



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Fernanda Corrêa Pires Quintão

Competência Cultural na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos usuários da comunidade
da Mangueira

Niterói
Abril/2022

Fernanda Corrêa Pires Quintão

Competência Cultural na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos usuários da comunidade da Mangueira

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde – Abrasco/Fiocruz/ISC/UFF, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Patty Fidelis de Almeida

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde, Acesso e Qualidade na Atenção Básica

Niterói

Abril/2022

Ficha catalográfica automática - SDC/BFM
Gerada com informações fornecidas pelo autor

Q7c Quintão, Fernanda Corrêa Pires
Competência Cultural na Atenção Primária à Saúde :
perspectiva dos usuários da comunidade da Mangueira /
Fernanda Corrêa Pires Quintão ; Patty Fidelis de Almeida,
orientadora. Niterói, 2022.
87 f. : il.

Dissertação (mestrado profissional)-Universidade Federal
Fluminense, Niterói, 2022.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PROFSAUDE.2022.mp.08295496760>

1. Competência Cultural. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Estratégia Saúde da Família. 4. Produção intelectual.
I. Almeida, Patty Fidelis de, orientadora. II. Universidade
Federal Fluminense. Instituto de Saúde Coletiva. III. Título.

CDD -

Fernanda Corrêa Pires Quintão

Competência Cultural na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos usuários da comunidade da Mangueira

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde – Abrasco/Fiocruz/ISC/UFF, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 06 de maio de 2022.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Claudia Regina Santos Ribeiro
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Valeria Ferreira Romano
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos
Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Patty Fidelis de Almeida
Universidade Federal Fluminense

Niterói

Abril/2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por ter me mantido no caminho certo durante esta dissertação, com saúde e forças para chegar até o final, em um momento tão difícil e de tantas incertezas.

À minha mãe, Katia, por todo o incentivo e amor incondicional em mais essa etapa; e ao meu pai, Jayme, que mesmo não estando mais entre nós, está sempre comigo.

Ao meu marido, Leandro, pelo companheirismo, dedicação, paciência e, sobretudo, por seguir ao meu lado encorajando minhas escolhas e sendo meu alicerce nos momentos de fragilidade.

À minha filha, Alice, por me lembrar de ter fé e me ensinar a sempre acreditar. Por trazer alegria e ternura durante toda a minha vida desde a sua chegada.

À Bia, colega de mestrado e de trabalho, amiga de vida e família do coração, pelo exemplo como amiga, profissional e mãe, além de seu cuidado e carinho sempre que necessário.

À professora Patty, minha orientadora, pela sua dedicação e paciência durante o meu percurso. Sua experiência fez diferença no resultado da minha dissertação.

Aos meus professores pelas valiosas contribuições dadas durante todo o processo e aos colegas do ProfSaúde, que compartilharam dos inúmeros desafios que enfrentamos.

Aos meus amigos e companheiros da Clínica da Família Dona Zica, que me incentivaram desde o início e foram fundamentais em cada etapa desse processo. À Margarete, minha eterna ACS, pela colaboração afetuosa; e à Clara, gerente e amiga, cujo apoio e cuidado foram primordiais.

Muito obrigada!

*Vista assim do alto
Mais parece um céu no chão
Sei lá,
Em Mangueira a poesia feito um mar, se alastrou
E a beleza do lugar, pra se entender
Tem que se achar
Que a vida não é só isso que se vê
É um pouco mais
Que os olhos não conseguem perceber
E as mãos não ousam tocar
E os pés recusam pisar
Sei lá não sei...
Sei lá não sei...*

*Não sei se toda beleza de que lhes falo
Sai tão somente do meu coração
Em Mangueira a poesia
Num sobe e desce constante
Anda descalça ensinando
Um modo novo da gente viver
De sonhar, de pensar e sofrer
Sei lá não sei, sei lá não sei não
A Mangueira é tão grande
Que nem cabe explicação”*

(Viola e Carvalho, 1969)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar a percepção dos usuários sobre a competência cultural no cuidado recebido na Atenção Primária à Saúde (APS) no que se refere às práticas profissionais e à organização do serviço. Realizou-se pesquisa qualitativa por meio da realização de 16 entrevistas semiestruturadas com moradores da comunidade que possuem vinculação com a Clínica da Família (CF) e com o Grêmio Recreativo Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira (GRESEPM). O cenário de pesquisa é a CF Dona Zica, na comunidade da Mangueira, no município do Rio de Janeiro, onde está localizado o GRESEPM, principal referência social e cultural do território. As entrevistas passaram por análise de conteúdo temática a partir de três dimensões para compreensão da competência cultural: do sujeito, de práticas profissionais e organizacional. Os resultados do estudo mostram que o GRESEPM tem uma grande influência na vida, no cotidiano e na história da comunidade. Em relação à dimensão do sujeito, a Agremiação é um importante aparelho da rede de apoio social, atuando na manutenção da saúde mental dos moradores, sobretudo em momentos críticos da vida. Sobre as práticas profissionais, a Equipe de Saúde da Família incorpora informações sobre os aspectos socioculturais e do cotidiano na avaliação da saúde dos sujeitos. Na dimensão, organizacional, a CF se destaca como principal porta de acesso, sendo fundamental equipamento de saúde da comunidade, contando com uma equipe que compreende a importância do GRESEPM para os moradores. A compreensão do atributo da competência cultural é importante para a oferta de APS abrangente ao fortalecer o vínculo entre equipes, usuários e território, bem como ao valorizar a identidade cultural e os aspectos históricos envolvidos no cuidado em saúde.

Palavras-chave: Competência Cultural. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the users' perception of cultural competence in the care received in Primary Health Care (PHC) in terms of professional practices and organization of the service. Qualitative research was carried out through 16 semi-structured interviews with residents of the community who are connected with the Family Clinic (CF) and with the Grêmio Recreativo Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira (GRESEPM). The research setting is the Dona Zica CF, in the Mangueira community, in the municipality of Rio de Janeiro, where the GRESEPM, the main social and cultural reference of the territory, is located. The interviews underwent thematic content analysis based on three dimensions to understand cultural competence: the subject, professional, and organizational practices. The results of the study show that the GRESEPM has a great influence on the daily life and history of the community. Regarding the subject dimension, the Association is an important device of the social support network, working to maintain the mental health of the residents, especially in critical moments of life. Regarding professional practices, the family health team incorporates information on sociocultural and everyday aspects in the assessment of the subjects' health. In the organizational dimension, the CF stands out as the main access door, being the fundamental health equipment of the community, with a team that understands the importance of the GRESEPM for the residents. Understanding the attribute of cultural competence is important for the provision of comprehensive PHC by strengthening the bond between teams, users, and territory, as well as valuing cultural identity and the historical aspects involved in health care.

Keywords: Cultural Competency. Primary Health Care. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1 – Áreas Programáticas, município do Rio de Janeiro.....	33
Mapa 2 – Área Programática 1.0, município do Rio de Janeiro.....	34
Mapa 3 – Território de cobertura da CF Dona Zica, município do Rio de Janeiro	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Matriz de Análise Preliminar para análise da Competência Cultural	36
Quadro 2 – Descrição dos participantes da pesquisa, CF Dona Zica, Rio de Janeiro, 2021	39
Quadro 3 – Perfil dos participantes da pesquisa, CF Dona Zica, Rio de Janeiro, 2021	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Áreas de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Clínica da Família
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GRESEPM	Grêmio Recreativo Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira
HSL	Hospital Sírio-Libanês
IEP	Instituto de Ensino e Pesquisa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PBF	Programa Bolsa Família
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMF	Programa Médico de Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
2.2 COMPETÊNCIA CULTURAL	22
3 METODOLOGIA.....	30
3.1 TIPO DE ESTUDO	30
3.2 TÉCNICAS DE PESQUISA	30
3.2.1 Entrevista Semiestruturada.....	30
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	31
3.4 CENÁRIO DE PESQUISA	33
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	35
3.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	36
4 RESULTADOS	38
4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	38
4.2 DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA CULTURAL.....	41
4.2.1 Sujeito	41
4.2.2 Práticas Profissionais	52
4.2.3 Organizacional.....	54
5 DISCUSSÃO	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Grupo Focal	75
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevista	79
APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista	82
APÊNDICE D – Termo de Compromisso de Utilização de Dados.....	86

APRESENTAÇÃO

A opção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) permeia todos os passos de minha trajetória profissional, em que construo meu caminho tendo a consolidação do SUS como objetivo, por meio do exercício da Medicina de Família e Comunidade (MFC) de forma qualificada e integral, seja com atuações na assistência, na gestão ou na educação.

Ao concluir a graduação, em 2005, optei por trabalhar na cidade de Niterói, onde sou munícipe, e fui residente de MFC na Policlínica Regional Dr. Sergio Arouca, espaço em que pude aprimorar os conhecimentos técnicos, ampliar o olhar clínico, experimentar novas metodologias de trabalho e reconstruir a minha prática, orientada pelo cuidado.

Permaneci em Niterói como médica de família e comunidade. Após seis anos atuando na assistência, em 2012, fui convidada para exercer o cargo de Supervisora de Clínica Médica realizando o acompanhamento matricial das equipes do Programa Médico de Família (PMF) de Niterói, cujo objetivo era ampliar os espaços de escuta qualificada e troca de saberes, além do suporte técnico sempre que solicitada. Tive uma breve passagem pelo Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa, no qual coordenei as ações de educação em serviço e continuada para todas as categorias profissionais do PMF.

Posteriormente, em 2013, atuei durante quatro anos na Coordenação Técnica do PMF, experimentando pela primeira vez o trabalho em gestão na saúde na coordenação técnica¹ de todas as Equipes de Saúde da Família (EqSF) do município, atuando diretamente com os trabalhadores e realizando articulação com outros espaços da rede municipal e estadual. No período entre setembro de 2017 a março de 2018, passei a integrar a equipe de gestão do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Policlínica Regional Dr. Sergio Arouca, realizando a interface entre o programa e a rede de serviços da Atenção Básica (AB), garantindo espaços favoráveis à formação dos residentes.

Em 2017, participei dos Projetos de Qualificação do SUS do Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP) do Hospital Sírio-Libanês (HSL), onde fui aluna do curso de Especialização em Processos Educacionais em Saúde e docente no curso de Preceptoria no SUS, voltado para as residências multidisciplinares, e Preceptoria em Residência Médica no SUS, com foco nas

¹ O coordenador técnico realiza a gestão dos processos de trabalho das equipes e a articulação com outros níveis de atenção, dentro da estrutura do município, e com os departamentos de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde.

residências médicas. As iniciativas do IEP/HSL foram extremamente enriquecedoras para minha formação profissional por ser o primeiro contato com metodologias ativas de ensino e aprendizagem, estratégia que eu considero muito potente e transformadora tanto para o docente quanto para o educando.

Em 2018, após o período de atuação em diferentes espaços na gestão do município de Niterói, recebi um convite para assumir o cargo de Responsável Técnica da Clínica da Família (CF) Dona Zica, localizada na Mangueira, na cidade do Rio de Janeiro. Além da responsabilidade técnica, na qual exercia ações promotoras de qualificação dos outros médicos da unidade de saúde, de regulação de vagas para outros níveis de atenção e de preceptoria de estagiários de graduação, também atuava diretamente na assistência, como médica de família e comunidade da Equipe Buraco Quente, uma das cinco equipes da Clínica. Permaneci nessa equipe até outubro de 2019.

Em novembro de 2019, voltei para o município de Niterói em duas frentes de trabalho, todas envolvendo a MFC, porém em cenários distintos: assistência e educação. Na assistência, como médica de família e comunidade na comunidade do Morro do Céu, retornei ao primeiro local de atuação após a graduação. Recebi o convite, em março de 2020, para atuar como médica de família e comunidade no município de Maricá, no estado do Rio de Janeiro, que está em franca expansão e qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS); e, a partir de março de 2021, assumi no mesmo município a função de preceptora do Programa de Interiorização da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, exercida até o momento.

Na área de educação, nos últimos oito anos, realizo a supervisão técnico-pedagógica do Projeto Mais Médicos para o Brasil, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, no município de Maricá, objetivando oferecer aos integrantes uma compreensão do SUS, a possibilidade de conhecer o usuário em seu contexto, trabalhando projetos terapêuticos singulares e comunitários.

Dentro do meu caminhar profissional, lidei com comunidades de intensa vulnerabilidade social e com características sociais e culturais peculiares, que demandam um olhar distinto e que considere esses aspectos, na busca pelo aprimoramento do cuidado a essas populações. Para isso, é necessário refletirmos sobre as fragilidades e potencialidades encontradas a fim de ampliar a integralidade nas ações em saúde. Nesse contexto, em comunidades com singularidades culturais que se misturam com o cotidiano da população, o atributo derivado da competência cultural pode

contribuir de forma transversal para alcance dos atributos essenciais, potencializando as práticas de cuidado, fortalecendo a longitudinalidade e aumentando a satisfação dos usuários, sendo este o tema de investigação a ser desenvolvido no Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde – cursado na Universidade Federal Fluminense desde o ano de 2019.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como cenário a CF Dona Zica, localizada no Morro da Mangueira, na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro.

Durante o tempo de atuação na CF, pude observar que os profissionais enfrentam dificuldades para executar um processo de trabalho qualificado e pautado nos atributos da APS por questões relativas à formação profissional, coletivas e sociogeográficas do território. A sobrecarga assistencial, representada pelo alto número de pessoas adscritas às equipes (19.320 indivíduos, em 2019, para 5 equipes), dificulta alcançar a totalidade dos usuários, ainda que a lógica do trabalho busque priorizar as maiores vulnerabilidades sistêmicas e sociais. Os profissionais de enfermagem têm que se dividir entre ações de assistência e gerência (da equipe e da unidade), o que provoca um distanciamento por muitas vezes indesejado do território.

Considerando a dinâmica de mobilidade da população, há um fluxo permanente de entrada e saída de indivíduos que gira em um tempo diferente daquele aplicado ao trabalho da equipe, necessitando de muita organização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para manter os registros relacionados com o cadastro os mais fidedignos possíveis e atuar dentro de sua função de agente promotor de saúde e elo fundamental entre a população e o serviço. Esse processo de trabalho, caracterizado pela sobrecarga assistencial, parece imprimir prioridade ao atributo do acesso enquanto os atributos voltados para a atenção comunitária não são reconhecidos como ferramentas prioritárias e complementares para qualificação do trabalho da equipe.

Além dos atributos essenciais – primeiro contato, integralidade, coordenação e longitudinalidade –, outros três são reconhecidos como componentes de uma abordagem abrangente de APS – abordagem familiar, comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002). Para Damasceno e Silva (2018, p. 5), podemos entender como competência cultural o “reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais”. Para os autores, profissionais que assumem essa competência proporcionam maior vínculo e satisfação dos usuários e, conseqüentemente, maior adesão ao serviço. Segundo Giovanella *et al.* (2009), o atributo da competência cultural envolve o reconhecimento de diferentes necessidades e

características dos grupos populacionais, além da compreensão de suas representações acerca do processo saúde-enfermidade.

Estudos mostram que há certo consenso no entendimento de que profissionais de saúde culturalmente competentes apresentam melhores resultados na relação com seus usuários, refletindo-se em maior satisfação, melhor adesão terapêutica, diminuição dos sintomas, melhora nas condições de saúde e maior eficiência nas ações de prevenção e promoção à saúde (CROSS *et al.*, 1989; DAMASCENO; SILVA, 2018; LIMA, 2016; MODESTO, 2019; STERN *et al.*, 2012; TEUNISSEN *et al.*, 2017; ZEH *et al.*, 2016).

Um sistema de cuidado culturalmente competente reconhecera e incorporaria - em todos os níveis - a importância da cultura, a avaliação das relações interculturais, a vigilância das dinâmicas que resultam das diferenças culturais, a expansão do conhecimento cultural e a adaptação dos serviços para atender às necessidades culturais. (CROSS *et al.*, 1989).

Além disso, os atributos derivados, especialmente a competência cultural e a orientação comunitária, poderiam ser considerados como capazes de fortalecer os atributos essenciais na relação entre equipes e população (STREIT, 2014).

Na literatura, a competência cultural é abordada em contextos diversos, porém poucas vezes nos estudos sobre avaliação da APS. Observa-se um conjunto amplo de estudos centrados nos atributos essenciais, entretanto, pouca produção referente aos atributos derivados. A maior parte da literatura nacional revisada e dos estudos internacionais realiza uma avaliação da qualidade da APS por meio da aplicação do Primary Care Assessment Tool (PCATool), instrumento proposto por Barbara Starfield, que tem a finalidade de avaliar os atributos da APS.

A dificuldade para analisar o atributo da competência cultural nas variáveis do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), por exemplo, é importante evidência que se trata de um tema pouco explorado nas pesquisas e nas políticas públicas nacionais, embora o Brasil seja um país de grande diversidade cultural e com realidades distintas em seus territórios. Dessa forma, ressalta-se a necessidade de que profissionais de saúde desenvolvam habilidades e competências que valorizem e os sensibilizem para a importância da cultura e dos valores locais na sua prática cotidiana (MÜLLER, 2019). Mesmo em zonas urbanas, a existência de características específicas de cada território e de cada população deve ser

considerada pelos profissionais de saúde no momento de tomada de decisões e elaboração de planos terapêuticos individuais e familiares.

Apesar de o PCATool ser um instrumento utilizado para avaliar a qualidade da APS, em relação ao atributo da competência cultural, a proposta de avaliação é pouco abrangente, não trazendo o contexto do atributo e sem problematização sobre a forma de utilização pelas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), nem possíveis efeitos nas práticas de cuidado. Além disso, a ferramenta proporciona uma análise quantitativa, que não permite um aprofundamento teórico-prático sobre a competência cultural. Ressalta-se também que o atributo está ausente na versão adaptada do instrumento pelo Ministério da Saúde, o PCATool-Brasil (BRASIL, 2010), que considera apenas os atributos derivados orientação comunitária e centralidade na família.

A importância do tema para a APS justifica-se também pelos rumos que a política – em especial, as políticas sociais – vem tomando nos últimos quatro anos. A Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016a) prevê o congelamento dos gastos em saúde e educação, impactando diretamente no financiamento do SUS, em uma estratégia de desmonte que abre caminhos para um fortalecimento da iniciativa privada na APS, no qual a dimensão familiar, coletiva e territorial poderia ser suprimida. Em 2017, foi publicada a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017) em um momento no qual o cenário político favoreceu um “rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 13).

Assim, no contexto atual, com medidas conservadoras e retrocessos em um governo de ultradireita, com tentativas de apagamento das identidades e severos ataques à cultura de forma geral, lidar com uma temática que envolve cultura e comunidade se apresenta como um desafio e um dispositivo de resistência. Pensar e aprimorar conhecimentos dentro da APS, buscando a qualificação da assistência e a satisfação do usuário, explorando um dos atributos derivados da APS, é uma tarefa complexa. A iminência do enfraquecimento da ESF como modelo prioritário da APS nacional, ratificado pela nova proposta de financiamento da AB (BRASIL, 2019), pode afastar as práticas de abordagem comunitária do processo de trabalho.

A simbiose entre a comunidade e o Grêmio Recreativo Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira (GRESEPM), histórica e intensa, movimenta sentimentos e subjetividades, além de aquecer a economia local. Toda essa dinâmica parece influir diretamente na autopercepção de saúde dos moradores e até mesmo no cotidiano de utilização dos serviços,

sobretudo quando se aproxima o período de festejos carnavalescos. Nesse sentido, a prática de uma APS abrangente passa também pela compreensão do significado dessas relações no entendimento do processo saúde-doença daqueles moradores.

Parte-se do pressuposto de que as EqSF necessitam aprimorar o seu olhar e qualificar suas estratégias de atuação, considerando que a integralidade se caracteriza pela busca da ampliação das possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional (OLIVEIRA; CUTOLO, 2012, p. 504), considerando as particularidades socioculturais apresentadas nos distintos territórios.

Esta dissertação tem como objetivo identificar se os usuários da CF Dona Zica percebem a competência cultural no cuidado recebido na APS na comunidade da Mangueira. Foram realizadas entrevistas com usuários e análise temática com base em três dimensões utilizadas para apreensão dos sentidos da competência cultural: a) a dimensão do sujeito, compreendendo como os aspectos culturais interferem na autopercepção de saúde dos usuários; b) a dimensão das práticas profissionais, identificando a percepção do usuário sobre a abordagem e a valorização dos aspectos culturais no cuidado ofertado pelos profissionais das EqSF; e c) a dimensão organizacional, na qual se buscou reconhecer as adaptações culturais promovidas pela CF, práticas inovadoras e criativas de cuidado realizadas em Mangueira. As três dimensões da competência cultural serão aprofundadas no campo do referencial teórico deste trabalho.

Por meio deste estudo, busca-se dar relevo ao atributo da competência cultural na APS que, embora frequentemente associado a contextos de cuidados ofertados a imigrantes, povos originários e áreas remotas, também deve estar permanentemente sendo explorado em áreas urbanas com especificidades socioculturais. As diferentes experiências e percepções de usuários e profissionais, principalmente quanto à utilização dos serviços de saúde, tanto na rede formal quanto informal, importando-se também com o vínculo cultural e as interações que as pessoas estabelecem com os ambientes, são uma expressão de competência cultural a ser valorizada, incentivada e mantida nas práticas de cuidado tecidas na ESF (STARFIELD, 2002).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo tem como objetivo apresentar conceitos, reflexões e resultados de estudos que sustentam esta dissertação. Brevemente, apresentam-se os atributos essenciais e derivados da APS: atenção de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação (essenciais), centralidade na família e comunidade (derivados); para, na sequência, com maior profundidade, debater o atributo da competência cultural a partir de três dimensões: uma relativa ao sujeito; outra, às práticas profissionais; e a terceira, referente ao componente organizacional da APS.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, resultou na Declaração que sugeria que governos formulassem políticas e ações de saúde focadas nos cuidados primários, em coordenação com outros setores. A APS seria o caminho para que os países elevassem o nível de saúde de suas populações. A Declaração considera que “os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta fosse atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social” (OMS, 1978, p. 1), demandando direcionamento político para garantir a implementação de seus princípios e diretrizes.

No Brasil, a partir dos anos de 1990, iniciou-se a implementação do SUS, de acordo com a concepção de saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, como previsto na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). O SUS se configura como um sistema universal de saúde, guiado por um conjunto de princípios e diretrizes, a saber: universalidade, integralidade, equidade, participação social, descentralização, regionalização e hierarquização, com valorização das ações de prevenção e promoção voltadas para as necessidades de saúde das populações.

Com a implantação do SUS no Brasil, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), inicialmente formulado como uma política que priorizaria áreas de risco selecionadas a partir do Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (VIANA; DAL POZ, 1998). O PSF, posteriormente, ESF, ao considerar seu potencial não apenas de expansão, mas

também de promoção de mudanças no modelo assistencial, tornou-se a principal modalidade de APS no Brasil.

Desde os anos 2000, a ESF vem se configurando como a porta de entrada preferencial do usuário no SUS. A ESF, além do ordenamento da rede de saúde, deve se apresentar como coordenadora do cuidado, oferecendo um plano de atenção singularizado de acordo com as necessidades de saúde de cada indivíduo, orientada por quatro atributos essenciais e três derivados, segundo concepção de Starfield (2002), cujas formulações têm grande influência na definição das políticas e práticas de APS no país. São atributos considerados essenciais: atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.

A APS compartilha características em comum com outros níveis de atenção, como diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e trabalho em equipe. Porém, segundo Starfield (2002, p. 28), a APS possui características exclusivas:

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

A atenção no primeiro contato se apresenta como a porta de entrada do serviço de saúde, o primeiro recurso a ser buscado pela população quando houver necessidade. Se a organização do serviço de saúde é orientada pela APS, esse atributo deve ser assegurado, como forma de garantir que o usuário recorra ao serviço sempre que apresentar um problema de saúde, seja ele novo ou recorrente, de fácil resolução pela APS ou que necessite de referência para outros níveis de atenção. É importante ressaltar que o usuário deve reconhecer essa característica, pois se ele não identificar a APS como porta de entrada, não conseguirá fazer uso do serviço e dos recursos disponibilizados por este (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Definimos o vínculo estabelecido entre o profissional de saúde e o paciente e sua família como longitudinalidade, que, no contexto da Saúde da Família, refere-se ao vínculo criado entre EqSF, usuário e família (BRASIL, 2009). Ao instituir uma relação longitudinal entre profissional e usuário, inicia-se uma comunicação individualizada e uma parceria, que pode resultar em maior satisfação, adesão ao serviço, ao tratamento e às ações de promoção à saúde (DAMASCENO;

SILVA, 2018). Para Oliveira e Pereira (2013, p. 160), a longitudinalidade “tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade”, evidenciando que o exercício do atributo pode otimizar custos, evitar o deslocamento indevidos dos usuários nos diferentes níveis de atenção e possibilitar uma melhor avaliação clínica do paciente.

De acordo com Starfield (2002, p. 314) “A integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las”, sendo um dos princípios do SUS, considerando as pessoas e atendendo às necessidades de saúde. Ademais, a abordagem integral requer ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, e o profissional deve buscar construir uma relação humanizada com seu paciente para ofertar os cuidados essenciais em seu plano terapêutico. Além disso, o profissional deve adotar uma prática abrangente de saúde e de cuidado, com a perspectiva do trabalho multidisciplinar e em equipe, reduzindo as dificuldades e dialogando com os recursos disponíveis para atender às necessidades do usuário (CONILL, 2004).

Para Almeida, P. *et al.* (2018, p. 245), “A coordenação pressupõe, portanto, a construção de redes dinâmicas, exigindo cooperação e integração dos atores e serviços envolvidos”, entre os quais, o paciente, sua família, os profissionais de saúde, a comunidade e os diferentes níveis de atenção, presentes na trajetória assistencial do usuário. As ações de coordenação devem compor a elaboração do projeto terapêutico de um paciente com a sua família, na rede de referência e contrarreferência e até mesmo nas ações multidisciplinares desenvolvidas na unidade de saúde.

O atributo derivado da centralidade na família se refere ao conhecimento que o profissional de saúde deve ter sobre os membros de uma família e suas necessidades de saúde, bem como a dinâmica e organização familiar para lidar com os problemas de saúde dos seus componentes (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Uma vez que a família se configura como um espaço de proteção e de cuidado, mesmo naquelas em que há poucos recursos disponíveis, profissionais de saúde que atuam considerando esse atributo podem alcançar um cuidado mais holístico com melhores resultados ante os problemas de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O atributo da orientação comunitária refere-se ao reconhecimento das demandas da comunidade, identificação das redes de apoio e outros recursos disponíveis e envolvimento da

comunidade em questões relacionadas com a prática de saúde, que poderia colaborar para o alcance de maior integralidade. Ter boa compreensão das características da comunidade pode ampliar o olhar e a compreensão sobre as necessidades de saúde de uma população (STARFIELD, 2002).

A competência cultural, objeto desta dissertação, refere-se ao “reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 587). Valoriza a sensibilidade de reconhecer como determinadas questões envolvendo as demandas de saúde de uma população ou comunidade podem ser influenciadas por fatores étnicos, culturais, religiosos, entre outras singularidades. Ela será mais desenvolvida a seguir.

2.2 COMPETÊNCIA CULTURAL

O conceito do atributo derivado *competência cultural* se mostra transversal aos outros atributos essenciais e derivados na APS, permitindo uma abordagem abrangente por contextualizar as singularidades culturais e sociais do indivíduo e do território, como forma de potencializar o alcance de um atendimento integral e longitudinal.

Na comunidade da Mangueira, a população possui uma relação bastante singular com um equipamento específico, o GRESEPM, o que parece ser um cenário propício para compreensão das interfaces de aspectos culturais no cotidiano das pessoas e, conseqüentemente, em sua saúde. Para Müller, “a evolução de práticas culturalmente sensíveis estaria relacionada à capacidade de reconhecimento da diversidade cultural e à observação de que a diversidade moldaria o processo de busca de ajuda” (2019, p. 36), o que deve provocar na equipe de saúde um refinamento das práticas, individualizando ainda mais os planos de cuidados implementados. Para que a equipe possua competência cultural, é necessário, além de sensibilidade e empatia, experiência, autoconhecimento e informação (DAMASCENO; SILVA, 2018).

Segundo Prates *et al.* (2017), ao analisar estudos que mostram o desempenho da APS, na perspectiva do usuário, em âmbito mundial, por meio da utilização do PCATool, a competência cultural deve ser entendida como as transformações realizadas nos serviços de saúde para atender às especificidades culturais da população atendida. Nesse estudo, realizado em 2017, a

competência cultural foi o atributo mais bem avaliado, embora tenha sido mencionado poucas vezes, em contraposição aos demais atributos derivados.

Em estudo realizado em um serviço de assistência para crianças com transtornos mentais e emocionais nos Estados Unidos, Cross *et al.* (1989) conceituam o atributo da competência cultural como um conjunto de comportamentos, atitudes e políticas que influenciam o serviço e capacitam cada profissional individualmente, permitindo o trabalho em situações interculturais. Tornar-se culturalmente competente é um processo, e sempre haverá oportunidade de aprimoramento. Um serviço culturalmente competente reconhece e incorpora, em todos os seus níveis, a cultura, a análise das relações interculturais, observa o produto gerado pelas diferenças culturais, a expansão do conhecimento cultural e a adaptação necessária para atender às singularidades culturais. Cross *et al.* (1989) apontam cinco elementos essenciais que contribuem para um serviço ser culturalmente competente: a valorização da diversidade; a autoavaliação cultural; a consciência da dinâmica da interação cultural; o desenvolvimento de adaptações à diversidade; e a institucionalização da interação cultural.

Müller (2019), em seu estudo sobre a competência cultural nas ações de matriciamento em saúde mental nas EqSF do município do Rio de Janeiro, destaca que o atributo ganhou ênfase quando as populações multiculturais ganharam visibilidade na sociedade, demandando respostas dos serviços de saúde para atuar com qualidade no enfrentamento das iniquidades em saúde. Aponta como fundamental preparar a força de trabalho para o desenvolvimento da competência cultural a partir de um conjunto de comportamentos, ações e políticas de saúde capazes de atuar no reconhecimento e inclusão da diversidade cultural nos cuidados em saúde. Nesse sentido, a competência cultural deve ser compreendida a partir de uma perspectiva multifatorial, considerando aspectos individuais do paciente, sua história e peculiaridades; dos profissionais, como a sensibilidade de reconhecer e abordar as diferenças; e aspectos relacionados com os serviços de saúde, na organização gerencial e adaptação para atender às singularidades dessas populações.

Segundo o estudo de Müller (2019), médicos de família apontaram ferramentas da Clínica Ampliada e da Medicina Centrada na Pessoa como formas de análise do perfil sociocultural dos seus pacientes, embora tenha desconsiderado elementos organizacionais, de gestão e do processo de trabalho. Médicos e matriciadores sinalizaram maior valorização da busca por diferenças socioeconômicas em relação às singularidades culturais, sugerindo a

necessidade de mais estudos sobre a dificuldade de incorporar elementos culturais às práticas de saúde. Foi evidenciada a importância dos ACS como elemento transformador das práticas assistenciais tanto no diálogo com os usuários quanto com os profissionais de saúde, legitimando a presença e valorizando esse profissional nas EqSF (MÜLLER, 2019).

Os princípios da Medicina Centrada na Pessoa, uma proposta de transformação do método clínico, do modelo biomédico, no qual o foco é a doença, para um método clínico centrado no sujeito, pode ser uma estratégia para alcance da competência cultural (MÜLLER, 2019). A proposta é individualizar os planos de cuidado considerando aspectos próprios daquele indivíduo (sua história e seu cotidiano), além dos fatores sociais, culturais e do ambiente em que ele vive. De acordo com Anderson *et al.* (2015), o método é sistematizado em seis movimentos, a saber: explorando a doença e a experiência da pessoa em estar doente; entendendo a pessoa como um todo; elaborando um projeto comum de manejo dos problemas; incorporando prevenção e promoção à saúde; intensificando a relação profissional-pessoa; sendo realista.

Dentro dos princípios aplicados ao segundo movimento, entendendo a pessoa como um todo, o profissional deve buscar informações sobre a fase do ciclo da vida do usuário, assim como suas relações familiares, sociais e culturais, entendendo o contexto de vida. A análise do contexto pode ser feita abordando fatores proximais (família, educação, segurança financeira, trabalho, lazer e apoio social) e distais (comunidade, cultura, economia, sistema de saúde e ecossistema) (ANDERSON *et al.*, 2015). Nesse contexto, podemos observar a competência cultural entremeada na análise dos fatores proximais e distais, de forma a auxiliar o profissional de saúde a compreender melhor os motivos do adoecimento do indivíduo e as estratégias a serem traçadas no plano de tratamento.

A Clínica Ampliada se trata de um método essencialmente multiprofissional que busca criar um contexto favorável que permita avaliar as dimensões que cercam o processo de adoecimento de um indivíduo (BRASIL, 2009). É uma ferramenta que pode colaborar para que a equipe aumente sua competência cultural na condução terapêutica de seus pacientes, a partir dos seguintes pilares: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; ampliação do objeto de trabalho; transformação dos instrumentos de trabalho; e suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009). Para a compreensão ampliada do processo saúde-doença, há necessidade de contribuições de diferentes agentes e resgate de aspectos que tragam mais elementos à discussão da situação de saúde, considerando

questões culturais, sociais, econômicas, de lazer e de estilo de vida. Esses elementos podem ganhar diferentes magnitudes ao longo do tempo, dependendo de fatores individuais ou coletivos a que esse indivíduo esteja submetido. Equipes culturalmente competentes podem incorporar tais elementos à clínica, resultando em maior satisfação e adesão, diminuindo o distanciamento entre profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2009).

Mobula *et al.* (2014) trabalham com conceito de Competência Cultural Interpessoal, que seria a horizontalização das relações interpessoais mitigando as diferenças culturais; e de Competência Cultural Organizacional, que se refere à organização dos serviços de saúde para atender às necessidades culturais de uma determinada população. No estudo, realizado em 2014, os usuários reconhecem a importância das ações desenvolvidas pelos trabalhadores comunitários de saúde, que atuam como voluntários, na redução das disparidades no cuidado em saúde. Todavia, os profissionais de saúde ainda não identificam o mérito das práticas dos voluntários, justificado pela dificuldade de alguns profissionais não reconhecerem suas próprias limitações, com ressalvas àqueles culturalmente competentes que incorporaram as ações dos voluntários em seus processos de trabalho. Promover a motivação cultural e incentivar comportamentos culturais nos profissionais de saúde podem aumentar a disposição dos serviços de incorporar elementos da competência cultural (MOBULA *et al.*, 2014).

A competência cultural é abordada por Teunissen *et al.* (2017) com foco na comunicação transcultural, sendo essa uma realidade cada vez mais comum nos serviços de cuidados primários; e quando não realizada, deixa a população mais vulnerável e os profissionais de saúde insatisfeitos com a qualidade dos cuidados. Em situações em que pacientes e médicos não compartilham idioma ou cultura, mesmo a comunicação básica pode se tornar problemática, com efeitos prejudiciais no acesso, nos resultados e na segurança da tomada de decisões. A partir dessas premissas, os autores propõem o uso de diretrizes e treinamento de pessoal para aprimorar a comunicação intercultural, com a participação de profissionais de saúde e usuários migrantes para adaptar, introduzir e avaliar guias e capacitações (TEUNISSEN *et al.*, 2017).

Modesto (2019) discute a intervenção médica excessiva e a prevenção quaternária por meio de ditados populares, que se apresentam como ferramentas de compreensão do conceito de prevenção quaternária. Entende-se prevenção quaternária como as ações assumidas pelos profissionais de saúde com a finalidade de proteger as pessoas de intervenções médicas que provocam mais danos do que benefícios para a saúde (MODESTO, 2019). Aponta que a adoção

da prevenção quaternária por médicos de família e comunidade favorece o aumento competência cultural, por auxiliar a garantir uma melhor relação entre profissional e sujeito, proporcionando tomadas de atitude menos danosas, invasivas e medicalizadoras, com a utilização de abordagens mais integrais e centradas no indivíduo.

De acordo com Zeh *et al.* (2016), um sistema de saúde culturalmente competente é definido como aquele que reconhece e incorpora em todos os níveis a importância da cultura, a avaliação das relações interculturais, a conscientização das dinâmicas resultantes das diferenças culturais, o desenvolvimento do conhecimento cultural e os mecanismos de adaptação para atender às necessidades culturais individuais. A competência cultural dos serviços de tratamento de diabetes de uma cidade britânica de perfil multicultural foi avaliada por meio de uma ferramenta chamada Culturally Competent Assessment Tool (CCAT), desenvolvida pelos próprios autores. A diversidade cultural em relação ao idioma e as fortes tradições culturais em torno dos alimentos consumidos pelos pacientes com diabetes e pertencentes às minorias étnicas foram mais comumente relatadas como barreiras à prestação de serviços culturalmente competentes (ZEH *et al.*, 2016).

Stern *et al.* (2012) sinalizam que a prática de cuidados culturalmente competentes se mostra promissora como um mecanismo para reduzir as desigualdades nos cuidados de saúde, porém, poucas pesquisas vinculam a competência cultural aos resultados clínicos. O estudo utiliza uma ferramenta chamada The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Cultural Competency Item Set (CAHPS-CC) para avaliar o grau em que os cuidados são culturalmente competentes. Essa ferramenta faz parte de um instrumento mais amplo, o Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS), que é utilizado para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde em diversos contextos, desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality (STERN *et al.*, 2012). O atributo da competência cultural é dividido em oito domínios, sendo três ligados à comunicação médica (Comportamentos Positivos, Comportamentos Negativos e Promoção à Saúde) e outros cinco a: Confiança, Tratamento Equitativo, Medicina Alternativa, Tomada de Decisão Compartilhada e Acesso à Serviço de Intérprete (STERN *et al.*, 2012).

O estudo de Hoa *et al.* (2019) compara as experiências de pacientes em diferentes unidades de saúde no Vietnã utilizando o PCATool. Os hospitais públicos apresentaram os maiores scores no atributo da competência cultural, em comparação com as policlínicas e os

centros de saúde comunitários, por se tratar dos equipamentos mais antigos e tradicionais do sistema de saúde local, sendo mais comumente procurados pela população. Esse resultado aponta na direção de uma necessidade de fortalecimento da competência cultural na APS para que ocorra uma mudança na percepção da população sobre o serviço.

O estudo de Damasceno e Silva (2018), com foco na APS brasileira, aborda a competência cultural como um qualificador das práticas de saúde, independentemente da competência clínica do profissional. Apresenta três dimensões do atributo: melhoria da sensibilidade dos profissionais de saúde às questões culturais de pacientes e da comunidade; melhoria do acesso ao serviço de saúde ao mitigar os obstáculos provocados por questões étnicas, religiosas, linguísticas e cognitivas; diminuição das dificuldades organizacionais ao planejar ações de maior empoderamento cultural do serviço de saúde. Profissionais culturalmente competentes podem alcançar, com maior abrangência, as qualidades exclusivas e fundamentais da APS como seus atributos essenciais. O aumento da competência cultural dos profissionais de saúde pode melhorar a relação com o paciente e a adesão ao serviço; promover efeitos positivos nos diagnósticos e tratamentos de doenças e melhor utilização dos recursos disponíveis (DAMASCENO; SILVA, 2018).

Segundo Oliveira e Pereira (2013), ao discutir a importância dos atributos da APS na ESF, a competência cultural é contemplada ao se deslocar a família para o centro das atenções das EqSF. A partir do momento em que os profissionais da ESF se transportam para o território e avaliam grupos familiares e populacionais em seus próprios ambientes, dotados de características próprias, devem passar a dispor de um arsenal de ferramentas e tecnologias mais complexos para o reconhecimento das necessidades das famílias, considerando o contexto físico, cultural, econômico e social.

Em seu estudo sobre a análise dos dados do PMAQ-AB nas regiões de saúde, Lima (2016) associa a competência cultural à integralidade, no momento do reconhecimento de problemas e elaboração de planos terapêuticos, utilizando o termo “discriminação positiva” ao se referir às situações em que profissionais de saúde culturalmente competentes alcançam a equidade ao privilegiar populações com características socioculturais peculiares. Destaca que os saberes popular e profissional se articulam no momento em que há coleta de informações sobre valores, expressões e padrões de cultura de um indivíduo ou comunidade e que a abordagem

culturalmente fundamentada amplifica as práticas de cuidado e estimula a participação social e a autonomia dos sujeitos.

A utilização de diversas abordagens terapêuticas incrementa a competência cultural e aponta para uma intervenção médica mais qualificada (LIMA, 2016). A análise do atributo na pesquisa realizada por Lima (2016) foi insuficiente devido à escassez de variáveis no instrumento do PMAQ-AB que reflitam aspectos específicos da competência cultural. Ainda assim, os resultados referentes às variáveis que mais se aproximavam do conceito indicavam uma dificuldade no manejo de grupos populacionais específicos, porém com resultados positivos em relação à percepção dos usuários em terem seus hábitos culturais, costumes e religião respeitados pelos profissionais.

Daschevi *et al.* (2015), ao analisar o serviço de APS em Londrina por meio da aplicação do instrumento PCATool, encontraram que, associado aos outros atributos derivados, a organização comunitária e a orientação familiar conferem maior poder de interação entre os serviços de APS e a comunidade, em âmbito individual e coletivo. Os resultados apontam para uma necessidade de aprimorar as ofertas de serviços da APS, para garantir a execução dos atributos derivados, que podem ser determinantes no adoecimento de uma determinada população.

A pesquisa realizada por Fracoli *et al.* (2015) avalia a presença e a extensão dos atributos da APS na ESF em um município do interior de São Paulo, por meio da aplicação do PCATool versão criança, com o objetivo de aprimorar a qualidade da assistência. Embora o atributo da competência cultural não esteja incluído no instrumento, os outros atributos derivados (orientação comunitária e familiar) tiveram escore menor que o valor de referência, apontando para uma necessidade de a ESF aprimorar seus serviços por meio de ações de fortalecimento da relação entre profissionais e usuários, por meio do aprimoramento dos atributos derivados, entre eles, a competência cultural.

Nesta dissertação, foi adotada a concepção de competência cultural em uma perspectiva multifatorial, na perspectiva dos usuários, com três dimensões a serem exploradas a partir das singularidades encontradas na comunidade da Mangueira, com especial foco nas relações estabelecidas com o GRESEPM. Uma das dimensões diz respeito à história de vida, hábitos culturais, costumes, lazer e religião dos usuários. A segunda dimensão se refere à percepção que os usuários têm acerca das práticas dos profissionais, como a sensibilidade, a empatia, o

reconhecimento da diversidade, a capacidade de autoavaliação cultural e a incorporação da análise sociocultural, comportamental e de fatores ambientais. A terceira e última dimensão diz respeito aos atributos gerencial e organizacional do serviço, buscando investigar se eles desenvolvem adaptações à diversidade e às necessidades culturais individuais, promovendo a valorização da diversidade e o reconhecimento da importância da cultura, e criando consciência da dinâmica e institucionalização da interação cultural (CROSS *et al.*, 1989; STERN *et al.*, 2012; MOBULA *et al.*, 2014; ZEH *et al.*, 2016; e MÜLLER, 2019). As três dimensões serão analisadas a partir dos usuários, ou seja, com base em suas vivências, sobretudo vinculadas ao GRESEPM e ao cuidado na CF Dona Zica. Assim, buscaremos identificar se os usuários percebem o atributo da competência cultural no cuidado recebido na APS, tanto nas práticas profissionais quanto na organização do serviço de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que busca compreender a percepção dos usuários quanto à abordagem do atributo derivado da competência cultural em um serviço de APS – CF Dona Zica – localizada na comunidade da Mangueira. A pesquisa qualitativa mobiliza um conjunto de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes representando uma dimensão mais extensa das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser minimizados à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

Uma das características dos estudos qualitativos é a busca dos significados dos fenômenos da vida. Para Turato (2005, p. 510), “o interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das coisas, porque este tem um papel organizador nos seres humanos”.

3.2 TÉCNICAS DE PESQUISA

3.2.1 Entrevista Semiestruturada

A técnica de pesquisa utilizada para análise do atributo da competência cultural na perspectiva do usuário foi a entrevista semiestruturada, com base em roteiro predefinido (Apêndice C) construído a partir de categorias de análise, apresentadas no Quadro 1.

A entrevista permite captação imediata e corrente da informação desejada em uma relação horizontalizada entre pesquisador e pesquisado; oportuniza também a captação de sentimentos, pensamentos e intenções. Possibilita a realização de esclarecimentos e adaptações a fim de obter o conhecimento necessário ao estudo. Por se tratar de uma relação entre dois indivíduos, os sentimentos não devem ser pormenorizados, mas, sim, utilizados em benefício da pesquisa, devendo evitar o tom frio e distante por parte do pesquisador (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

As entrevistas foram do tipo semiestruturadas, com a elaboração de questões-chave, que se desdobram em outras interrogativas de acordo com as respostas dos entrevistados, que, dessa forma, poderão participar diretamente da construção da pesquisa. As questões iniciais foram

desenvolvidas a partir da revisão de literatura sobre competência cultural e de informações previamente conhecidas pela pesquisadora, que já atuou como médica de família de uma das equipes da CF Dona Zica. Outrossim, os elementos não verbais devem ser considerados pelo entrevistador, que deve estar atento para compreender e legitimar as falas dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas no período de 8 de abril a 20 de maio de 2021 e tiveram duração de aproximadamente 35 minutos. Os usuários foram contatados pelos ACS da Equipe Buraco Quente, sob orientação da pesquisadora, para agendamento das entrevistas, que foram realizadas no domicílio do participante, conforme sua preferência e disponibilidade, respeitando as medidas de precaução impostas pela pandemia da covid-19 e após etapa de imunização da população maior de 60 anos. Dessa forma, as entrevistas foram realizadas em ambiente que garantiu o sigilo das informações e a segurança dos participantes. Como todas as entrevistas foram realizadas na comunidade da Mangueira, não implicaram qualquer despesa com transporte para os participantes. A execução das entrevistas nos domicílios permitiu um ambiente mais confortável e acolhedor para os entrevistados, além de minimizar possíveis constrangimentos e identificação dos sujeitos entrevistados pelos profissionais da CF Dona Zica. As entrevistas foram gravadas (apenas o áudio) e transcritas na íntegra com recursos próprios da pesquisadora, que apagou os arquivos de voz logo após a transcrição. A partir das transcrições das entrevistas, identificaram-se as categorias de análise predefinidas e emergentes no campo.

Não foi estabelecido previamente o quantitativo de entrevistas, que se esgotaram por utilização do critério de saturação, que “busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados (ou identificados durante a análise) e o conjunto dos entrevistados” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os entrevistados foram eleitos por conveniência, atendendo a três critérios: ser maior de 18 anos, ter vinculação às atividades do GRESEPM e ser usuário da CF Dona Zica, com utilização de serviços no ano anterior à pesquisa.

Por ter atuado no território da Mangueira, foi possível identificar alguns possíveis participantes-chave. Previamente, identificaram-se integrantes da Velha Guarda da Mangueira, presidentes de alas, integrantes da bateria que buscaram atendimento na CF com o objetivo de

cuidar das suas necessidades de saúde, muitas vezes para conseguirem participar das atividades do GRESEPM. Foi realizada entrevista prévia e exploratória com as atuais equipes da CF para confirmar e identificar novos sujeitos vinculados ao GRESEPM e que também frequentassem a unidade. Nessa etapa inicial de levantamento de participantes da pesquisa, foram identificados 28 pacientes da CF que atendiam ao perfil de entrevistados desejado, porém, foram excluídos 7 usuários que, mesmo com vinculação à Mangueira, não tiveram, no mínimo, 4 contatos com a CF no ano anterior à pesquisa.

Após uma primeira relação de sujeitos com vinculação à Mangueira, foi realizada, nas EqSF, busca no prontuário eletrônico para identificar se eles tiveram, no mínimo, 4 contatos com as equipes da CF ao longo do ano anterior ao início do trabalho de campo. Os contatos poderiam ser consultas clínicas, procedimentos de pré-consulta, visitas domiciliares ou atividades educativas. É importante referenciar que todas essas atividades são registradas no prontuário eletrônico, sendo possível identificar nominalmente tais usuários e as ações realizadas na CF. Após a busca no prontuário eletrônico, 21 pacientes atendiam a todos os critérios de inclusão para a pesquisa.

Os prontuários foram utilizados exclusivamente para a seleção dos usuários com vistas a identificar aqueles que tiveram o número mínimo de 4 contatos com a EqSF, no ano anterior ao início do trabalho de campo previsto na pesquisa. Ressalta-se ainda que não foi identificada qualquer outra informação clínica ou pessoal presente no prontuário. Após a identificação dos usuários, a pesquisadora realizou o contato para convidá-los a participar do estudo, em conjunto com o ACS de referência da área.

O nome dos participantes da pesquisa e dos profissionais de saúde mencionados nas entrevistas foram substituídos por nomes fictícios, preservando suas identidades e garantindo a privacidade, o sigilo e a confidencialidade.

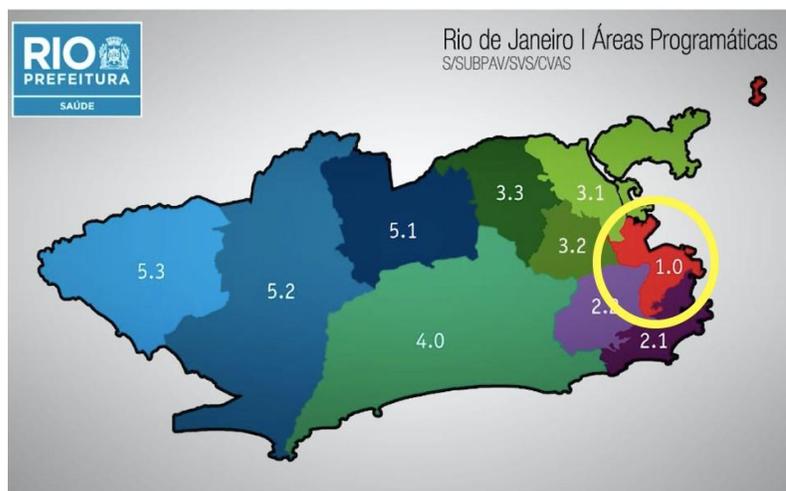
Na fase de realização das entrevistas, 5 sujeitos considerados elegíveis não participaram da pesquisa; não consegui contato telefônico, nem por meio de visita domiciliar, com 3 pacientes, e 2 deles estavam provisoriamente na casa de outros familiares devido às medidas de isolamento social da pandemia da covid-19.

Dessa forma, tivemos um grupo de 16 participantes vinculados ao serviço de saúde e implicados com a comunidade e com a agremiação, possibilitando atender aos objetivos do projeto de pesquisa.

3.4 CENÁRIO DE PESQUISA

O município do Rio de Janeiro possui 6.718.903 habitantes (IBGE, 2019a), tem 326 unidades de saúde, sendo 229 unidades de APS que podem ser CF, Centros Municipais de Saúde ou Centros de Saúde Especializados (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2019a), de forma que a APS corresponde a 70,2% dos equipamentos de saúde do município, com abrangência de 53,17% de cobertura pela ESF em 2021 (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2021). Para fins de planejamento em saúde, a Secretaria Municipal de Saúde, desde 1993, dividiu o território em 10 Áreas de Planejamento (AP).

Mapa 1 – Áreas Programáticas, município do Rio de Janeiro



Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro (2019c).

A AP 1.0 possui 15 bairros e é dividida em 6 regiões administrativas, a saber: Portuária, Centro, Rio Comprido, São Cristóvão, Paquetá e Santa Tereza. Abriga 4,6% da população carioca – 268.280 habitantes e 2,8% do território (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2019a). Possui 18 unidades de Atenção Primária, 10 Centros Municipais de Saúde e 8 CF, considerando unidades ativas e inativas, sendo apenas uma inativa. Atualmente, em 2021, a AP 1.0, possui cobertura de ESF de 77,5% da população, com 73 EqSF, sendo 67 equipes completas e 6 incompletas (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2019a). A AP 1.0 congrega a maior proporção de pessoas morando em favelas (29%), sendo nessa área que se concentra o maior aparato público de saúde instalado na cidade (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2019a).

Mapa 2 – Área Programática 1.0, município do Rio de Janeiro



Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro (2021).

A CF Dona Zica, localizada na AP 1.0 e na Região Administrativa de São Cristóvão, atende 16.147 habitantes, adscritos a 5 EqSF: Buraco Quente, Candelária, Telégrafo, Entorno e Chalé. A Clínica possui um espaço físico restrito, provocando a limitação na oferta de alguns serviços e demandando muita disciplina e criatividade das cinco EqSF para atuarem de acordo com os princípios e diretrizes da AB descritos na PNAB (BRASIL, 2017).

Mapa 3 – Território de cobertura da CF Dona Zica, município do Rio de Janeiro



Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro (2021).

Durante meu tempo de atuação na CF Dona Zica, pude perceber que, embora as equipes ofereçam serviços, há importantes barreiras e entraves para que eles sejam, de fato, garantidos aos usuários, como o grande número de população adscrita e atendida com alto grau de vulnerabilidade e a limitação de espaços para atendimento, provocando redução do número de consultas por equipe. Naquele momento, não funcionava com horário estendido por motivos de segurança, por se tratar de uma área de risco de conflitos relacionados com a violência urbana; porém, era aberta aos sábados, servindo como opção para quem tinha dificuldades de frequentar o serviço de saúde durante a semana. Desde 2020, a CF ampliou o horário de atendimento, passando a funcionar das 7h às 18h, sendo uma estratégia adotada para ampliar o acesso à população.

O território conta com equipamentos de educação, sendo uma escola municipal e duas creches municipais, que atendem aos moradores. A quadra do GRESEPM, o Palácio do Samba, é a principal referência no território e, além da oferta de atividades culturais, é uma grande parceira do serviço de saúde, disponibilizando espaço para a realização de ações de promoção à saúde. Na quadra da Mangueira, há uma unidade da FAETEC, onde acontecem cursos profissionalizantes e de língua estrangeira abertos à população.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A etapa de análise buscou a compreensão dos dados coletados de acordo com os objetivos da pesquisa e ampliou o conhecimento sobre a competência cultural na APS. As entrevistas passaram por análise de conteúdo temática, com suas respectivas etapas de pré-análise, em que se organiza e se faz a leitura do material que será analisado; a seguir, pela fase de exploração do material, pela codificação do material, realização de recortes no texto, tratamento dos resultados, inferência e a interpretação, na qual se operam os dados brutos de forma a serem significativos e válidos (BARDIN, 1977).

Na etapa da fundamentação teórica, foram definidas categorias de análise, a partir da literatura. Para Minayo (2001, p. 70), utilizar categorias em pesquisa qualitativa significa “agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito”. As categorias iniciais de análise foram dispostas em uma matriz preliminar, que foram revisadas a partir de categorias emergentes de campo. A matriz serviu de base para elaboração do roteiro prévio de entrevistas.

Quadro 1 – Matriz de Análise Preliminar para análise da Competência Cultural

Dimensões da Competência Cultural	Componentes
Sujeito	<ul style="list-style-type: none"> • História de vida • História social • Costumes • Religião • Lazer • Autopercepção de saúde • Vínculo com o GRESEPM
Práticas profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidade • Postura empática • Análise sociocultural • Incorporação de elementos do território e fatores ambientais • Conhecimento do papel do GRESEPM no território • Adaptação das práticas em função das atividades carnavalescas • Realização de atividades conjuntas com o GRESEPM • Compreensão ampliada do processo saúde doença • Horizontalização da relação profissional-paciente
Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Valorização da diversidade do território • Incentivo às atividades realizadas no território • Estabelecimento de vínculo com o GRESEPM • Adaptações à diversidade • Adaptações às necessidades culturais individuais • Reconhecimento da importância da cultura

Fonte: Elaboração própria a partir de Cross *et al.* (1989); Stern *et al.* (2012); Mobula *et al.* (2014); Zeh *et al.* (2016); e Müller (2019).

3.6 QUESTÕES ÉTICAS

Para a realização desta dissertação, foram seguidas a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e a Resolução CNS nº 510, de 7 de abril de 2016 (BRASIL, 2016b), que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Fluminense sob o parecer número 4.199.668 e CAAE 31198820.9.0000.5243 e ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob o parecer número 4.321.097 e CAAE 31198820.9.3001.5279.

Os princípios da Bioética foram respeitados de forma a garantir a dignidade dos participantes envolvidos. O princípio da autonomia foi garantido por meio da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes; o princípio da justiça foi garantido pela relevância social da pesquisa e considerando com imparcialidade o direito e a opinião de cada um; os princípios da beneficência e da não maleficência foram respeitados uma vez que os participantes não foram expostos a questionamentos constrangedores ou que pudessem de alguma forma trazer prejuízos psicossociais.

De acordo com a Resolução CNS nº 466/2012 (BRASIL, 2012), toda pesquisa com seres humanos implica riscos. No TCLE, constava a possibilidade de que aconteçam alguns desconfortos durante a entrevista, como a exposição de informações pessoais ou o constrangimento em responder a alguma pergunta. Para diminuir eventuais desconfortos, a entrevista foi realizada no domicílio, e o participante teve liberdade para não responder às perguntas que considerasse constrangedoras. Também foi possível desistir a qualquer momento de participar da entrevista, sem qualquer prejuízo. Caso algum participante se sentisse mal, com algum problema de saúde ou informação solicitada, a entrevista poderia ter sido interrompida imediatamente. Mais uma vez, foi respeitada sua privacidade e confidencialidade de todas as informações pessoais.

Houve a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa e após a finalização. Os integrantes tiveram total liberdade para decidir sobre sua participação, podendo retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa.

4 RESULTADOS

4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Por meio dos critérios de inclusão já referidos, foram selecionados 21 pacientes para serem entrevistados nesta pesquisa. Devido à impossibilidade de agendar as entrevistas com 5 indivíduos que não estavam no território no período da realização da pesquisa, o grupo correspondeu a 16 entrevistados, com faixa etária de 39 a 85 anos, sendo a maioria com mais de 60 anos.

Em relação ao tempo de residência no mesmo domicílio, grande parte dos entrevistados mora na mesma casa desde o nascimento; e entre os que já moraram em outros domicílios, todos residem há mais de 30 anos na mesma casa, o que demonstra uma vinculação forte com criação de laços afetivos com o território, a comunidade e com o GRESEPM.

No que diz respeito à renda familiar, mais da metade dos indivíduos declarou receber até um salário mínimo por mês, e apenas dois participantes disseram receber mais de três salários mínimos mensais. Em relação a se declarar como principal provedor da família, dez usuários confirmaram que sim.

Quando questionados sobre a sua atual ocupação, a maior parte dos entrevistados ainda trabalha em empregos formais ou informais, e cinco deles se declararam aposentados. Ao serem questionados se recebem algum benefício social, a maioria referiu aposentadoria, porém, houve relatos de pessoas que são beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), um recebe Auxílio-Doença pelo Instituto Nacional de Seguridade Social e apenas um informou receber o Auxílio Emergencial proposto pelo governo federal no período da pandemia da covid-19.

Analisando as informações de ocupação, renda familiar e recebimento de benefícios, podemos observar que se trata uma população de grande vulnerabilidade socioeconômica, pela maioria expressiva de participantes que recebe até um salário mínimo. Analisando os participantes aposentados, alguns, mesmo recebendo aposentadoria, ainda necessitam de outras fontes para complementação da renda familiar, enquanto poucos vivem exclusivamente da aposentadoria. No momento das entrevistas, um número importante de pessoas disse ser beneficiárias de algum programa de transferência de renda do governo (PBF e Auxílio Emergencial), que recentemente foram extintos (NAIME, 2021). O Quadro 2 apresenta o perfil dos 17 participantes da pesquisa.

Quadro 2 – Descrição dos participantes da pesquisa, CF Dona Zica, Rio de Janeiro, 2021

Entrevistado	Idade	Tempo de Residência no endereço	Escolaridade	Ocupação	Provedor principal da família	Renda familiar mensal (em salários mínimos)	Recebe benefício social	Plano de Saúde
Vicente	57	57	Fundamental	Gari	Sim	> 4	Não	Sim
Pedro	60	40	Médio Incompleto	Laminador	Sim	Até 1	Não	Não
Zara	84	76	Médio	Auxiliar administrativo	Sim	Até 2	Auxílio-Doença	Sim
Virna	80	80	Fundamental incompleto	Aposentada	Não	Até 1	PBF	Não
Vania	65	65	Fundamental incompleto	Desempregada	Sim	Até 1	PBF	Não
Nilza	84	67	Fundamental incompleto	Aposentada	Não	Até 2	PBF	Não
Candida	63	63	Médio	Autônomo	Não	Até 2	Auxílio Emergencial	Não
Juraci	52	52	Fundamental incompleto	Autônomo	Sim	Até 1	Não	Não
Eliane	71	34	Médio	Aposentada	Sim	Até 1	Aposentadoria	Não
Juliana	60	30	Fundamental incompleto	Do lar	Não	Até 1	PBF	Não
Irene	80	80	Fundamental incompleto	Do lar	Sim	Até 1	PBF	Não
Solange	77	77	Fundamental	Aposentada	Sim	Até 2	Aposentadoria	Não
Heitor	85	85	Fundamental	Comerciante	Sim	Até 2	Aposentadoria	Não
Clara	39	39	Médio	Do lar	Não	Até 1	Não	Não
Luiz Renato	67	67	Fundamental	Músico	Sim	Até 2	Aposentadoria	Não
Vanessa	66	66	Médio	Auxiliar Serviços Médicos	Não	Até 2	Aposentadoria	Não

Fonte: elaboração própria.

Entre os agravos de saúde referidos pelos entrevistados, a hipertensão arterial sistêmica aparece como a principal comorbidade, acometendo a maior parte dos participantes. A diabetes mellitus vem em seguida, como a segunda maior comorbidade. Outros agravos foram relatados: câncer de mama, osteoporose, sequela de acidente vascular cerebral isquêmico, artrite reumatoide, hipotireoidismo, glaucoma, obesidade e fratura de fêmur. A maioria das doenças relatadas pelos participantes da pesquisa é de maior prevalência na população adulta e idosa, enquadrando-se no perfil de faixa etária dos participantes da pesquisa. Ressalta-se que a informação é a referida pelo sujeito durante a pesquisa e que não foi realizada revisão de prontuário para confirmar tais informações, considerando a percepção de doença de cada um. Ainda assim, configura-se um perfil de usuários que demandam grande utilização dos serviços de saúde.

Em relação ao contato dos participantes da pesquisa com a CF Dona Zica, perguntou-se qual havia sido o último contato e qual o tipo de serviço buscado na unidade de saúde. Cabe ressaltar que houve um período de isolamento social e restrição de atividades oferecidas pela CF Dona Zica durante a pandemia da covid-19, o que pode ter provocado uma mudança de padrão de acesso desse grupo de usuários ao serviço de saúde nesse período, inclusive por se tratar de um grande número de pessoas idosas e com comorbidades, consideradas grupos de risco para desenvolver formas graves da doença. No que diz respeito ao último contato com a CF, a grande maioria dos indivíduos relatou ter ocorrido nos últimos 30 dias em relação ao momento da entrevista, alguns disseram não lembrar quando foi o último contato, mas que teria sido recente por causa da vacinação.

A realização das entrevistas em domicílio foi feita logo após a etapa de imunização dos idosos contra a covid-19, o que justifica o grande acesso ao serviço nos últimos 30 dias, uma vez que a maior parte dos entrevistados era composta por pessoas com mais de 60 anos. Os relatos revelaram uma boa adesão da população à vacina, e a variados serviços ofertados pela CF, mesmo com as restrições impostas pela pandemia.

Como um dos critérios de inclusão dos participantes era referente à necessidade de o sujeito ter uma vinculação com o GRESEPM, o grupo de entrevistados foi composto por membros da Velha Guarda da Mangueira, componentes de Ala, instrumentistas da Bateria, Presidentes de Ala e membros de quadros administrativos da Agremiação. Outros membros importantes do GRESEPM e usuários cadastrados que utilizam a CF Dona Zica e que

colaboraram com a entrevista foram: uma das compositoras de sambas de enredo e o Baluarte e Presidente de Honra do GRESEPM. O grupo tem participantes que eram provenientes de variados espaços da Agremiação, enriquecendo com suas vivências este trabalho.

Quadro 3 – Perfil dos participantes da pesquisa, CF Dona Zica, Rio de Janeiro, 2021

Entrevistado	Situação Conjugal (Com parceiro/ Sem parceiro)	Filhos (Nº)	Último contato com a CF Dona Zica	Quantos contatos com a CF Dona Zica (ano anterior à pesquisa)	Tipo de contato (o que realizou na CF)	Vinculação com o GRESEPM
Vicente	Com	2	1 semana	7	Consulta	Coord. Bateria
Pedro	Sem	1	1 semana	19	Farmácia	Coord. Bateria
Zara	Sem	3	15 dias	12	Vacina Covid	Presidente ala
Virna	Sem	6	20 dias	6	Vacina Covid	Velha Guarda
Vania	Sem	2	10 dias	15	Consulta	Presidente ala
Nilza	Sem	6	Não lembra	5	Vacina Covid	Velha Guarda
Candida	Com	1	10 dias	6	Vacina Covid	Tesoureira
Juraci	Sem	4	Não Lembra	9	Consulta	Componente ala
Eliane	Sem	4	1 dia	7	Vacina Covid	Compositora
Juliana	Sem	3	1 semana	5	Consulta	Componente ala
Irene	Sem	2	Neste mês	13	Vacina Covid	Velha Guarda
Solange	Com	2	30 dias	9	Vacina Covid	Velha Guarda
Heitor	Com	3	30 dias	6	Vacina Covid	Baluarte/Presidente Honra/compositor
Clara	Com	3	Não lembra	4	Consulta	Baiana
Luiz Renato	Com	1	2 meses	6	Vacina Covid	Bateria
Vanessa	Com	1	1 semana	7	Consulta	Membro conselho deliberativo

Fonte: elaboração própria.

4.2 DIMENSÕES DA COMPETÊNCIA CULTURAL

4.2.1 Sujeito

Uma das características dos entrevistados era o longo tempo de moradia na Mangueira, que variou de 30 a 85 anos. Muitas histórias pessoais e familiares estavam vinculadas ao GRESEPM, ao longo de muitos anos, mostrando a força dessas relações e os efeitos diretos da Agremiação no cotidiano dos moradores:

A família toda é da Mangueira, meu pai era compositor meus tios eram compositor, naquela época tinha uma foto dos compositores antigos era o primeiro, primeira ala de compositores da Mangueira, aí tem meu pai, tem meus tios tudo ali naquela foto. (Solange).

Desde criança, desde os 5 anos [de idade], vestida de baianinha. Minha tia saía, minha avó saía, minha família, então você já cresce com aquele amor, né? É um amor incondicional, você não vive, você torce, você não sai, você fica agoniada... (Candida).

Perdi minha mãe no Carnaval... A baiana mais alegre que tinha aí dentro dessa Mangueira, ela desfilou no domingo de Carnaval de 77 com o samba de Cantinho, Mangueira ficou, parece que ficou em sétimo lugar. Então ela se encontrou na Avenida com muitas pessoas antigas que ela não via, aquilo, ela ficou emocionada. Desfilou domingo, e chegou em casa segunda de manhã, aí ela deitou e não acordou mais... Chegou a se despedir da Mangueira. (Solange).

A Mangueira também se configurava, segundo os participantes, como um espaço de resiliência, de reconstrução da vida, de resgate após momentos de dificuldades e de perdas, proporcionando, de alguma forma, melhorias na saúde mental. Os relatos também mostraram a formação de uma rede de solidariedade entre os componentes, que encorajavam e incentivavam o retorno às atividades da Agremiação após momentos críticos de vida, como a perda de familiares ou entes queridos:

Aí fiquei muito ruim, não sei se a senhora soube da história da minha filha, dos problemas e tudo... pensei em não desfilar no ano... acho que foi o ano mais feliz da minha vida, 2018... 2017, desculpa. Quando eu voltei a desfilar. Até hoje eu sou muito grata a Neuci por isso. Ela veio: 'Não, você vai desfilar sim!'. E eu falei: 'Não vou conseguir'; ela: 'Tu vai sim. Tu vai do jeito que der'. Olha, quando eu entrei ali, eu acho que foi... e olha que teve carnavais memoráveis, como de 1998, 2002, mas aquele Carnaval ali vai ficar na minha história pra sempre. Foi a minha volta pra Avenida, eu não sabia se eu chorava, se eu ria... (Clara).

Quando minha mãe veio a falecer a gente ficou sem... a gente não iria desfilar, mas a presidente da ala veio e: 'não, vocês têm que desfilar'. A gente ficou meio... estava meio triste, não estava indo ensaio e tudo. Quando eu entrei na Avenida, eu falei: 'Jesus, esse aqui é meu lugar, aqui é meu berço...' era uma sensação de ser acalentada, de tá no colo... parece que a Mangueira me pega no colo, me balança, me nina, sabe? É como se ela me...: 'Ah, vem cá, que eu vou curar suas feridas, vou lamber sua ferida'... (Clara).

Um casal de moradores, juntos há 42 anos, relatou o quão profunda era a relação deles com a Mangueira, usando como exemplo a rotina do fim de semana e as peças do guarda-roupas:

Todo sábado na quadra e ele também, né, porque ele toca na bateria, toca no palanque e eu com as meninas ensaiando, né. Então a gente ia, vivia mais em casa, vivia mais na quadra do que em casa. Tanto é que a gente procura uma roupa, às vezes, pra sair e agora nem tanto que eu dei muita, só tinha roupa verde e rosa. (Vania).

A ligação entre os sujeitos e o GRESEPM era tão intensa e profunda que foram comuns relatos de entrevistados que circulavam por diversas funções dentro da Agremiação, alguns desde a infância, seguindo pela juventude, vida adulta e velhice:

Já tô na Mangueira faz 50 anos. Assim, fui seguindo. Só não fui passista, que eu não gosto. Nem baiana. Saía assim, na comunidade. Saía em ala, essas coisas... Aí resolvi compor também. (Eliane).

O GRESEPM se configurava como um espaço de lazer, troca e convivência, onde se estabeleciam relações duradouras, inclusive com componentes de outras escolas de samba, devido aos convites para participação em eventos de agremiações parceiras:

Aí teve uma vez que a gente estava junto também. A gente também vinha pra cá, mas o pessoal convidava muito. O pessoal da Mangueira ia num lugar, ia em outro, aí tinha a diretora da escola daqui; aí a gente estava com outra do lugar que convidava. É legal! Muita diversão boa! (Nilza).

A relação com o GRESEPM, além de afetiva, expressava-se também em fonte de renda, na medida em que moradores desempenhavam atividades remuneradas, sendo este outro importante lugar ocupado pelo equipamento na comunidade:

Minha renda? Ah, eu ganhava quatro salários mínimos, fiquei doente... Toda aleijada né? E me botaram ganhando um salário mínimo. É que eu faço coisas extra pra arrumar dinheiro... É negócio de Carnaval, fantasia da Mangueira... Eu tenho ala. Então eu contrato um Carnavalesco e ele arruma tudo: costureira, adrecista, e eu só faço pagar. Comprar as coisas, mandar para fazer e pagar... (Zara).

A pessoa conta com aquilo [trabalho no barracão], especialmente o mais novo que tem compromisso, entendeu? Quem tem que fazer umas certas coisas pra vender pra ganhar algum dinheiro né!? (Solange).

Havia um impacto importante na economia local provocado também pelo movimento de turistas e frequentadores da quadra no período pré-carnavalesco, onde ocorrem as festas e os ensaios para o desfile de Carnaval:

[...] É porque eles levam seu isopor, porque tem samba, aí eles pegam o isopor e colocam lá embaixo pra vender a sua cerveja, quem sabe fazer comida coloca; aí tem o caldo, a feijoada que eles colocam, e isso ajuda financeiramente. [...] só de eles poderem trabalhar no sábado, no domingo e poder ir no sacolão e comprar uma verdura, comprar um arroz, comprar um feijão e um ovo pra dar pras crianças! Poxa, isso melhora 100%. (Candida).

A autopercepção de saúde variou, para a maioria dos entrevistados. Havia uma percepção de que saúde envolvia outros aspectos vinculados ao bem-estar, para além do acesso aos serviços de saúde:

Ah, é se prevenir com tudo, né. Pra mim, é ter cuidado com tudo, com a alimentação, com, até no ar que você respira, dependendo do ambiente que esteja. Para mim tem que ter muito cuidado com essas coisas. (Vicente).

Hoje em dia, com a cabeça que eu tenho, eu acho que é importante pra ter uma boa saúde é ter equilíbrio emocional, se exercitar, comer bem, né? (Clara).

Entre as ações para mudança de hábitos de vida, como forma de melhoria das condições de saúde, os participantes da pesquisa pontuaram diversas atitudes, embora reconheçam a dificuldade de atingir os objetivos do tratamento não medicamentoso:

Ultimamente só aqui, ó! Só na mente. Tenho procurado pensar melhor, ter pensamentos positivos, rezado. Eu tenho tentado fazer assim: hoje tá ruim, mas amanhã vai melhorar. Ah, quando eu posso evitar de comer um pão... hoje eu não vou comer dois pães, eu vou comer um. Olha, não vou deixar de comer isso aqui... Ah, tá muita fritura... não, não vou comer fritura. Aí é assim, mas de concreto, concreto mesmo, não tenho feito nada. (Clara).

O, o que eu posso agora fazer, apesar que eu não estou ganhando muito, entendeu, é comer uma comidinha melhor entendeu, não ver umas certas coisas, ficar mais com a porta fechada e fingir que eu não vejo entendeu!? Mas eu posso até não querer ver, mas eu tenho que tá com as vistas mais pro meu filho, porque eu tô com o filho desempregado. (Solange).

Em um dos relatos, um usuário fez uma associação entre o GRESEPM e sua própria saúde, por ser uma fonte de alegria, conforto e bem-estar, enfatizando a importância dos hábitos

culturais e sociais, no conceito de saúde da população: “*a Mangueira para mim, sei lá... é um... é um remédio, eu vou dizer que é um remédio pra mim. Tudo pra mim, depois de Deus e de minha família, a Mangueira pra mim é tudo, entendeu?*” (Pedro).

De toda forma, embora a compreensão do que era saúde fosse abrangente, a busca pelo cuidado na CF, principal referência de serviço de saúde na comunidade, centrava-se nas atividades assistenciais, se comparadas às atividades de promoção à saúde. Ainda que o grupo de entrevistados percebesse que, para ter uma boa condição de saúde, era necessário mais que a oferta de serviços da APS, a busca para alcançar esse estado se restringe às práticas mais convencionais, como acesso à consulta e a medicamentos:

Eu vou sempre, conforme eu no começo eu falei, eu tô sempre, qualquer ‘pobrema’ que eu tenha eu tô indo na clínica, tô conversando com minha doutora, que eu tenho a doutora que sabe, que me acompanha há cinco seis anos. (Vicente).

A realização das entrevistas ocorreu durante as primeiras fases de flexibilização das medidas de isolamento social impostas pela pandemia da covid-19; e muitos sentimentos relacionados com a insegurança provocada pela doença foram mencionados, com frequência, seja por quem havia contraído a doença, por pessoas que tiveram amigos e familiares doentes, ou mesmo por indivíduos que não tiveram covid-19, mas que tinham receio de que algo acontecesse:

[...] só nessa pandemia que eu fiquei nervosa demais, você fica com medo de pagar; você vê um vizinho morrer, você vê um outro indo pro hospital; aí você fica um pouco mais agitada (Candida).

A gente pensa que não, mas a cabeça... ah, a gente ficava com medo... a gente vê tanta coisa na televisão e vendo também vizinhos nossos que nós perdemos, coisas assim, quase que encostado dentro da nossa casa, então a Mangueira fez muita falta... (Vania).

O impacto negativo na renda familiar pela ausência do Carnaval em 2021 também esteve presente em relatos, destacando os muitos efeitos da pandemia nas condições de vida. A quadra da Mangueira permaneceu fechada, e as atividades, interrompidas. Nesse sentido, a comunidade foi privada do espaço de lazer e de incentivos ao comércio local, gerado pelo movimento de turistas e frequentadores dos ensaios:

Num tá tendo nada na quadra, durmo, desce aí pra baixo, tá fazendo falta, né? Porque eu tenho um trailer de caldinho ali, mas, agora a gente não tá arrumando, não tá tendo nada, o morro fica vazio. (Vanessa).

Eu quero que volte porque foi o que falei! Graças a Deus as pessoas me ajudam! Eu não tenho nada o que falar dos meus vizinhos. Eles me ajudaram, mas, tem pessoas que tá passando necessidade mesmo, cara! E voltando a atividade... a gente coloca isopor! Eu já trabalhei muito com isopor! (Vania).

Os moradores que trabalhavam diretamente com o Carnaval tiveram suas atividades paralisadas e sem perspectiva de retomada no momento das entrevistas. Esses fatores interferiram negativamente não apenas no campo econômico, mas também na rotina e nos hábitos socioculturais de uma comunidade fortemente vinculada ao GRESEPM e dependente do Carnaval.

Uma das entrevistadas, componente da Velha Guarda da Mangueira, que tem como os *shows* de samba uma das suas fontes de renda, relatou as dificuldades para manutenção da atividade durante a pandemia, destacando que as soluções digitais, como *lives*, não atendem ou substituem todos os tipos de atividades: “*Nada, tem nada liberado, pode ter nada, agora tudo é live, né!?!... e live é poucas pessoas. Fizemos uma, do trem do samba, poucas pessoas, aí fomos em sete, foi dia 2 de dezembro.*” (Solange).

A Velha Guarda também se configurava como um grupo de convivência, que realizava atividades de lazer rotineiramente e que foram interrompidas durante a pandemia, inclusive pelo perfil do grupo, composto por idosos com muitas pessoas com comorbidades:

A velha guarda, quase todo domingo têm passeio. É agora não tem mais, então a gente fica né!? Que a gente sente falta né, sente falta, das amizades de uma conversar com a outra, sempre tá ali trocando né!? Da aquela tristeza né, presa... ainda quando foi outro dia eu falei pra minha neta: ‘ó foi aniversário parece que foi da Portela, a essa hora eu já tava há muito tempo toda tchan, toda arrumadinha’. (Irene).

Os moradores da Mangueira que eram componentes dos setores administrativos da Agremiação, durante a pandemia, doaram suas fantasias do último desfile de Carnaval para que as costureiras do barracão fizessem máscaras de tecido para serem distribuídas na comunidade: “*Aí, nós, saímos todo mundo de Moisés, aí depois nós doamos essas roupas pra fazer máscara... Aí juntou todo mundo levou pra quadra... pra doar aqui mesmo pra outras pessoas.*” (Vanessa).

A incerteza dos próximos carnavais, ainda por desdobramentos provocados pela pandemia, foi mencionada pelos entrevistados como um fator negativo:

Duas coisas que eu amo. Aliás, três, né! Meus filhos, meus netos e depois, a Mangueira. A gente sente falta! O que tá acontecendo... tá muito chato sem Carnaval. E eu acho que não vai ter Carnaval mais não! Não vai ter vacina pra todo mundo. (Vania).

O cancelamento do Carnaval de 2021 e o fechamento do GRESEPM foram mencionados como um dos fatores mais relevantes, que contribuía para uma autopercepção de saúde negativa:

A minha saúde tá ruim, tá péssima. E eu acho que se tivesse a Mangueira funcionando, que não está funcionando, não teve nem Carnaval esse ano. Tem um ano que não abre a quadra, tão devendo tudo, eu não sei de nada, ninguém sabe de nada, não tem reunião... Eu acho que se ela tivesse funcionando eu não tava tão doente assim. Eu juro. Porque aí eu ia para lá, eu bebia cerveja conversava com meus amigos. Eu vivo sozinha aqui agora... (Zara).

Esse ano pra mim, não ter Carnaval, assim, foi um... parecia que eu tava perdendo um filho [risos], eu acho que não só eu, como todas. Eu falei: 'Jesus, não tem Carnaval', eu vivi pra ver isso. Eu me senti meio, sei lá, órfã até. (Clara).

Você sabe, eu adoro tomar a cervejinha, não sou viciada não. Final de semana... mas na quadra né. Tem um ano que eu não tomo um copo de cerveja. Um ano fez agora em fevereiro. (Zara).

Com essa, essa pandemia né, que a gente viu como, como que faz falta, porque é uma higiene mental, tá entendendo? Ali a gente, a gente conversa, a gente tem muitos amigos. Antes de começar o samba, a gente interage com aquele pessoal todo, a gente conta casos, eles contam casos e isso é muita coisa saiu da nossa cabeça... muitos problemas você tá entendendo? Quando você ficou confinado nisso aqui, pra gente foi uma coisa, pra ele [o marido] foi horrível, a gente brigava à beça, porque ele queria ir lá pra baixo, ia trazer doença, eu andava com o álcool, eu fiquei meio maluca, tá entendendo!? (Vanessa).

A Mangueira expressava “alegria”, “felicidade”, cuja ausência, para alguns entrevistados, seria um dos condicionantes da piora na autoavaliação de saúde. Estar em Mangueira era uma forma de fuga das aflições do cotidiano e um espaço de calma e acolhimento, reencontro com as origens, sentimentos expressos em muitas falas:

Ah... [A Mangueira é] Tudo! Minha alegria, tudo. Amo a Mangueira, ah lá, minhas faixinhas [faixas verde e rosa], tudo... Por causa da alegria, eu acho que a alegria faz tudo. Se você viver triste, fica doente mesmo. (Zara).

Então acho que interfere muito na minha saúde, porque o que eu me sinto dentro da Mangueira, dentro do samba, pra mim é tudo. Não sei se porque eu fui criado nesse ritmo, entendeu, não sei. (Pedro).

Pra mim [Mangueira] é o ar que a eu respiro! quando eu vou pra Mangueira eu esqueço, sambo, bebo, não fico até de manhã porque eu já não tenho mais idade pra isso, mas o que tenho pra aproveitar ficar até uma certa hora eu já me distraio entendeu!? Em Mangueira tem novidade, tem as pessoas que chega novo né, tem uma visita que vem de fora, isso tudo distrai a gente, e aquilo ali você vai vivendo e não vai se aborrecendo e nem sentir as certas coisas né? (Solange).

A importância da Mangueira para mim é boa. A gente se sente bem em tá, é, ali na quadra, no samba, na batucada... é uma alegria imensa o que a gente tem em tá ali. Vendo o povo, todo o mundo se divertindo bem, né, direito, sem ter brigas e sem ter 'pobrema' nenhum. (Vicente).

Então é pra você ver que a Mangueira, realmente, se a pessoa está doente, ela tem um grande poder dentro da pessoa, um amor pela escola, pelo lugar. (Candida).

Então a escola é um divisor dos seus problemas quando você sai daquela porta ali e chega ali embaixo que encontra o povo todo, que você entra na quadra pro ensaio, acabou né!? Fica todo mundo de bem, de boa... uma união só, uma força só! (Luiz Renato).

Ali [em Mangueira] eu acho que é um lugar, assim, que eu me expresso, que eu vou lá e eu boto a perturbação, os problemas, ali eu esqueço tudo. Quando eu tô rodando ali, parece que eu sou o centro do mundo. Eu me sinto a pessoa mais importante, mais livre, mais leve. Cada samba da Mangueira, assim, cada ano que canta, parece que tá cantando um pedaço da minha história, da minha vida, sabe? Eu consigo me enxergar em cada pedacinho ali daquele samba. (Clara).

Para os entrevistados diretamente envolvidos nas atividades carnavalescas, a adrenalina na organização do desfile consumia toda a energia vital, de forma a deixar em segundo plano as vicissitudes provocadas pelo adoecimento. Tais relatos foram observados mesmo em entrevistas realizadas por pacientes com inúmeras comorbidades:

Ah, melhora, até esqueço da doença. Tem tanta coisa para fazer! [risos] As fantasias me dá tanta dor de cabeça, eu bato com a cabeça na parede, eu choro. Eu brigo, no fim dá tudo certo! Tem que esquecer que tá doente! Não tem jeito. Tem que comprar fantasia... Aí às vezes chega sábado de Carnaval, carnavalesco não entregou as coisas ainda. É um horror! [risos] (Zara).

Fevereiro eu fui pra Avenida assim mesmo, mas fui com dor pro Carnaval, fui com dor, e tomava corticoide por minha conta. É, aquele corticoide passa logo a dor, né? Aí eu tomava um comprimido, aí minha colega: 'ah, toma um só'. Aí

começou a doer, aí não tava doendo não só aqui não, doía o joelho, doía esse ossinho daqui, eu: ‘nossa, não tô me aguentando ficar em pé aqui nessa Avenida’. Aí tava doendo, doendo, doendo muito. Aí tomei o tal do corticoide e ele falou que “daqui a pouco vai passar”, foi o que passou mesmo. (Eliane).

Eu levo a bombinha pra mim poder quando eu sinto falta de ar assim, eu vou, aqui. Antes do desfile eu levo, pra poder desfilar calma. (Irene).

Outros entrevistados dedicam tanto tempo para a preparação do Carnaval que reconheciam não se dedicar à própria saúde, expressando a magnitude e o espaço ocupado pela Mangueira em suas vidas:

Assim, eu vou ser sincera, eu não vou nem no médico, porque pra mim não dá tempo porque eu estou envolvida. A minha parte no envolvimento é antes do Carnaval, eu tenho que estar lá; é inscrição, eu tenho que tomar conta das coisas é eu que sou responsável. Aí tem que ir pro barracão, a gente vai lá pra ensacar fantasia, entregar fantasia, então acaba que... (Candida).

Havia uma percepção de que a saúde na comunidade, de forma geral, melhoraria na época do Carnaval:

Melhora, melhora em tudo. Porque, poxa, é aquilo conforme eu falei. Poxa, o pessoal, não é que fica com aquele compromisso... mas, poxa, fica ansioso de tá lá pra se divertir... Então, quer dizer, quando uma pessoa tá contente tá se divertindo, pô, a saúde está melhorando... (Vicente).

[...] às vezes eu vejo aí... pessoas da Velha Guarda, entendeu, baianas, tá morrendo, mas prefere morrer na Avenida. Tá entendendo? Prefere morrer na Avenida... E isso também eu vou levar para mim. Se eu tiver de morrer pela Mangueira, eu vou morrer dentro da Avenida. (Pedro).

As pessoas ficam mais alegres, não fica aquela picuinha, ficam mais unidas. A rua fica mais agitada, as pessoas ficam mais contentes. É samba da Mangueira pra tudo quanto é canto. Ficam mais receptivas. As casas ficam cheias... em maio, mas assim, em julho, agosto, minha casa já ia tá cheia, as pessoas vindo, a família, colegas [...] pra poder ir pro samba. (Clara).

Lá dentro a gente esquece os problemas, a gente esquece até as dores, a gente esquece. Quando chega o sábado, no samba, você esquece até que tá com dor. Começa a sambar, começa a brincar, a rir... esquece até as dores. (Juraci).

Outros relatos mencionaram os impactos na própria saúde em virtude da tensão provocada pelo desfile e o resultado do Carnaval:

Eu tenho doença, eu fico muito nervosa no dia da apuração, eu não quero ouvir quando chega aquele resultado... eu fico tensa! (Vania).

Tal percepção sobre a influência do GRESEPM na saúde do indivíduo seria observada também pelos familiares e por outros moradores da comunidade:

É igual meus filhos falam: 'Ela tá toda ruim dentro de casa. Se a Mangueira abrir as portas e botar o samba, ela vai ficar boa rapidinho!' [risos] (Zara).

Eu conheço muitos rapazes, muitas senhoras que estavam em depressão, que entraram pra ala das baianas, ou foi pra velha guarda. Um rapaz até que tem problema, portador do HIV, que estava se entregando pra doença, levaram ele de volta pra bateria, agora ele faz o tratamento direitinho e tudo. (Clara).

Em um dos relatos, a entrevistada mencionou ter desfilado dois anos com muletas e que, a despeito de uma cirurgia prévia, preferia o desfile no chão, e não no carro:

Eu fui... aí: 'Zélia você tem que ir no carro', Que carro? Eu vou é no chão! Desfilei no chão. Aí quando eu cheguei aqui, de manhã, tinha uma turma ali embaixo, aí um virava pro outro e dizia assim: 'Não ajuda ela a subir não porque ela tava sambando!' [gargalhada]. (Zara).

Em certas ocasiões, nas quais problemas de saúde impediam a participação nos desfiles, a ausência era sentida com grande pesar, mais uma vez ratificando a importância da Mangueira na vida e no bem-estar:

Carnaval do Chico Buarque, que foi campeã em 98, eu tava em cima desse sofá, aí, até choro esse ano. Mandaram a minha roupa de diretora, eu deitei, botei a roupa em cima... Aí, eu só via a minha filha, saiu fantasiada: 'Bença, mãe!', os garotos: 'Bença, mãe!' e eu chorando. Vi pela televisão e choro até hoje. Aquele ano pra mim foi o pior da minha vida. Porque não desfilei. E foi campeã! (Zara).

Há relato de uma entrevistada, que organiza o cuidado sobre a própria saúde de acordo com o calendário carnavalesco, para que, durante esse período, possam ser mitigados danos à sua saúde ou descontrole de doenças crônicas: *"Olha, quando chega dezembro eu vou... procuro logo um médico pra fazer meu check up, pra chegar fevereiro pra mim poder desfilar."* (Juraci).

Quando as atividades relacionadas com o Carnaval têm início, há uma maior preocupação, inclusive, em relação ao autocuidado, de forma que problemas de saúde não interfiram na participação durante os festejos carnavalescos:

Ah, quando começa... por exemplo, começa o desfile, começa os ensaios, eu fico mais ativa, porque aí eu vou pro samba, vou pro ensaio. Eu penso em comer melhor, porque quero ficar mais leve, mais disposta. Aí a gente pode fazer aquela caminhada, porque 'Ah, tem que aguentar o desfile'. Me sinto mais alegre, mais ansiosa, me sinto mais bonita, me cuido mais; 'ah, eu quero botar um brinco, um batom...', 'ah, porque eu vou pro desfile, vai estar todo mundo lá'. Ah, eu acho que interfere muito no meu emocional. (Clara).

O GRESEPM também proporcionou oportunidades a muitos moradores da comunidade de conhecer outros países, hábitos e culturas, assim como levar para outros espaços suas próprias raízes e histórias:

A Escola é um incentivador, abre portas pra gente, até... abre oportunidades, janelas... a gente acaba conhecendo lugares novos, pessoas novas... Lá na frente vai abrindo oportunidades pra gente. Ou senão, vai abrindo nossa mente, fazendo com que a gente crie nossas próprias oportunidades. (Clara).

Conheci muita coisa; eu já fiz show em iate, eu sambava pra Mesbla na época, aquela loja famosíssima; toda inauguração deles, a Mangueira que fazia; Águas de Lindóia, conheci muitos lugares; se eu tenho um passaporte hoje, eu agradeço à Mangueira. Já fui pro Japão, Itália, já me apresentei pra Gisele Bündchen; porque a Mangueira te abre um mundo, é um leque. (Candida).

Uma das participantes resgatou em seu relato que ser da Mangueira é uma forma de se destacar na sociedade, que cultural e historicamente não valoriza pretos e pobres, além de oferecer um caminho diferente para os jovens se afastarem da violência urbana, enfatizando a importância do papel social do GRESEPM. A violência foi mencionada em uma das entrevistas como fator impeditivo ao acesso à CF, mas também relacionado com o impacto emocional sobre trabalhadores e comunidade:

Uma coisa que acho que... a gente não... a gente já tem a dificuldade de ser visto, de ser lembrado... que a gente... é difícil um preto, pobre tá na mídia, por uma coisa boa, né?! [...] Ah, eu visto minha fantasia, que as pessoas vêm e "ah, vamos tirar uma foto"... eu me sinto 'a pessoa', né?! Eu sou ali... eu ainda acho assim, ah, eu sou Mangueira hoje! (Candida).

Porque a Mangueira não é só Carnaval, a Mangueira é um projeto social, é uma escola de vida. A Mangueira em si, eu acho que a escola de samba já salvou muitas vidas [...] rapazes que foram pra bateria e mudaram de vida. (Candida).

Porque quando a comunidade está triste, você fica triste, quando dá um tiro na comunidade você não pode vir trabalhar, apesar de ser lá do outro lado, mas isso interfere também. (Candida).

4.2.2 Práticas Profissionais

Os ACS eram conhecidos por todos os entrevistados, que relatavam a proximidade por morar na comunidade e por desfilar e/ou participar das atividades da Mangueira.

A presença da equipe no território foi mencionada como um fator positivo e de criação de vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde:

Conheço todos de lá. A maioria do pessoal, tudo, praticamente que vão, até os médicos vêm aqui em casa. A gente conhece todos. (Vicente).

Ah, eu vejo sempre elas [ACS] com essas roupas aí, com gorro, andando, nas casas, com as doutoras, vêm aqui. Quando a pandemia tava muito forte, veio o doutor aqui nessa moça que passou mal à beça, minha vizinha. (Eliane).

Mesmo que, com a pandemia, existisse um distanciamento dos atendimentos prestados na CF, a relação com os médicos foi considerada próxima e com forte ligação com a comunidade. A maioria dos entrevistados reconhecia os profissionais da CF e suas respectivas funções, como enfermeiros, dentistas, técnicos em enfermagem e profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), evidenciando a boa relação.

Os médicos que atuam ou já haviam atuado na CF foram mencionados como profissionais de referência na busca por cuidados em saúde. A maioria dos entrevistados e os participantes da pesquisa afirmaram que suas opiniões eram apreciadas durante os atendimentos e nos momentos de tomada de decisão. A postura empática do médico de família que estava atuando na CF no período de realização da pesquisa foi ressaltada por alguns participantes da pesquisa nos relatos:

Eu vou falar uma coisa, eu acho que o Doutor Davi tem uma identificação muito grande com a comunidade, porque o Doutor Davi, é como a gente... Nós não chegamos lá e encontramos uma outra pessoa, nós encontramos uma pessoa que parece que ele mora aqui, que ele é daqui! (Vanessa).

Ele te dá até atenção também, ele conversa com a pessoa. Ele deixa a pessoa à vontade. (Luiz Renato).

Ele dá. Eu falo tudinho pra ele... ele me dá liberdade. (Juliana).

As explicações e a comunicação dos profissionais da CF foram consideradas compreensíveis; e pela percepção dos entrevistados, o fato de os profissionais de saúde se preocuparem em se fazer compreender estaria relacionado com uma maior sensibilidade e afetividade na relação com a comunidade, como nos relatos destes entrevistados:

Inclusive ele [o médico] passou uns remédios e foi aí que eu fiz o exame de sangue, né, eu tô até gostando... Eu fui medicada e ele me explicou muito bem e tô entendendo os remédio que eu tô tomando porque eu tô emagrecendo devido ao meu colesterol que tava alto e estou emagrecendo então quer dizer eu tô sendo bem atendida tô bem assistida né!? (Solange).

Ele me explica direitinho. Ele é novo, mas ele, sei lá, ele fez com amor. Porque geralmente a gente confia mais, eu, devido a minha idade e como fui criada também, que médico bom é médico velho. 'Ah não, porque o médico velho...', mas ele é novo, e ele é muito bom. (Candida).

Porque a gente vai em médico doutora que fala umas palavras tão difícil que a pessoa chega lá praticamente morto né, porque é tanta coisa, meu Deus do Céu! Ele não, ele [o médico da equipe] simplifica, que a gente entende tudo direitinho. (Vanessa).

Os participantes da pesquisa afirmaram que suas opiniões são apreciadas pela equipe de saúde durante os atendimentos e nos momentos de tomada de decisão. A maior parte dos entrevistados mencionou se sentir à vontade para relatar suas questões pessoais, tirar dúvidas, embora tenha sido relatada maior intimidade com os ACS:

É com ela [ACS], só ela! É só ela que cuida de mim, mais ninguém. Eu não tenho muito contato com ninguém lá não. (Zara).

E ela [ACS] é atenciosa né. Eu agradeço muito, que ela venha aqui... ela traz meus papéis de consulta, deixa aí, pede para me entregar, entendeu? Vem, traz remédio pra Dona Zélia... uma pessoa que se interessa. (Pedro).

É, a gente conversa muito com a Margarida, Margarida que é nossa [ACS]. E as outras meninas acredito também, que eu vejo as outras meninas andando ali, cada uma dentro do seu setor, mas como a Margarida que é nossa mesmo então a gente assim, como, a gente fica mais com ela. (Vanessa).

Os entrevistados trouxeram relatos de que a equipe da CF, durante o atendimento, buscava informações relacionadas com os hábitos de vida, com os aspectos socioculturais e do

cotidiano da população, buscando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e individualizando os planos de cuidado e tratamento.

Na percepção dos entrevistados, todos os profissionais da CF teriam algum tipo de ligação com o GRESEPM e estavam cientes da ligação dos usuários com a Agremiação, mesmo porque isto faz parte do diálogo com as equipes:

Ah, todo mundo sabe! [risos] Eu sou muito velha, a minha ala é a mais antiga da Mangueira, tem mais de 40 anos. Eu é que falo tudo, precisa nem me perguntar [risos] (Zara).

Toda consulta eu falo da Mangueira. Tinha uma outra doutora, antes do doutor Tiago, que eu conversava com ela, ela me consultava, eu contava pra ela as histórias da Mangueira. (Candida).

Além de conhecerem a relação entre os usuários e a Mangueira, alguns entrevistados relataram que os profissionais de saúde compreendem o significado dessa relação para o paciente, suas famílias e a comunidade:

Aí [na consulta] eu falava como que era a Mangueira, como que era aqui; aí sempre que dá, eu convido pra sair [na Mangueira], então a pessoa vive também, acaba vivendo, acaba... vira Mangueira. É um conjunto, é um conjunto, não dá pra separar. (Candida).

Uma questão importante, destacada por uma das entrevistadas, foi em relação à religião da ACS que, por ser evangélica, teria algumas restrições a assuntos relacionados ao samba:

Então... Eles não [os demais profissionais da CF]. Eles é Margarida [ACS]. Margarida é crente e não gosta disso não. Crente não, crente todo mundo é. Ela é evangélica. (Zara).

4.2.3 Organizacional

Todos os participantes da pesquisa utilizam a CF como porta de acesso ao serviço de saúde e como principal equipamento para seus cuidados em saúde. Os serviços mais procurados, considerando-se o momento da pandemia, foram: vacinação, consultas médicas e dispensação de medicamentos da farmácia básica.

Não é que tem uma Clínica da Família aqui? É meu plano de saúde... (Pedro).

Para alguns entrevistados, foi relatado um conjunto de comorbidades, não atendido integralmente nos serviços públicos de saúde, principalmente a partir da pandemia, com a descontinuidade de alguns tratamentos. Uma das estratégias era o pagamento de planos privados, cotizado entre os familiares, e a compra de parte da medicação com recursos próprios, situação que parecia ter sido agravada com a pandemia:

Olha, agora meus filhos foram obrigados a me botar [no plano de saúde]. Eu não, que meu dinheiro não dá para pagar. Mas eu levei um tombo em julho e eu não mexo ainda com o pescoço, sou toda ruim... E aí eu me tratava na Lagoa e aqui no posto. Aí fechou tudo, não tinha mais nada e tenho um monte doença... A minha chapa da coluna deu tudo ruim [risos]. Tem até que o médico falou assim: 'a senhora tá toda pichada'. Só o remédio que ele passou agora, eu paguei, anteontem, R\$ 240. Eu tenho que tomar durante um ano... (Zara).

Em relação à organização da APS, as dificuldades para agendamento das referências, via Sistema Nacional de Regulação (SISREG), implicavam a percepção de baixa resolutividade e estimulavam a busca pela rede privada:

O SISREG não vale nada, né. Eu botei aí no SISREG, já tem mais de seis anos nunca veio resposta [risos]. Já tratei e tô tratando em outro lugar [risos]. Olha eu tenho "Cartão de todos". No Rio de Janeiro [risos], onde precisar eu vou. Eu tenho da Lagoa, eu tenho da Gamboa, eu tenho até aqui do Estado. Quando não tem em nenhum, eu corro pro outro. Eu tô me tratando ultimamente, eu tava me tratando aqui no IASERJ, do coração. Porque aquela menina lá da ginástica me proibiu de fazer porque eu tinha que levar lá um laudo. (Zara).

A clínica aí é difícil de arrumar as coisas. Cê sabe que é tudo SISREG. Então fala assim: 'é SISREG', eu nem vou. Não boto mais não... Aí na clínica? Um monte de pedido aí que eu larguei dentro da gaveta. Não boto não, não adianta! (Zara).

Com a pandemia, houve também o receio de buscar os serviços públicos de saúde, como hospitais e Unidades Básicas de Saúde, que, aliado à interrupção total ou parcial, implicou desassistência e busca de alternativas, entre as quais, os planos privados, como mencionado:

Olha só, eu tenho que ir ao médico, agora com essa pandemia a gente vai e não está atendendo, só quem estiver com algum problema, aí eles tá atendendo. Além disso, eu tenho que fazer fundo de olho, eu tenho que fazer esse tubo, tenho que fazer a mamografia, eu tenho que fazer uma transvaginal, porque

minha mãe tinha problema de câncer, morreu... então eu tenho que fazer isso. Só que não está podendo, não está conseguindo... (Juliana).

Eu tenho que ir lá [hospital público] que eu tenho que ver isso. Parei porque parou com tudo. Eu fiquei com medo de sair de casa. (Zara).

A pandemia também interrompeu tratamentos de reabilitação de doentes crônicos que ocorriam na Vila Olímpica da Mangueira, que passaram a buscar alternativas próprias, fora da rede pública e privada, a fim de garantir a manutenção das suas condições de saúde:

Faço em casa os meus alongamentos. É, o médico pede para ir fazer fisioterapia. Eu fazia fisioterapia na Vila Olímpica da Mangueira, mas com essa pandemia, poxa, tem um ano [...] parou tudo, então, quer dizer, fico em casa. A minha fisioterapia eu que faço em casa mesmo, tipo, alongamento, algumas coisas assim, que eu faço. (Vicente).

Outros usuários tiveram suas atividades de reabilitação interrompidas pela pandemia, provocando um recrudescimento dos quadros crônicos que estavam em acompanhamento:

A gente lá na Vila Olímpica da Mangueira, eu fazia é... três vezes alongamento, a hidroginástica, a gente caminhava e veio esse negócio todo. O que aconteceu? Deu aquela parada. Deu aquela parada e eu não sentia tanta dor nas pernas. (Vanessa).

Outro aspecto observado, diante da interrupção de muitos tratamentos, era o “como retomar”, uma vez que serviços como hospitais não realizavam busca ativa de usuários em tratamento contínuo, e os usuários, por sua vez, relatavam que o contato por telefone, por exemplo, era quase impossível. Alguns mantinham contato com profissionais via WhatsApp, porém, sem perspectiva na retomada do atendimento presencial:

Eu tava acompanhando com a psicóloga no Piquet Carneiro, acabou que nem sei se voltou, porque parou por causa da pandemia e eu depois não procurei ver. [...] Ai não está tendo não. A gente só se fala no grupo: ‘bom dia, como é que tá?’, mas ter consulta mesmo, não tem mais. (Clara).

As visitas dos profissionais de saúde, ainda que escassas durante a pandemia, não ocupavam o lugar do bem-estar provocado pela possibilidade de se relacionar no espaço da Mangueira:

A minha coisa era ir na quadra, nosso ‘pobrema’ é quadra. Ali a gente vê os amigos, a gente conversa, amanhece o dia... Chora, ri, se aborrece e vai levando. Faz parte da vida... (Zara).

Alguns componentes da Agremiação criaram fluxos próprios para acesso aos serviços de saúde, pois estavam geograficamente próximos do Hospital Municipal Barata Ribeiro, conheciam outros profissionais de saúde que eram frequentadores do GRESEPM. Dessa forma, esses usuários utilizavam contatos pessoais quando se deparavam com nós críticos da rede de saúde:

Botar no SISREG demora, mas como a gente mora aqui e a gente tem um bom acesso no Barata Ribeiro e ainda tem um médico amigo que ele já foi, que ele já saiu comigo na Mangueira que é o, o doutor Cosme... (Vanessa).

Nos relatos, foi possível perceber receio em relação à vacina contra a covid-19, assim como a importância do núcleo familiar no estímulo à vacinação:

Eu fiquei com medo dessa, sinceramente, meu coração não pedia pra tomar, eu falei: ‘não vou tomar’, mas meus filhos querem me matar. Tem um, outro, casado, que ele não entra mais aqui, ele fica lá de fora. Grita: ‘Ô, mãe, como é que tá? Vem cá. Não vou aí, só depois que tomar a vacina’ [risos]. (Zara).

Em determinadas situações, houve a necessidade, por parte dos profissionais de saúde, de tomar condutas clínicas diferenciadas para mitigar possíveis intercorrências na saúde de seus pacientes no período do Carnaval:

Eu tava tomando um remédio lá que passaram, ibuprofeno, tomei muito, atingiu meu fígado, aí ela [a médica] falou que era pra mim suspender o álcool, não beber em Carnaval nenhum. Aí eu fiquei quatro anos sem beber, 96, 97, 97 e 99. (Eliane).

Pelo que acontece, eu já vou perante a minha doutora, que aí ela, ela mesmo fala: ‘oh, conforme o Carnaval é puxado você tem que tomar muito líquido, tem que se, a alimentação se torne diferente’. Às vezes, até pede uma recomendação para que eu não vá muito pros blocos pra poder não afetar muito, por causa de meu problema de coluna. (Vicente).

Há o entendimento, por parte dos entrevistados, que a equipe da CF compreende a importância da Mangueira para a comunidade como espaço de lazer, alegria e bem-estar que interfere e impulsiona a vida dos moradores. São comuns os relatos de que todos “são ou viram

mangueirenses”, “*todos seriam mangueirenses. Eu acho que sim, porque a maioria ali é tudo mangueirense. É tudo prata da casa [risos].*” (Zara).”

A oferta de serviços da CF, no âmbito da APS, era bem compreendida e de boa aceitação por parte dos usuários, que a consideravam um equipamento fundamental para a comunidade:

Ah, a clínica da família é importante aqui porque tem essas doenças braba: sarampo, é... não tem... agora não, que tem essa tal de covid, mas antes de ter covid, muitas doenças: tuberculose. Teve uma amiga minha que teve tuberculose e disse pra mim que descobriu lá na clínica da família. Então a clínica da família é importante pra Mangureira. (Eliane).

Para alguns entrevistados, a relação entre a comunidade, a CF e a Mangureira era importante e ficava marcada pelas atividades extramuros realizadas pela equipe de saúde: “*a clínica está praticamente dentro da comunidade, então, quer dizer, tem que ter uma união entre escola, a comunidade e a clínica, né.*” (Vicente).

Foram relatadas algumas atividades realizadas na Vila Olímpica da Mangureira pelos profissionais do NASF com a temática do Carnaval, tendo boa adesão da população:

Só do [grupo educativo]... da Adriana. Academia Carioca é... só dela. Faço [atividade] na academia e faço pra dor crônica. Quando chega fevereiro, assim, ela faz grupo no Carnaval, pra gente mesmo. Manda a gente, cada um vir com adereço e fantasiada, entendeu? (Vanessa).

Há muitos relatos de que a CF deveria ocupar de forma mais intensa e continuada o espaço da quadra do GRESEPM para o desenvolvimento de ações de saúde. Ainda que a CF fosse distante da comunidade, a quadra se destacava como principal equipamento do território:

Porque às vezes é mais fácil, vamos supor, uma vacinação de criança; às vezes, se você falar que é na quadra da Mangureira é mais fácil, que eles não se dão ao trabalho; eles acham que é trabalho, muita mãe preguiçosa, muita menina nova que não quer atravessar a rua e ir lá na São Francisco Xavier. E aqui na quadra a filha não pode ir por que o baile é sexta-feira, né? Aí no sábado elas estão dormindo, aí a avó que tem que levar, e levar aqui é mais fácil. (Candida).

Ah muito bom [usar a quadra] porque tem pessoas que, às vezes, não saem dali pra se locomover pras coisas lá fora. Ali [na quadra] já fica mais fácil pra comunidade. (Solange).

Além disso foi mencionada uma ligação afetiva em relação à quadra, que se configurava como um espaço de segurança, uma referência positiva para os moradores e que, dessa forma, a equipe da CF deveria explorar mais o local, para ter maior adesão nas atividades e aumentar o vínculo com a população:

A clínica acaba sendo um pouco mais longe, tem pessoas que têm problemas de locomoção, tem senhoras... eu acho legal. Até porque, fica mais chamativo, né? Mais atraente. As pessoas veem que é na quadra, eu por exemplo [risos] é alguma coisa na quadra da Mangueira, aí já vou lá... eu acho que seria até interessante uma integração... eu acho que chamaria mais as pessoas. Ficaria mais atrativo. (Clara).

5 DISCUSSÃO

Os resultados do estudo mostram que o GRESEPM é um equipamento sociocultural vital na comunidade da Mangueira. É parte da história coletiva e individual dos moradores; e, como tal, deve fazer parte da cena de cuidados de uma APS culturalmente sensível. Embora tenha sido realizado estudo de caso em uma comunidade específica, o cenário do samba e de suas agremiações faz parte da vida cotidiana do município do Rio de Janeiro e da Região Metropolitana carioca, o que torna os achados representativos de um conjunto expressivo da população.

O atributo da competência cultura foi analisado a partir de três dimensões. Em relação à dimensão do sujeito, observa-se que a Agremiação é um importante equipamento da rede de apoio social na comunidade, com destacado papel na manutenção da saúde mental dos moradores, especialmente em momentos críticos da vida. Estudos demonstram que a relação entre ampla rede de apoio social e saúde é potencial meio de expandir a construção de um projeto de vida com maior pluralidade e diversidade, sobretudo utilizando espaços que vão além das fronteiras dos serviços de saúde. Para Santos (2014), é preciso que todos os envolvidos – governo, sociedade e instituições – produzam mudanças sociais e culturais, no sentido de que a população se aproprie de seus potenciais, usufruindo as possibilidades que a vida oferece com toda sua diversidade.

Estar na Mangueira, principalmente no desfile de Carnaval, significa um momento de destaque individual, um escape das dificuldades encontradas no cotidiano e momento de reencontro com as origens. De acordo com Costa (2003), no Carnaval, pode ser observada a característica brasileira de conjugação de elementos contraditórios em que as comunidades das encostas de morros, das favelas, descem para desfilarem no asfalto da Passarela do Samba, o Sambódromo, seus protestos, sonhos, aspirações e esperanças, na folia, na alegria e no luxo de suas fantasias.

A Ideologia Mangueirense compreende um conjunto de ideias e práticas simbólicas que conferem ao mangueirense uma visão explicativa de seu papel social tanto em sua dimensão histórica quanto em seu quadro de interações atuais (GOLDWASSER, 1975), evidenciando a relação afetiva apresentada nas entrevistas, em que famílias inteiras vivem e se dedicam

integralmente à Escola e ao Carnaval, assumindo posição de destaque na comunidade, tornando-se referências dentro e fora da Agremiação.

Além disso, o GRESEPM é um espaço de convivência e lazer, sobretudo para a população idosa. Tal característica deve ser valorizada pelos serviços e profissionais de saúde na medida em que são nos bairros mais empobrecidos ou periféricos, nos quais se encontra a população mais vulnerável, onde há menor acesso aos equipamentos públicos voltados à promoção da saúde. A participação nos desfiles e atividades pré-carnavalescas alcança não somente benefícios biológicos (de condicionamento físico, regulação e fortalecimento de sistemas metabólicos etc.), mas também interfere em outros determinantes sociais (sociabilidades, uso equilibrado do tempo, acesso à cultura etc.), que, certamente, podem contribuir para a manutenção da saúde em uma perspectiva mais global (BATISTA; RIBEIRO; NUNES JUNIOR, 2012).

São expressivas as evidências que demonstram as relações entre equipamentos culturais e de lazer e melhor saúde. O estudo realizado por Santos (2014) em São Paulo mostra que as ações de saúde e cultura devem ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios: de lugares e subjetividades da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas a essas singularidades, com aproximação e produção sociocultural nos lugares onde a vida acontece.

Temas dominantes no discurso mangueirense versam precisamente sobre o contraste que se gerou entre a marginalidade e o prestígio que se passa a desfrutar no presente (GOLDWASSER, 1975). A situação da comunidade mangueirense vulnerável ao cenário de violência urbana do Rio de Janeiro sugere que o GRESEPM se destaca como um instrumento de resgate para muitos jovens, ofertando possibilidades.

Outro aspecto relevante do GRESEPM é como dispositivo de geração de renda. O Carnaval no município do Rio de Janeiro é reconhecidamente uma atividade econômica e cultural. Na Mangueira, há renda direta gerada pelo GRESEPM, envolvendo os eventos que acontecem na quadra, especialmente no período que antecede o Carnaval, no qual ocorre a disputa pelo samba de enredo, ensaios, *shows* e festas; no barracão, com a produção do desfile e venda de fantasias; e na arrecadação com ingressos para o desfile na Apoteose e direitos de imagem pela transmissão pela televisão. Além disso, há uma arrecadação indireta, que movimenta, principalmente, o comércio no entorno da quadra. Para Miguez (2009), o comércio de rua, com o seu significativo contingente de pessoas ocupadas temporariamente – incluindo os

barraqueiros, os vendedores ambulantes de toda sorte de produtos, os catadores de papel e de latas de alumínio, os guardadores de carro –, representa um incrível exército de pequenos vendedores dispostos ao trabalho que a festa lhes proporciona e que somam uma renda extra em seus orçamentos familiares.

A pandemia da covid-19 teve impacto direto na comunidade e no GRESEPM, com desdobramentos negativos na vida dos moradores da Mangueira. Segundo Porsse *et al.* (2020), há três efeitos econômicos principais ligados à doença: primeiro, a restrição da oferta e da força de trabalho decorrente do adoecimento e óbitos provocados pela doença; segundo, considera a paralisação temporária das atividades econômicas não essenciais, principalmente no setor de serviços, devido à necessidade de isolamento social; terceiro, incorpora os efeitos de medidas governamentais de cunho fiscal que estão sendo adotadas para mitigar os efeitos econômicos contracionistas da doença. Dentro dessa perspectiva, podemos analisar o cenário apresentado em Mangueira provocado pelo fechamento da quadra e o cancelamento do Carnaval em 2021, sobretudo no segundo e terceiro canais de transmissão (PORSSE, 2020). O GRESEPM movimenta economicamente a comunidade de modo direto, com a estrutura que envolve a organização do desfile de Carnaval e com os ensaios e festas que ocorrem na quadra; e, indiretamente, com o comércio local movimentado pelos turistas e visitantes no período que antecede o desfile, quando a quadra abre mais de uma vez na semana para eventos relacionados ao Carnaval.

Além do impacto econômico, a pandemia trouxe prejuízos à saúde mental para a comunidade, particularmente para a população idosa, que, devido às medidas de isolamento social, tiveram limitações dos seus espaços sociais e culturais de convivência proporcionados em Mangueira, com prejuízos à qualidade de vida de seus moradores, que, em muitos relatos, mencionam o fechamento da quadra e a inexistência de eventos sociais como pontos negativos em sua saúde, por estarem privados da convivência com amigos e com atividades de lazer. De acordo com Santos, Brandão e Araujo (2020), diversas podem ser as consequências do isolamento social prolongado. Além dos sentimentos negativos, o isolamento pode gerar impactos negativos posteriores, devido a uma mudança brusca na vida das pessoas, principalmente entre idosos.

Em relação à dimensão das práticas profissionais, a busca dos membros da equipe, incluindo os médicos, por informações a respeito dos hábitos culturais e sociais da população se

destacou como um fator de maior envolvimento com a população da Mangueira, por haver uma maior compreensão por parte da equipe sobre a interferência do GRESEPM na vida e no cotidiano da população. Segundo Damasceno e Silva (2018), a competência cultural envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras particularidades culturais especiais. Dessa forma, compreender as especificidades na vida cotidiana vinculadas ao envolvimento com o GRESEPM é essencial para adequar os planos de cuidados, demonstrando reconhecimento da diversidade cultural que caracteriza a comunidade.

A postura empática foi considerada um elemento criador de maior vinculação da equipe de saúde com os moradores da comunidade, facilitando a comunicação e diminuindo lacunas no diálogo entre os pacientes e os profissionais. Um cuidado culturalmente competente, para Müller (2019), inclui respeito pelos pacientes como indivíduos; engajamento dos pacientes como parceiros; comunicação eficaz de modelos de doença e metas de tratamento; e consideração do contexto sociocultural e das consequências da experiência de doença do paciente. O estudo feito por Lara, Brito e Rezende (2012) destaca que, ao buscar o cuidado em saúde, o usuário traz inquietações, problemas, concepções, histórias de vida e valores advindos de seu contexto de vida. Reconhecer a complexidade do usuário é fundamental para a prestação de serviços de saúde de qualidade. Nesse sentido, os participantes da pesquisa destacaram que toda a equipe de saúde, sobretudo os ACS, compreende suas dinâmicas de vida tão enraizadas na Mangueira e de todas as possibilidades que o GRESEPM oferece.

Na análise da dimensão organizacional, embora a CF apareça como dispositivo de referência nos cuidados em saúde, são reconhecidas fragilidades do sistema, principalmente no que diz respeito à regulação de vagas e acesso à atenção especializada, situação encontrada em diversos contextos (SANTOS; ALMEIDA, 2018; ALMEIDA *et al.*, 2021). Ainda assim, mesmo os usuários que têm acesso aos serviços de saúde privados utilizam a CF de acordo com suas necessidades e conhecem os membros da equipe, principalmente os ACS. O estudo feito por Almeida, P. *et al.* (2018) diz que um sistema de saúde que tenha em perspectiva atender às necessidades e às preferências dos usuários na oferta de cuidados deve considerar o seu ponto de vista e sua participação na definição de seu plano terapêutico como um dos elementos para a organização da oferta de serviços. Mobula *et al.* (2015) reforçam que profissionais com maior competência cultural e preparação têm expectativas mais positivas de intervenções para reduzir

as disparidades de saúde, independentemente do tipo de auxílio buscado por um paciente no serviço de saúde.

A realização de ações fora dos limites da CF e a presença da equipe multiprofissional são destacadas como uma forma de aproximar a população do sistema de saúde, trazem maior compreensão das complexidades da comunidade e apontam uma necessidade de maior utilização da quadra da Mangueira como ponto de apoio da CF para aumentar a adesão aos serviços ofertados e, conseqüentemente, alcançar melhores resultados na saúde individual e comunitária. Dutra e Oliveira (2015) reforçam que as práticas territoriais trazem como único imperativo a valorização do usuário como ser social, cidadão, autônomo, singular, capaz de elevar seus níveis de saúde. As atividades do NASF, realizadas extramuros, foram identificadas como estratégias de um serviço culturalmente competente, e de boa adesão da população, trazendo inclusive a temática do samba e do Carnaval, tão importantes em Mangueira. O estudo de Guarda *et al.* (2014) aponta que os profissionais componentes do NASF buscam as ferramentas para a consecução dos princípios da promoção da saúde, visando desenvolver ações no território que capacitem os sujeitos a intervir sobre aspectos individuais e coletivos da saúde, da divisão de responsabilidades com outros atores e da cogestão.

A competência cultural foi analisada sob três dimensões na CF localizada na comunidade da Mangueira, apontando que, na experiência do usuário, a compreensão do atributo é importante para o incremento das ações que interferem em sua saúde. Nesse sentido, destaca-se a importância da existência de profissionais culturalmente competentes atuando no serviço que a comunidade utiliza como referência em seu cotidiano; de um serviço de saúde que adota práticas dentro e fora da unidade de saúde valorizando a história social e cultural do território, garantindo maior proximidade e vinculação com os usuários da localidade. A forma de lidar e compreender o impacto gerado pelo GRESEPM nos indivíduos e na comunidade, no período que antecede o Carnaval e na época da festa, é interpretada sob o ponto de vista afetivo, econômico, cultural e social, sendo um fator significativo no momento da elaboração de estratégias de cuidado que vislumbrem melhor qualidade, vínculo e valorização de uma concepção abrangente de APS.

No Brasil, o entendimento de APS se aproxima de uma abordagem “abrangente”, conforme definição do documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (OPAS, 2005), o que inclui também, além de atributos como porta de entrada do sistema de saúde, a participação da comunidade e a intersectorialidade para o enfrentamento dos

determinantes sociais de saúde. Todos esses elementos ratificam a importância do equipamento representado pelo GRESEPM para a comunidade e a necessidade de que seja incorporado como parceiro intersetorial importante na melhoria das condições de vida. Tal fato ganha relevo na medida em que o componente intersetorial, ainda que reconhecida a importância, é um dos nós críticos de atuação das equipes de APS no país (Giovanella *et al.*, 2009); e, no contexto do estudo, dada a pujança do GRESEPM, sua presença pode se tornar um elemento facilitador de tais práticas.

Por fim, argumenta-se que, neste e em outros cenários, considerar o contexto das práticas de cuidado, importando-se também com o vínculo cultural e as interações que as pessoas estabelecem com os ambientes, é uma expressão de competência cultural. A formação profissional direcionada aos cuidados culturalmente apropriados tem sido advogada como estratégia para superar falhas de comunicação entre os profissionais de saúde e pessoas com inserções socioculturais diversas, além favorecer maior interação entre saberes e práticas de saúde (WONCA, 2014; ALMEIDA, P *et al.*, 2018).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PNAB de 2017 e medidas posteriores, inclusive no que se refere ao financiamento, representam um retrocesso em relação aos atributos derivados da APS, entre os quais, a competência cultural, cujas ações ainda são pouco desenvolvidas no país. Este trabalho explicitamente defende que a APS deve considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, sem os quais se compromete o alcance da integralidade. Nesse sentido, o entendimento é que a valorização dos aspectos culturais pelos profissionais da APS pode favorecer que pessoas de culturas diversas possam entender-se mutuamente, compreendendo a forma de perceber a realidade do mundo, facilitando ou promovendo a abertura para a escuta compreensiva nos diversos espaços de relação, que ultrapassam os muros das unidades de saúde. Os princípios da competência cultural favorecem os processos de interação entre pessoas, fortalecem a identidade própria, o autocuidado, a autoestima, a valorização da diversidade e das diferenças, valores que devem ser promovidos agora mais que nunca!

Ainda que se reconheça a expressividade do sistema formal, saúde, enfermidade e cuidado são parte de um sistema cultural e, assim, devem ser entendidos em suas relações mútuas. Neste trabalho, buscou-se dar relevo a outras dimensões que fazem parte da cultura popular das comunidades e que estão presentes no cotidiano dos cuidados em saúde. Espera-se que este estudo contribua para compreensão da dinâmica que determina e motiva o uso dos serviços de saúde, à luz de referenciais mais ampliados, que possam informar políticas, ações e práticas de saúde mais apropriadas às necessidades dessa e de outras comunidades, até o momento, pouco valorizadas pelas políticas nacionais de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. *et al.* It is time for rural training in family medicine in Brazil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-4, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1696](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1696). Acesso em: 20 jan. 2022.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 244-260, set. 2018. Número especial. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500244&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 set. 2019.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Provision of specialized care in remote rural municipalities of the Brazilian semi-arid region. **Rural and Remote Health**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 6652, 2021.
- ANDERSON, M. I. P. *et al.* **Especialização Saúde da Família: Abordagem Centrada na Pessoa, Abordagem Familiar e Assistência Domiciliar [módulo Clínica da Atenção Primária à Saúde]**. [S. l.]: UNASUS, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2152>. Acesso em: 12 jan. 2020
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.
- BATISTA, J. C.; RIBEIRO, O. C. F.; NUNES JUNIOR, P. C. Lazer e Promoção de Saúde: Uma Aproximação Conveniente. **LICERE - Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, [s. l.], v. 15, n. 2, 2012. DOI: 10.35699/1981-3171.2012.729. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/729>. Acesso em: 13 jan. 2022.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 241, p. 2-3, 16 dez. 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 06 dez. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 183, p. 68-76, 22 set. 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 1999. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio de alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 157, n. 220, p. 97-99, 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_2017.pdf. Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 17 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Carteira de Serviços entra em Consulta Pública**. Brasília, DF: SAPS, 19 ago. 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/5580>. Acesso em: 16 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.

CHOMATAS, E. *et al.* Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, 2013. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/828/587>. Acesso em: 21 nov. 2019.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/38.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

COSTA, C. R. F. Carnaval, samba e comunicação no morro da Mangueira. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 26., 2003, Belo Horizonte. **Anais eletrônicos** [...]. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2003. Disponível em: <https://academiadosamba.com.br/monografias/candida.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2021.

CROSS, T. *et al.* **Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children**. 1989. 90 f. Monografia – Georgetown University, Child Development Center, Washington (DC), 1989. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED330171.pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

DAMASCENO, R.; SILVA, P. L. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. **Journal of Management & Primary Health Care**, [s. l.], v. 9, 2018. ISSN 2179-6750.

DASCHEVI, J. M. *et al.* Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 31-38, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/lil-785276>. Acesso em: 21 nov. 2019.

DUTRA, V. F. D.; OLIVEIRA, R. M. P. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. **Aquichan**, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 529-540, 2015. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.4.8. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3756>. Acesso em: 26 jan. 2022.

E-SUS AB PEC. Versão 3.1.12. **Relatório de Cadastro Territorial**. [S. l.: s. n.]. Disponível em: <http://esus-central-pc:8080/esus/#/pec/user/relatorios/consolidados/cadastroIndividual?t9AgC1omrINhvw9A5nFPgk0C9CskOYPTpNi>. Acesso em: 07 abr. 2019.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 23 nov. 2019.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 532-536, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 set. 2019.

FRACOLI, L. A. *et al.* Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 54-61, 2015. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/avaliacao_atributos_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 23 nov. 2019.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493-545.

GOLDWASSER, M. J. **O Palácio do Samba**: estudo antropológico da escola de samba Estação Primeira de Mangueira. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GUARDA, F. *et al.* A atividade física como ferramenta de apoio às ações da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 265-270, 2014.

DOI: 10.12820/rbafs.v.19n2p265. Disponível em:

<https://rbafs.emnuvens.com.br/RBAFS/article/view/2756>. Acesso em: 26 jan. 2022.

HOA, N. T. *et al.* Patient experiences of primary care quality amongst different types of health care facilities in central Vietnam. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 275, 2019. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4089-y#citeas>. Acesso em: 18 out. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**: Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IBGE, 2018a. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/rio-de-janeiro.html. Acesso em: 07 abr. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018b. Disponível em: www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html. Acesso em: 07 abr. 2019.

LARA, M. O.; BRITO, M. J. M.; REZENDE L. C. Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 673-680, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300020>. Acesso em: 26 jan. 2022.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 dez. 2019.

LIMA, J. G. **Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde**: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2016. 244 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsm/pt/biblio-870385>. Acesso em: 23 nov. 2019.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 52-66, 2018. Número especial. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500052&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 set. 2019.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, p. 771-780, 2009. Suplemento. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 dez. 2019.

MIGUEZ, P. **Algumas notas sobre a economia do carnaval da Bahia**. Revista Interfaces, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 102-116, 2009.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOBULA, L. M. *et al.* Cultural Competence and Perceptions of Community Health Workers' Effectiveness for Reducing Health Care Disparities. **Journal of Primary Care and Community Health**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 10-5, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2150131914540917803>. Acesso em: 23 nov. 2019.

MODESTO, A. A. D. Nem tudo que reluz é ouro: discutindo prevenção quaternária a partir de ditados populares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. e1781, fev. 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1781/968>. Acesso em: 18 out. 2019.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2019.

MÜLLER, M. R. **Competência Cultural no Matriciamento em Saúde Mental**. 2019. 188 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=15624. Acesso em: 18 set. 2019.

NAIME, L. Após 18 anos, Bolsa Família faz seu último pagamento nessa sexta-feira. **G1**, 29 out. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2021/10/29/apos-18-anos-bolsa-familia-faz-seu-ultimo-pagamento-nesta-sexta-feira.ghtml>. Acesso em: 18 nov. 2021.

- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jan. 2020.
- OLIVEIRA, C. I.; CUTOLO, R. L. A. Humanização como expressão da Integralidade. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, p. 502-506, 2012. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/13.pdf. Acesso em: 12 jan. 2020.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164, 2013. Número especial. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 set. 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. URSS: OMS, 2 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Washington DC: PAHO/WHO, 2005.
- PINTO, H. A. Análise da Mudança da Política Nacional de Atenção Básica. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 191-217. 2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1796/292>. Acesso em: 24 jun. 2019.
- PORSSE, A. A. et al. **Impactos Econômicos da COVID-19 no Brasil**. Nota Técnica NEDUR-UFPR No 01-2020, Núcleo de Estudos em Desenvolvimento Urbano e Regional (NEDUR) da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Abril/2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Terciane-Carvalho/publication/340461454_Nota_Tecnica_NEDUR-UFPR_01-2020_Impactos_Economicos_da_COVID-19_no_Brasil/links/5e8b589a4585150839c6210b/Nota-Tecnica-NEDUR-UFPR-01-2020-Impactos-Economicos-da-COVID-19-no-Brasil.pdf. Acesso em: 26 jan. 2022.
- PRATES, M. L. *et al.* Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601881&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2019.
- PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Portal Data.Rio**. Rio de Janeiro: Instituto Pereira Passos, 2019a. Disponível em: <http://www.data.rio/pages/rio-em-sntese-2>. Acesso em: 17 dez. 2019.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. **Portal de Acompanhamento de Beneficiários do Programa Bolsa Família**. Rio de Janeiro: SMS, 2019b. Disponível em: <https://subpav.org/bf/relatorios/rel_percent_acomp_3.php>. Acesso em: 13 abr. 2019.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. **Plataforma SUBPAV**. Rio de Janeiro: SMS, 2021. Disponível em: <https://subpav.org/cnes/>. Acesso em: 17 out. 2021.

SANTOS, A. M.; ALMEIDA P. F. Atención especializada en regiones de salud: desafíos para garantizar el cuidado integral en Brasil. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 20, n. 3, p. 301-307, 2018.

SANTOS, I. M. M. **Projetos culturais e saúde mental**: promoção de inclusão social e qualidade de vida. 2014. 227 f. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. DOI: 10.11606/T.7.2014.tde-16042015-160740. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-16042015-160740/publico/tese_IrmaMMSantos.pdf. Acesso em: 26 jan. 2022.

SANTOS, S. S.; BRANDÃO, G. C. G.; ARAÚJO, K. M. F. A. Isolamento social: um olhar a saúde mental de idosos durante a pandemia do COVID-19. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 9, n. 7, p. e392974244, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.4244. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4244>. Acesso em: 26 jan. 2022.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

STERN, R. J. *et al.* Advances in measuring culturally competent care: a confirmatory factor analysis of CAHPS-CC in a safety-net population. **Medical Care**, [s. l.], v. 50, n. 9, p. S49-55, 2012. Suplemento 2. Disponível em: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/fulltext/2012/09002/Advances_in_Measuring_Culturally_Compentent_Care_A.10.a.spx#pdf-link. Acesso em: 24 nov. 2019.

STREIT, M. B., **Atenção Primária em Saúde e Mobilidade Populacional na Favela da Rocinha, Rio de Janeiro**. 2014. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24414>. Acesso em: 24 nov. 2019.

TEUNISSEN, E. *et al.* Implementing guidelines and training initiatives to improve cross-cultural communication in primary care consultations: a qualitative participatory European study. **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 32, 2017. DOI: 10.1186/s12939-017-0525-y. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5320766/pdf/12939_2017_Article_525.pdf. Acesso em: 24 nov. 2019.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514.

VENTRES, W. B. Global Family Medicine: A 'UNIVERSAL' Mnemonic. **Journal of American Board of Family Medicine**, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 104-108, 2017. Disponível em: <https://www.jabfm.org/content/30/1/104>. Acesso em: 24 nov. 2019.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, dez. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311998000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 jan. 2020.

VIOLA, P.; CARVALHO, B. C. **Sei lá Mangureira**. [S. l.; s. n.], 1969. Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/paulinho-da-viola/sei-la-mangureira.html>. Acesso em: 14 jan. 2020.

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. **Rural Medical Education Guidebook**. WONCA Working Party on Rural Practice. Bangkok: WONCA, 2014. Disponível em: <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/ruralGuidebook/RMEG.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

ZEH, P. *et al.* Exploring culturally competent primary care diabetes services: a single-city survey. **Diabetic Medicine**, [s. l.], v. 33, n. 6, p. 786-93, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/dme.13000>. Acesso em: 23 nov. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Grupo Focal



UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS (GRUPO FOCAL)

Dados de identificação:

Título do Projeto: “Competência Cultural na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos usuários da comunidade da Mangueira”

Pesquisadora Responsável (coordenadora do projeto): Fernanda Pires Quintão

Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável (coordenadora do projeto): Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal Fluminense

Contato da Pesquisadora: telefone (21) 98864-4088 – **e-mail:** fernandapquintao@gmail.com

Nome completo do(a) Participante (em LETRA LEGÍVEL):

Prezado(a) Senhor(a)

Este estudo que estou desenvolvendo busca identificar se o(a) Sr.(a) percebe nos profissionais de saúde e na Clínica da Família Dona Zica compreensão sobre seu envolvimento com o Grêmio Recreativo Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira (GRESEPM) e sua saúde. O estudo está sendo desenvolvido por mim, Fernanda Corrêa Pires Quintão, do ProfSaúde – Mestrado Profissional em Saúde da Família pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, sob a orientação da Profa. Patty Fidelis de Almeida.

Os objetivos do estudo são: compreender a importância dos aspectos culturais na autopercepção de saúde dos usuários; identificar se os usuários percebem abordagem e valorização dos aspectos culturais no cuidado ofertado pelas equipes de Saúde da Família; verificar se os usuários reconhecem adaptações culturais promovidas pela Clínica da Família Dona Zica; constatar práticas inovadoras e criativas de cuidado e competência cultural realizadas em Mangueira.

A finalidade deste trabalho é contribuir para melhorar a qualidade da assistência à saúde da população, uma vez que os profissionais de saúde que consideram importantes os aspectos

culturais da sua comunidade apresentam melhores resultados na relação com seus pacientes, refletindo-se na maior satisfação, melhor adesão terapêutica, diminuição dos sintomas, melhora nas condições de saúde e maior eficiência nas ações de prevenção e promoção à saúde.

Para tal, o(a) Sr.(a) foi convidado(a) diretamente por mim, Fernanda Pires Quintão, para participar deste grupo de discussão, previsto para durar aproximadamente 1:30 hora/min. O(A) Sr.(a) foi escolhido(a) para participar deste grupo por ter sido atendido(a), nos últimos 12 meses, 4 vezes ou mais na Clínica da Família Dona Zica e por ter longo tempo de participação no GRESEPM, participando de forma cotidiana das atividades da Escola, sendo reconhecido(a) como uma liderança local. A informação sobre o atendimento foi obtida diretamente por mim, nos prontuários da Clínica da Família, após autorização da equipe. Informo também que apenas esta informação foi extraída dos prontuários, não havendo qualquer outro registro de informação pessoal ou clínica relativa aos(às) possíveis participantes deste estudo. O grupo está sendo realizado na quadra da Mangueira para evitar que o(a) Sr.(a) tenha qualquer gasto com deslocamento e para que se sinta à vontade para conversarmos sobre algumas questões sobre seu tratamento na Clínica da Família Dona Zica e sobre a Mangueira.

É possível que durante o grupo aconteçam alguns desconfortos, como a exposição de informações pessoais ou constrangimento em responder a alguma pergunta sobre o seu tratamento. Para diminuir possíveis desconfortos, o(a) Sr.(a) pode se manifestar no grupo quando desejar ou quiser emitir alguma opinião sobre o tema discutido, de forma espontânea. Nesse sentido, a pesquisadora não dirigirá as perguntas a um(a) participante específico, sendo livre a emissão das opiniões. O(a) Sr.(a) também poderá desistir a qualquer momento de participar do grupo, sem qualquer prejuízo. Caso se sinta mal, com algum problema de saúde ou informação solicitada, sua participação poderá ser interrompida imediatamente. Mais uma vez, será respeitada a confidencialidade de todas as informações pessoais, previamente acordadas com o grupo.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em minha dissertação de mestrado, eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Para a divulgação dos resultados deste estudo, o(a) Sr.(a) não será identificado(a) pelo seu nome nem pelas suas iniciais, mas com letras do alfabeto e números, que não irão permitir identificar nem o(a) Sr.(a), nem os serviços de saúde e profissionais que atendem o(a) Sr.(a). As informações obtidas nessa pesquisa são confidenciais e permanecerão guardadas (por cinco anos), sob cuidado da pesquisadora-responsável, sendo que as gravações (apenas de voz), transcritas com recursos da pesquisadora, serão apagadas após a transcrição.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) Sr.(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir dele, não sofrerá nenhum dano.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEP leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los, e busca garantir que os(as) participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEP procuram defender a dignidade e os interesses dos(as) participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e-mail: etica.ret@id.uff.br, ou telefone: (21) 2629-9189; e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP SMS/RJ), por e-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br, ou telefone: (21) 2215-1485, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Este termo de consentimento encontra-se em duas vias – uma via será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será entregue ao(a) Sr.(a).

Eu, _____, declaro ter sido informado(a) de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo em ser participante do projeto de pesquisa “Competência Cultural na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos usuários da comunidade da Mangueira”. Recebi uma via deste documento, rubricada em todas as páginas, assinada por mim e pelo membro da equipe da pesquisa, autorizado(a) pela pesquisadora principal para realizar os procedimentos do estudo. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

(Assinatura do(a) participante)



Impressão Datiloscópica

Autorização para gravação de voz das entrevistas: () sim () não

Fernanda Pires Quintão (pesquisadora principal do estudo)

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS (ENTREVISTA)

Dados de identificação:

Título do Projeto: “Competência Cultural na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos usuários da comunidade da Mangueira”

Pesquisadora Responsável (coordenadora do projeto): Fernanda Pires Quintão

Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável (coordenadora do projeto): Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal Fluminense

Contato da Pesquisadora: (21) 98864-4088 – **e-mail:** fernandapquintao@gmail.com

Prezado(a) Senhor(a)

Este estudo que estou desenvolvendo busca identificar se o(a) Sr.(a) percebe nos profissionais de saúde e na Clínica da Família Dona Zica compreensão sobre seu envolvimento com o Grêmio Recreativo Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira (GRESEPM) e sua saúde. O estudo está sendo desenvolvido por mim, Fernanda Corrêa Pires Quintão, do ProfSaúde – Mestrado Profissional em Saúde da Família pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, sob a orientação da Profa. Patty Fidelis de Almeida.

Os objetivos do estudo são: compreender a importância dos aspectos culturais na autopercepção de saúde dos usuários; identificar se os usuários percebem abordagem e valorização dos aspectos culturais no cuidado ofertado pelas equipes de Saúde da Família; verificar se os usuários reconhecem adaptações culturais promovidas pela Clínica da Família Dona Zica; constatar práticas inovadoras e criativas de cuidado e competência cultural realizadas em Mangueira

A finalidade deste trabalho é contribuir para melhorar a qualidade da assistência à saúde da população, uma vez que os profissionais de saúde que consideram importantes os aspectos culturais da sua comunidade apresentam melhores resultados na relação com seus pacientes, refletindo-se na maior satisfação, melhor adesão terapêutica, diminuição dos sintomas, melhora nas condições de saúde e maior eficiência nas ações de prevenção e promoção à saúde.

Para tal, o(a) Sr.(a) foi convidado(a) diretamente por mim, Fernanda Pires Quintão, para participar de uma entrevista prevista para durar aproximadamente 40 minutos. O(A) Sr.(a) foi escolhido(a) para participar desta pesquisa por ter sido atendido(a), nos últimos 12 meses, 4 vezes

ou mais na Clínica da Família Dona Zica. Esta informação foi obtida diretamente por mim, nos prontuários da Clínica da Família, após autorização da equipe. Informo também que apenas esta informação foi extraída dos prontuários, não havendo qualquer outro registro de informação pessoal ou clínica relativa aos(às) possíveis participantes deste estudo. As entrevistas serão realizadas no domicílio ou na quadra da Mangueira, de acordo com a preferência e disponibilidade do participante. Essa escolha justifica-se também para evitar que o(a) Sr.(a) tenha qualquer gasto com deslocamento.

É possível que aconteçam alguns desconfortos durante a entrevista, como a exposição de informações pessoais ou constrangimento em responder a alguma pergunta sobre o seu tratamento. Para diminuir possíveis desconfortos, esta entrevista está sendo realizada em local reservado, e o(a) Sr.(a) tem liberdade para não responder às perguntas que considerar constrangedoras. O(a) Sr.(a) também poderá desistir a qualquer momento de participar da entrevista, sem qualquer prejuízo. Caso se sinta mal, com algum problema de saúde ou informação solicitada, a entrevista poderá ser interrompida imediatamente. Mais uma vez, será respeitada sua privacidade e confidencialidade de todas as informações pessoais.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em minha dissertação de mestrado, eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Para a divulgação dos resultados deste estudo, o(a) Sr.(a) não será identificado(a) pelo seu nome nem pelas suas iniciais, mas com letras do alfabeto e números, que não irão permitir identificar nem o(a) Sr.(a), nem os serviços de saúde e profissionais que atendem o(a) Sr.(a). As informações obtidas nessa pesquisa são confidenciais e permanecerão guardadas, sob cuidado da pesquisadora-responsável, sendo que as gravações (apenas de voz), transcritas com recursos da pesquisadora, serão apagadas após a transcrição.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir dele, não sofrerá nenhum dano.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEP leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los, e busca garantir que os(as) participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEP procuram defender a dignidade e os interesses dos(as) participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e-mail: etica.ret@id.uff.br, ou telefone: (21) 2629-9189; e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP SMS/RJ), por e-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br, ou telefone: (21) 2215-1485, de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Este termo de consentimento encontra-se em duas vias – uma via será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será entregue ao(a) Sr.(a).

Eu, _____, declaro ter sido informado(a) de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo em ser participante do projeto de pesquisa “Competência Cultural na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos usuários da comunidade da Mangueira”. Recebi uma via deste documento, rubricada em todas as páginas, assinada por mim e pelo membro da equipe da pesquisa, autorizado(a) pela pesquisadora principal para realizar os procedimentos do estudo. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

(Assinatura do(a) participante)



Impressão Datiloscópica

Autorização para gravação de voz das entrevistas: () sim () não

Fernanda Pires Quintão (pesquisadora principal do estudo)

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista



Competência Cultural na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos usuários da comunidade da Mangueira

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Objetivos específicos:

- Compreender a importância dos aspectos culturais na autopercepção de saúde dos usuários;
- Identificar se os usuários percebem abordagem e valorização dos aspectos culturais no cuidado ofertado pelas equipes de Saúde da Família;
- Verificar se os usuários reconhecem adaptações culturais promovidas pela Clínica da Família;
- Constatar práticas inovadoras e criativas de cuidado e competência cultural realizadas em Mangueira.

Perfil do entrevistado

Idade:	
Tempo de Residência na Comunidade:	
Telefone:	
Escolaridade:	() Fundamental incompleto () Fundamental () Médio incompleto () Médio () Superior () Superior incompleto
Situação Conjugal:	() com parceiro () sem parceiro
Filhos:	() sim () não. Quantos:
Ocupação:	
Provedor principal da família:	() sim () não
Renda familiar mensal (em salários mínimos):	() Até 1 () Até 2 () Até 3 () Até 4 () >4
Recebe benefício social:	() sim () não. Qual:
Plano de saúde:	() sim () não
Algum diagnóstico de agravo:	() sim () não. Qual:
Último contato com a Clínica da Família Dona Zica:	
Quantos contatos com a Clínica da Família Dona Zica (ano anterior à pesquisa):	
Tipo de contato (o que realizou na Clínica da Família):	
Vinculação com o GRESEPM:	

Observações do entrevistador:

Entrevistador responsável: _____

Data da entrevista: _____ Início: _____ Final: _____ Duração: _____

Observações do entrevistador (eventos imprevistos, impressões sobre o entrevistado etc.):

Questões-chave:

Entrevistador:

- Após apresentação introduzir os objetivos gerais da pesquisa, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Estar atento aos objetivos do estudo que constam no cabeçalho;

Introdução e apresentação

O motivo de procurá-lo foi porque soubemos que o(a) Sr.(a) vai à Clínica da Família Dona Zica quando precisa e, também, por que tem uma ligação com a Mangueira. Eu queria iniciar esta conversa sabendo como começou esta sua história com a Mangueira...

Bloco 1 – Sujeito

- 1.1 Como o(a) Sr.(a) percebe sua saúde? Como o(a) Sr.(a) se sente hoje?
- 1.2 Tem algum problema de saúde? Como cuida deste problema de saúde? (perguntar quais serviços de saúde utiliza, se utiliza outros recursos informais, complementares).
- 1.3 O que o(a) Sr.(a) considera importante para ter (ou não) uma boa saúde?
- 1.4 O que o(a) Sr.(a) faz para melhorar sua saúde?
- 1.5 Qual a importância do GRESEPM na sua vida ?
- 1.6 A relação com o GRESEPM tem importância na sua saúde? Conte para nós como isto acontece!

- 1.7 O(A) Sr.(a) percebe mudanças na saúde da comunidade durante o período do Carnaval? E em sua saúde? Pode nos contar?
- 1.8 O(A) Sr.(a) considera que fazer parte do GRESEPM ou participar das atividades promovidas pelo GRESEPM influencia a saúde das pessoas desta comunidade? Nos conte como!

Bloco 2 – Práticas profissionais

2.1 Gostaríamos que falasse sobre os profissionais de saúde que trabalham na Clínica da Família Dona Zica:

- Quem mais atende ao(a) Sr.(a)?
- O(A) Sr.(a) conhece o(a) Agente Comunitário de Saúde? Qual do nome do(a) ACS?
- Como é a sua relação com seu médico de família? E com a enfermeira da equipe?
- O seu médico de família te explica as coisas de uma maneira fácil de entender?
- O(A) Sr.(a) se sente à vontade para conversar sobre qualquer assunto com a equipe de saúde da Clínica da Família Dona Zica?
- O(A) Sr.(a) tira suas dúvidas com os profissionais da Clínica da Família Dona Zica? Com qual profissional costuma conversar mais?
- Os profissionais da equipe costumam ouvir suas opiniões? Os profissionais da Clínica da Família Dona Zica consideram sua opinião na hora de passar seu tratamento?
- Os profissionais da Clínica da Família Dona Zica procuram saber sobre a sua vida, além da sua saúde? (por exemplo, seus momentos de lazer, práticas religiosas e hábitos culturais)

2.2 Gostaríamos de falar um pouco sobre a influência do GRESEPM na sua saúde e se os profissionais da Clínica da Família Dona Zica percebem isso.

- Os profissionais da Clínica da Família Dona Zica sabem que o(a) Sr.(a) tem uma ligação com o GRESEPM? Como eles ficaram sabendo?
- Alguma vez, o médico ou outro profissional que te atendeu na Clínica da Família Dona Zica perguntou sobre sua relação com o GRESEPM? Em que situação?
- Já foi necessário que o médico mudasse seu tratamento por causa do Carnaval? Conte como foi isso.
- O(A) Sr.(a) considera que os profissionais de saúde da Clínica da Família Dona Zica entendem o papel do GRESEPM na sua vida?
- O(A) Sr.(a) considera que os profissionais da Clínica da Família Dona Zica compreendem a importância do GRESEPM para esta comunidade? Nos conte como!

Bloco 3 – Organizacional

3.1 A respeito das atividades propostas pela Clínica da Família Dona Zica:

- O(A) Sr.(a) participa de alguma atividade em grupo? Caso não participe, o(a) Sr.(a) tem conhecimento de algum grupo realizado pela Clínica da Família Dona Zica? Fale um pouco sobre isso.
- O(A) Sr.(a) já viu a equipe da Clínica da Família Dona Zica realizando atividades na comunidade? Quais atividades realizam?
- A Clínica da Família Dona Zica e o GRESEPM realizam alguma atividade em conjunto? Quais?

- O(A) Sr.(a) já participou de alguma atividade feita pela Clínica da Família Dona Zica na quadra da Mangueira? Na sua opinião, é importante que atividades da Clínica da Família Dona Zica aconteçam nesse espaço? Por quê?
- A Clínica da Família Dona Zica realiza alguma atividade especial na comunidade voltada para o Carnaval? Quais?

3.2 Na sua opinião, a Clínica da Família Dona Zica reconhece a importância do GRESEPM para a comunidade?

Considerações finais

Há mais alguma coisa que o(a) Sr.(a) ache relevante falar sobre a importância da Mangueira na sua vida e em sua saúde? Alguma história que queria nos contar?

Muito Obrigada!!!

APÊNDICE D – Termo de Compromisso de Utilização de Dados



Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Eu, **Fernanda Corrêa Pires Quintão**, no intuito de realizar pesquisa científica em unidade(s) de ensino e/ou do sistema de saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, do **ProfSaúde - Mestrado Profissional em Saúde da Família realizado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF)**, com projeto de pesquisa intitulado **“Competência Cultural na Atenção Primária à Saúde: perspectiva dos usuários da comunidade da Mangueira”** e tendo como orientadora a **Profa. Patty Fidelis de Almeida**, declaro que: (i) Assumo compromisso com a utilização criteriosa, e restrita aos objetivos da pesquisa acima referida, de todos os dados contidos no **prontuário eletrônico do Cidadão – PEC E-Sus**; (ii) Os dados somente serão acessados após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP; (iii) Os dados coletados se destinarão a dar suporte aos objetivos da pesquisa que pretende **identificar se os usuários percebem a competência cultural no cuidado recebido na Atenção Primária à Saúde (APS) na comunidade da Mangueira**. Também me comprometo a manter total discrição e confidencialidade dos dados coletados nos **prontuários**, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem **exclusivamente para atender aos critérios de inclusão dos participantes da pesquisa que demanda a seleção dos usuários com vistas a identificar aqueles que tiveram o número mínimo de quatro contatos com a equipe de Saúde da Família, no ano anterior ao início do trabalho de campo previsto na pesquisa**.

Declaro ser de minha inteira responsabilidade cuidar da integridade das informações e dados acessados e/ou coletados, garantindo, por todos os meios, a confidencialidade desses dados, bem como a privacidade dos indivíduos que terão suas informações disponibilizadas. Da mesma forma, comprometo-me a não transferir os dados coletados, ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoa não envolvida na equipe da pesquisa.

Os compromissos ora assumidos são extensivos aos cuidados no manuseio, na guarda, na utilização e no descarte das informações acessadas e/ou coletadas, sendo reiterada a finalidade de seu uso unicamente para cumprimento dos objetivos indicados na pesquisa mencionada acima.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador responsável