que não tá nem aí pro que tá acontecendo, que o que interessa é a saúde, o tratamento, e assim a gente vai ganhando confiança. Ih, menina! Até confissão eu escutava, o que tinha feito, as ‘tarefas’ que tinha cumprido. NOTAS DE CAMPO.

É a visita domiciliar que fornece o enredo principal a partir do qual os acontecimentos que marcam suas trajetórias vão surgindo e ganhando significado. É através dessas visitas que eles são levados ao território e que esse território se torna seu efetivamente, onde suas experiências profissionais se tornam vínculos, não só entre pessoas, mas entre pessoas e instituições, sejam elas públicas ou privadas. É, portanto, a visita domiciliar, uma categoria fundamental para se compreender o processo de socialização e construção da identidade profissional desse grupo de agentes da saúde. A referência a ela é uma constante nas narrativas que aqui serão apresentadas e vem carregadas de significados. A visita domiciliar hoje está para a viagem ao interior do país dos primeiros sanitaristas brasileiros do início do século XX; assim como a favela está para sertão de antigamente, essa grande macha cinza,



sem informações precisas. A visita pontua toda a trajetória desses agentes e está presente em todo o desenvolvimento de sua carreira. E assim é tomada como uma das marcas distintivas do processo de socialização deste profissional (CUNHA, 2005).

Porém, a visita domiciliar não acontece de forma unilateral. Para que sejam realizadas de forma exitosa é necessário haver sempre algum tipo de acolhimento e recepção, por parte do morador. É necessário haver reciprocidade em fazer a visita e receber a visita. Assim como cuidar e deixar ser cuidado. Adentrar na casa de alguém é ser convidado por ela e aceitar o convite. Nesse sentido, a categoria visita domiciliar adquire um contorno mais complexo, na medida que a hospitalidade é reservada não a todos, mas somente àqueles que nos querem bem e no momento adequado, e assim assume “a forma de um ritual em que o anfitrião e o hóspede se manifestam um para o outro” (CUNHA, 2008, p.143).

“Muitas vezes, é preciso saber operar com uma determinada etiqueta que não se conhece, ou se conhece mal. **É preciso interpretar o código local para que se possa operar com ele. Além disso, é necessário também que aquele que chega se faça reconhecer como parceiro daqueles que o acolhem.** Essa condição básica que instaura a relação de reciprocidade que lhe garantirá a imediata proteção e respeito ao estrangeiro, assim como a continuidade da relação.” [Grifo nosso]

Neiva Viera da Cunha mais a frente continua, a respeito da formação dos primeiros sanitaristas brasileiros:

“... o fato de serem identificados como funcionários do governo responsáveis pela aplicação de medidas de Saúde Pública parecia facilitar as coisas nesse sentido. Esses aspectos mostravam-se favoráveis à sua conveniente recepção. Além disso, eles eram facilmente identificáveis. Uma regra básica em todos esses serviços de Saúde Pública dizia respeito exatamente à forma de apresentação desses funcionários. Os guardas eram obrigados a usar uniforme durante a jornada de trabalho. Quanto aos médicos, estes não tinham propriamente um uniforme mas usavam sempre terno, geralmente branco.” (CUNHA, 2005, p. 153)

*“A força do meu colete”* – sua identidade, seu reconhecimento.



#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interseção entre o campo da saúde e o campo da arquitetura ainda é pouco explorado pelos profissionais de ambos os lados. Pouco se conversa e pouco se experimenta no âmbito das políticas intersetoriais. A dificuldade de implementação e de efetividade da lei 11.888/2008 poderia ser minimizada ao se experimentar um conceito ampliado de saúde que congregue agentes comunitários de saúde e técnicos da área de arquitetura e engenharia no enfrentamento de situações urbanas que acarretam na diminuição dos níveis de saúde de uma determinada população.

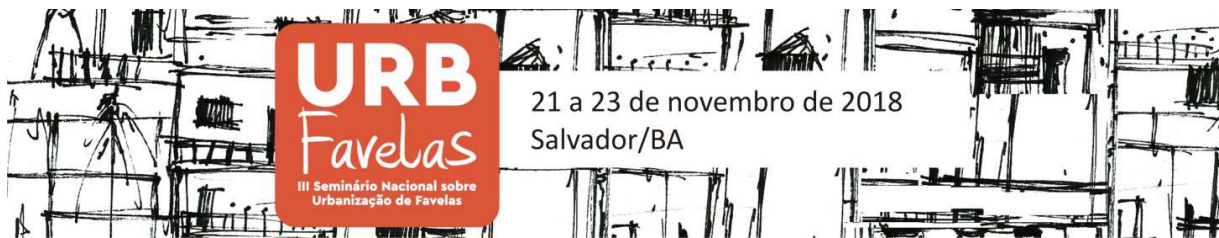
Indo além do papel institucional conferido pelo cargo de ACS, principalmente através da fala/conversa que constitui sua principal forma de negociação cotidiana, esses agentes representam, em muitos casos, o primeiro contato da população com a noção de cidadania e direitos, onde o respeito ao ser humano e sua integridade física é posto em primeiro lugar. “Fazer o bem sem olhar a quem” foi uma das frases que ouvi da Flor a respeito do seu trabalho quando à indaguei sobre a dificuldade de atender certas pessoas/pacientes mais relutantes ou de trato mais delicado como jovens integrantes do comércio ilegal de drogas. Sua principal forma de atuação, o diálogo é a chave de sua negociação, assim consegue uma espécie de ‘licença’ para entrar e atuar nos mais diversos ambientes da favela, e fora dela. Refere-se ao seu uniforme, o colete aonde os dizeres SUS e Agente Comunitário de Saúde, escrito em branco num fundo azul, são bem legíveis, como um escudo que à protege e abre portas. Certa vez disse: “...uso a força do meu colete” em referência direta ao reconhecimento deste perante a ‘sociabilidade violenta’ na qual está imersa.

Seu colete e sua palavra como instrumentos de mediação, constituintes de seu saber-poder. Sendo a saúde o único setor das políticas públicas que admite esse agente suas possibilidades de tradução se multiplicam, ao mesmo tempo que se tornam diminutas a chances de efetivação de ações fora do campo da saúde, no planejamento urbano, ou na educação por exemplo. “A verdade é que a gente é importante, mas é segunda linha né. O ACS é pra pobre e pobre não interessa ao governo.” Foi a afirmação da Flor sobre a sua posição. E em outro momento “Eu achei que eu ia ter mais voz, que ia poder mudar alguma coisa. Poxa, eu era da saúde, mexia meus pauzinhos, tentava, mas é difícil mesmo.” Essa



capacidade de observação e tradução da demanda, mas ao mesmo tempo o posicionamento na base da pirâmide leva muitas vezes ao sentimento de inoperância, de possibilidades frustradas que se dão no próprio nível de desarticulação das políticas públicas. Há, por parte dos ACS, uma vontade/tentativa de cumprir com os dois campos de ação em atenção à saúde para além do primeiro elencado na NOB 96 que se restringe à assistência médica. Conforme a norma esses campos são ‘Intervenções Ambientais’ e ‘Políticas Externas ao Setor de Saúde’. Porém, suas possibilidades de efetivação ainda se encontram aquém de sua capacidade de tradução. A respeito de um problema de vazamento de esgoto em uma das ruas da favela afirmei que a situação deveria ser encaminhada à RA- Região Administrativa do bairro (similar à subprefeitura) para a verificação e manutenção da rede pública e a ACS com quem eu conversava me respondeu em tom de desânimo *“Eu já fui lá menina, já fiz de tudo, daqui a pouco sou eu lá com um balde tirando aquele esgoto.”*

Os agentes comunitários de saúde possuem em comum um papel social, mas também, um endereço (de trabalho e de moradia) singular na cidade do Rio de Janeiro, os territórios populares, principalmente as favelas. Constroem, dessa forma, um universo de atuação e de sociabilidade próprio, rico e de muitas frustrações devido o alcance limitado de suas ações. Seus papéis ganham densidade à medida que costuram uma sociabilidade própria do cuidar no bairro, que se viabiliza e encontra seu sucesso na antítese à sociabilidade violenta que domina o contexto urbano naquela localidade. *“Sociabilidade, como figura em dicionários da língua portuguesa, é, por sua vez, uma ‘característica do que é sociável, um ‘prazer de levar a vida em comum’, uma ‘inclinação a viver em companhia de outros’, uma ‘aptidão para viver em sociedade’, uma ‘socialidade’.* (SIMÕES. 2009. p4.) Estes agentes, apesar do pouco tempo de sua constituição como uma figura reconhecível no bairro, menos de uma década, constroem uma memória coletiva e uma identidade pública através da qual emana o seu saber-poder. A esse acolhimento, presente nos dois sentidos paciente/morador – ACS/morador e também ACS/morador – paciente/morador desenvolve-se cotidianamente, com o ir e vir, com o encontro nas ruas, os cumprimentos e, principalmente, com as visitas domésticas, uma terapia que se forma a partir do observar, escutar e traduzir. Sobre isso certa vez a Flor me disse *“sou eu que tenho que olhar e perceber que aquilo lá é um problema, que não tá certo, não tá bom, e ai levar pra clínica, ver o que se pode fazer.”*

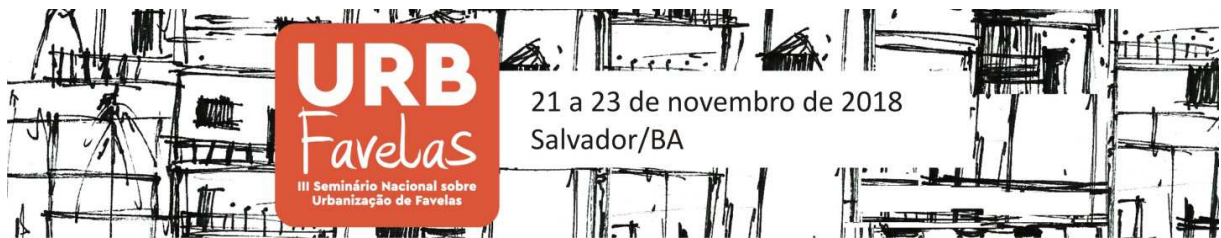


Percebe-se então esse duplo movimento: uma Clínica de Saúde e sua equipe de saúde da família que demarca e se responsabiliza por um território, podemos dizer que ‘acolhe’ um território, e um território que identifica e reconhece aquela clínica e sua equipe como sua, como seu refúgio, e que, portanto, ‘acolhe’ também a clínica e seus representantes. “Assim, este tipo de acolhimento, (...) consiste em uma sociabilidade que é, ela mesma, uma técnica, um método, um modo de proceder (...).” (SIMÕES, 2009, p12). E podemos dizer também, que este tipo de acolhimento participa do saber-poder dos agentes comunitários de saúde.

Enquanto o arquiteto e seu fazer estiverem distantes destes territórios nenhuma lei de assistência técnica se fará presente. A arquitetura de gabinete não cabe aqui. Para se fazer assistência técnica em arquitetura e urbanismo, superar as limitações de intervenções imediatistas de urbanizações de favelas que observamos espalhados pelo Brasil, se faz necessário estar presente no território, percorrer as ruas e vielas, entrar nas casas, conhecer os moradores pelos nomes. Acolher e ser acolhido por um território.

## REFERÊNCIAS

- BORNSTEIN, V. **O Agente Comunitário de Saúde na mediação de saberes**. 2007. 231p. Tese de Doutorado apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2007.
- CUNHA, N. **Viagem, experiência e memória: narrativas de profissionais da saúde pública dos anos 30**. Bauru, SP: Edusc, 2005.
- DURKHEIM, E. **Da divisão do trabalho social**. Tradução Eduardo Brandão. 2ª Edição. São Paulo: Martins Fontes. 1999.
- FERREIRA, M. GOROVITZ, M. **A Invenção da Superquadra**. Brasília: IPHAN. Ministério da Cultura. 2008.
- KOWARICK, L. **A Espoliação Urbana**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1993.
- LAPLATINE, François. **A descrição etnográfica**. 1 ed. São Paulo: Terceira Margem. 2004. 138p.



LOJKINE, Jean. **O Estado Capitalista e a Questão Urbana**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

SANTOS, Carlos Nelson F. **Movimentos Urbanos do Rio de Janeiro**. 1 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1981. 247p.

SIMÕES, S. **Cuidar do Ser: sociabilidade feminina e hermenêutica em um conjunto habitacional da zona sul do Rio de Janeiro**. In: Fleischer S, Tornquist C, Medeiros B, (Orgs). *Saber cuidar, saber contar: ensaios de antropologia e saúde popular*. Florianópolis. UDESC Editora. 2009.

SILVA, Luiz Antônio M. (Org.) **Vida Sob Cerco: Violência e Rotina nas Favelas do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2008.

TASCHNER, Suzana P. **Moradia da Pobreza: Habitação sem Saúde**. 1982. Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo.

Referências Legislativas e Normativas:

BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil.

BRASIL. *Lei 8080, 19-10-1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. DF. 1990.

BRASIL. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 1999. 40p.

BRASIL. *Memórias da Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2010. 144p

BRASIL. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB SUS 96*. Brasília: Ministério da Saúde. 1997. 34p.

BRASIL. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. 110p.

BRASIL. *Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014-2017*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde. 2013.

BRASIL. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84p.