



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE PÚBLICA

RELATÓRIO TÉCNICO FINAL

Contrato/Convênio: 325/2013, Processo nº 25000.183769/2013-16

Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil

Brasília, dezembro de 2021

“Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil”

Coordenadora da Pesquisa

Maria Fátima de Sousa – Departamento de Saúde Coletiva e NESP

Dados Gerais

TED nº/Ano: 325/2013

Convênio nº/Ano: 25000.183769/2013-16

Instituição Parceira/Conveniente: Fundação Universidade de Brasília

Objeto: Estudo e Pesquisa para promover a qualificação e a Educação Permanente dos profissionais da saúde do SUS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo dados do e-Gestor Atenção Básica, abril de 2018.....	22
Tabela 2. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo o Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB), agosto de 2018	36
Tabela 3. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo o Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB), agosto de 2018	58
Tabela 4. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo dados do e-Gestor Atenção Básica, abril de 2018.....	70
Tabela 5. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo dados do e-Gestor Atenção Básica, abril de 2018.....	81
Tabela 6. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo dados do e-Gestor Atenção Básica, abril de 2018.....	911
Tabela 7. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo o Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB), agosto de 2018	1033
Tabela 8. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo o Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB), agosto de 2018	118
Tabela 9. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo o Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB), agosto de 2018	128
Tabela 10. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo o Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB), agosto de 2018	143
Tabela 11. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo o Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB), agosto de 2018	147

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Nuvem de palavras da categoria Universalidade, formada com falas obtidas na entrevista com a coordenação de Recife/PE.....	23
Figura 2. Nuvem de palavras da categoria Equidade, formada com falas obtidas na entrevista com a coordenação de Recife/PE.....	25
Figura 3. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade, formada com falas obtidas na entrevista com a coordenação de Recife/PE	27
Figura 4. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade, formada com falas obtidas na entrevista com profissionais da ESF da UBS Sítio dos Pintos, em Recife/PE	28
Figura 5. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, formada com falas obtidas na entrevista com profissionais da ESF da UBS Sítio dos Pintos, em Recife/PE	30
Figura 6. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista com a coordenação da Atenção Básica de Recife/PE	31
Figura 7. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista com profissionais da ESF da UBS Sítio dos Pintos, em Recife/PE	33
Figura 8. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coesão, obtida na entrevista com a coordenação da Atenção Básica de Recife/PE	35
Figura 9. Nuvem de palavras da categoria Universalidade, obtida na entrevista com a coordenação da Atenção Básica de Campo Grande/MS	37
Figura 10. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista com a coordenação da Atenção Básica de Campo Grande/MS	38
Figura 11. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista com profissionais da UBS Nova Lima, em Campo Grande/MS	39
Figura 12. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista com profissionais da UBS São Benedito, em Campo Grande/MS.....	40
Figura 13. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista com a coordenação da Atenção Básica de Campo Grande/MS	42
Figura 14. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade, obtida na entrevista com a Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, em Campo Grande/MS	43
Figura 15. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade, obtida na entrevista com profissionais da UBS Nova Lima, em Campo Grande/MS	44
Figura 16. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista com profissionais da UBS Nova Lima, em Campo Grande/MS	45
Figura 17. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista com profissionais da UBS Nova Lima, em Campo Grande/MS	46
Figura 18. Nuvem de palavras da categoria Acesso (Território, Utilização, Relações), obtida na entrevista	

com a coordenação da Atenção Básica de Campo Grande/MS.....	48
Figura 19. Nuvem de palavras da categoria Acesso (Território, Utilização, Relações), obtida na entrevista com profissionais da UBS Fernando Arruda, em Campo Grande/MS.....	49
Figura 20. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista com a coordenação da Atenção Básica de Campo Grande/MS	50
Figura 21. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista com profissionais da UBS Nova Lima, em Campo Grande/MS	52
Figura 22. Nuvem de palavras da categoria Integralidade, obtida na entrevista com a coordenação da Atenção Básica de Campo Grande/MS	53
Figura 23. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista com profissionais da UBSF Três Barras, em Campo Grande/MS	54
Figura 24. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista com profissionais da UBSF São Benedito, em Campo Grande/MS	55
Figura 25. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coesão, obtida na entrevista com a coordenação de Atenção Básica de Campo Grande/MS	56
Figura 26. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coesão, obtida na entrevista com a Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, em Campo Grande/MS	57
Figura 27. Nuvem de palavras da categoria Universalidade, obtida na entrevista em Goiânia/GO.....	59
Figura 28. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista em Goiânia/GO.....	60
Figura 29. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade, obtida na entrevista em Goiânia/GO	63
Figura 30. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Goiânia/GO	65
Figura 31. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coesão, obtida na entrevista em Goiânia/GO	67
Figura 32. Nuvem de palavras da categoria Integralidade, obtida na entrevista em Goiânia/GO.....	68
Figura 33. Nuvem de palavras da categoria Sustentabilidade, obtida na entrevista em Goiânia/GO	69
Figura 34. Nuvem de palavras da categoria Universalidade, obtida na entrevista em Manaus/AM.....	71
Figura 35. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista em Manaus/AM.....	72
Figura 36. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade, obtida na entrevista em Manaus/AM	74
Figura 37. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Manaus/AM	75
Figura 38. Nuvem de palavras da categoria Acesso (Território, Utilização, Relações), obtida na entrevista em Manaus/AM.....	76
Figura 39. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista em Manaus/AM.....	78
Figura 40. Nuvem de palavras da categoria Integralidade, obtida da entrevista em Manaus/AM	79

Figura 41. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coesão, obtida na entrevista em Manaus/AM.....	80
Figura 42. Nuvem de palavras da categoria Universalidade, obtida na entrevista em Macaé/RJ	81
Figura 43. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista em Macaé/RJ	83
Figura 44. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade, obtida na entrevista em Macaé/RJ	84
Figura 45. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Macaé/RJ.....	85
Figura 46. Nuvem de palavras da categoria Acesso (Território, Utilização e Relações), obtida na entrevista em Macaé/RJ.....	87
Figura 47. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista em Macaé/RJ.....	87
Figura 48. Nuvem de palavras da categoria Integralidade, obtida na entrevista em Macaé/RJ	89
Figura 49. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coesão, obtida na entrevista em Macaé/RJ	90
Figura 50. Nuvem de palavras da categoria Universalidade, obtida na entrevista em Canoas/RS	92
Figura 51. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista em Canoas/RS.....	93
Figura 52. Nuvem de palavras da categoria intersetorialidade, obtida na entrevista em Canoas/RS	95
Figura 53. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Canoas/RS	97
Figura 54. Nuvem de palavras da categoria Acesso (Território, Utilização, Relações), obtida na entrevista em Canoas/RS	98
Figura 55. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista em Canoas/RS	100
Figura 56. Nuvem de palavras da categoria Integralidade, obtida na entrevista em Canoas/RS.....	101
Figura 57. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coesão, obtida na entrevista em Canoas/RS	102
Figura 58. Nuvem de palavras da categoria Universalidade, obtida na entrevista em Amparo/SP.....	103
Figura 59. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista em Amparo/SP.....	104
Figura 60. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade, obtida na entrevista em Amparo/SP.....	105
Figura 61. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Amparo/SP	107
Figura 62. Nuvem de palavras da categoria Acesso, obtida na entrevista em Amparo/SP	108
Figura 63. Nuvem de palavras da categoria Ampliação do Acesso, obtida na entrevista em Amparo/SP	109
Figura 64. Nuvem de palavras da categoria Acesso, obtida na entrevista em Amparo/SP	110
Figura 65. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista em Amparo/SP	112

Figura 66. Nuvem de palavras da categoria Integralidade, obtida na entrevista em Amparo/SP.....	114
Figura 67. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede, obtida na entrevista em Amparo/SP	116
Figura 68. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista em Ourilândia do Norte/PA	118
Figura 69. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade, obtida na entrevista em Ourilândia do Norte/PA.....	119
Figura 70. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Ourilândia do Norte/PA.....	121
Figura 71. Nuvem de palavras da categoria Acesso, obtida na entrevista em Ourilândia do Norte/PA ...	122
Figura 72. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista em Ourilândia do Norte/PA.....	124
Figura 73. Nuvem de palavras da categoria Integralidade, obtida na entrevista em Ourilândia do Norte/PA	126
Figura 74. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede, obtida na entrevista em Ourilândia do Norte/PA.....	127
Figura 75. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade, obtida na entrevista em Florianópolis/SC	129
Figura 76. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Florianópolis/SC	130
Figura 77. Nuvem de palavras da categoria Acesso, obtida na entrevista em Florianópolis/SC.....	131
Figura 78. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista em Florianópolis/SC.....	133
Figura 79. Nuvem de palavras da categoria Integralidade, obtida na entrevista em Florianópolis/SC.....	135
Figura 80. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede, obtida na entrevista em Florianópolis/SC	136
Figura 81. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo o Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB), agosto de 2018	137
Figura 82. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade, obtida na entrevista em Vacaria/RS	138
Figura 83. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Vacaria/RS	139
Figura 84. Nuvem de palavras da categoria Acesso, obtida na entrevista em Vacaria/RS	140
Figura 85. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista em Vacaria/RS	141
Figura 86. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coessão, obtida na entrevista em Vacaria/RS	142
Figura 87. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista em João Pessoa/PB	144
Figura 88. Nuvem de palavras da categoria Acesso, obtida na entrevista em João Pessoa/PB.....	145

Figura 89. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista em João Pessoa/PB	146
Figura 90. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade, obtida na entrevista em Campinas/SP	148
Figura 91. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Campinas/SP .	149
Figura 92. Nuvem de palavras da categoria Acesso, obtida na entrevista em Campinas/SP	150
Figura 93. Nuvem de palavras da categoria Integralidade, obtida na entrevista em Campinas/SP	151
Figura 94. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coessão, obtida na entrevista em Campinas/SP	152

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	11
3. MARCO CONCEITUAL	12
4. METODOLOGIA	14
4.1. Método	14
4.2. Técnica e instrumentos de coleta de dados	15
4.3. Sujeitos da pesquisa	16
4.4. Considerações éticas e legais	16
4.5. Seleção amostral.....	17
4.6. Metodologia empregada na análise comparada dos municípios: Amparo/SP, Ourilândia do Norte/PA, Florianópolis/SC, Vacaria/RS, João Pessoa/PB e Campinas/SP	18
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
5.1. Recife/PE.....	22
5.2. Campo Grande/MS.....	36
5.3. Goiânia/GO	58
5.4. Manaus/AM.....	70
5.5. Macaé/RJ.....	80
5.6. Canoas/RS	91
5.7. Amparo/SP	102
5.8. Ourilândia do Norte/PA	117
5.9. Florianópolis/SC	128
5.10. Vacaria/RS	137
5.11. João Pessoa/PB.....	143
5.12. Campinas/SP	147
6. RECOMENDAÇÕES	154
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
8. APÊNDICES	176
9. ANEXOS	283

1. INTRODUÇÃO

A presente investigação insere-se no âmbito da Unidade de Estudos e Pesquisas em Saúde da Família (UEPSF), do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinar (CEAM), com a participação de docentes dos Departamentos de Saúde Coletiva, mestrandos(as) e doutorandos(as) da Universidade de Brasília.

Caracteriza-se como um estudo de casos múltiplos para analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), tomando como referência os trabalhos premiados na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, no caso brasileiro e por estratégias similares em Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Fortaleza, Porto Velho, Manaus, Porto Alegre, São Paulo, Recife, Goiânia e Campo Grande, no sentido de assinalar caminhos para a superação dos desafios atuais e da consolidação do modelo de atenção à saúde. Especificamente: (a) verificar as experiências exitosas nas práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF no Brasil; (b) identificar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF, no caso brasileiro, e por estratégias similares Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Fortaleza, Porto Velho, Manaus, Porto Alegre, São Paulo, Recife, Goiânia e Campo Grande; e (c) observar a experiência desenvolvida por equipes multiprofissionais com a vinculação de Agentes comunitários de saúde.

O desenho da pesquisa foi realizado de forma conjunta pelos(as) professores(as)/pesquisadores(as) com a finalidade de assegurar a construção de consenso no entorno dos valores, princípios, categorias, subcategorias analíticas e indicadores (meios de verificação da aplicabilidade da política e elementos de gestão nos processos de cuidar) definindo assim o marco conceitual que justificaram os objetivos e metas do estudo; a sustentação da pesquisa como um estudo de múltiplos casos, ancorada na profundidade das categorias e subcategorias analíticas, buscando as relações explicativas que caracterizam a gestão e a organização das práticas de promoção da saúde; e o diálogo crítico sobre os instrumentos e técnicas junto aos pesquisadores de outras Instituições de Ensino e Pesquisa, como forma de articulação e troca de experiências no sentido de aperfeiçoar os procedimentos de coletas de dados.

O método do estudo foi de natureza qualitativa, descritivo, na forma de múltiplos casos, acerca das experiências de promoção da saúde nas práticas das equipes do PSF nos

municípios brasileiros e seus similares nos países envolvidos na pesquisa internacional, respeitadas as diferenças nos seus contextos históricos, sociais, políticos, culturais e sanitários. Sobretudo, compreendendo os semelhantes e diferentes níveis de desenvolvimento democrático e de conquistas dos direitos de cidadania.

Com isso, as diversas formas de entendimentos, concepções e representações acerca dos valores, princípios e formas organizativas, desde a formulação da política, passando pelos mecanismos de organização e gestão até os cuidados, tendo na promoção da saúde, a base das práticas das equipes, apresentam-se de diferentes maneiras.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes da ESF, tomando como referência os trabalhos premiados na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, no caso brasileiro e por estratégias em Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Fortaleza, Porto Velho, Manaus, Porto Alegre, São Paulo, Recife, Goiânia e Campo Grande no sentido de assinalar caminhos para a superação dos desafios atuais.

Objetivos Específicos

- a) Verificar as experiências exitosas nas práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes da ESF no Brasil, tomando como referência os trabalhos premiados na III Mostra Nacional dessa estratégia;
- b) Identificar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF, no caso brasileiro e por estratégias em Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Fortaleza, Porto Velho, Manaus, Porto Alegre, São Paulo, Recife, Goiânia e Campo Grande;
- c) Sistematizar e analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas em Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Fortaleza, Porto Velho, Manaus, Porto Alegre, São Paulo, Recife, Goiânia e Campo Grande a partir das dimensões: política, organização e dos sinais da realidade.

3. MARCO CONCEITUAL

Para elaboração deste estudo foram considerados os desafios atuais das práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF, estratégia que vem sendo adotada no Brasil há 24 anos, com a finalidade de reorganização a Atenção Básica à Saúde e de contribuir na mudança do modelo assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), materializando assim seus objetivos: (a) possibilitar o acesso universal e, em consonância, com o princípio da equidade; (b) efetivar a integralidade em seus vários aspectos¹; (c) desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita; (d) valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; (e) realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; e (f) estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL, 2006).

Com base nos desafios de realizarmos análises explicativas de como as políticas de promoção da saúde estão presentes nas práticas das Equipes da ESF, e vem se constituindo em um novo paradigma para o conceito ampliado de saúde, considerando-se o contexto social, político, econômico e institucional do caso brasileiro e de estratégias similares em Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Fortaleza, Porto Velho, Manaus, Porto Alegre, São Paulo, Recife, Goiânia e Campo Grande.

E para tanto, consideramos que as políticas de promoção da saúde no Brasil têm sido vistas como indissociáveis da reflexão, sistemática e continuada do SUS. Um dos desafios contemporâneos desse sistema para todos os níveis de gestão que o integram (federal, estadual e municipal) é a urgência de se traduzir os avanços obtidos no campo da descentralização, da gestão e do financiamento em mudanças efetivas no modelo de atenção à saúde. O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS, na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como indutores da reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões inerente às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado - Atenção Básica à Saúde - no Brasil, e de suas relações entre os níveis do sistema. Esta discussão fundamenta-se na universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS.

¹Integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços (Portaria nº 648, de 28 de março de 2006).

Nesta perspectiva é importante identificar as ricas experiências espalhadas por todo o Brasil e fazer dessas, ponto de encontro de lições aprendidas e trocas de possibilidades para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil.

Da mesma forma, estudos sobre a promoção da saúde nos colocam diante da possibilidade de uma melhor apreensão sobre outras formas de produzir modos de viver mais saudáveis e de favorecer a construção de novas realidades dirigidas às práticas de promoção da saúde desenvolvidas em diferentes territórios pelas equipes do PSF no Brasil, assim como de modelos similares em outros países objeto dessa pesquisa no âmbito internacional.

De uma maneira geral, a promoção da saúde tem sido considerada como sendo capaz de favorecer indivíduos e coletividades na busca de maior equidade e bem-estar, de possibilitar a união de esforços de distintos atores sociais e produtivos na produção de saúde, de possibilitar a construção teórica e novas práticas que têm melhorado a atuação no âmbito da atenção à saúde e, ainda, de reorientar os serviços na promoção da saúde coletiva (RESTREPO e MÁLAGA, 2001).

A despeito dos consensos e das críticas ao construto promoção da saúde, uma das lacunas que emergem na atualidade para a produção do conhecimento em torno dessa temática, está a construção de indicadores que considerem a intersetorialidade, os conhecimentos acumulados pela epidemiologia e os avanços em estudos sobre políticas públicas. É neste cenário que se coloca a relevância do presente estudo na busca de apreender as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF nos complexos contextos políticos, sócios, culturais e ambientais dos seus territórios de atuação, e em outros países onde a família seja o alicerce e a promoção da saúde se configure como a possibilidade de resgatar o sentido ampliado de saúde como qualidade de vida (CAMPOS, BARROS e CASTRO, 2004).

Nesse sentido, a proposta de estudar como a promoção da saúde se expressa no âmbito da atenção básica em tão distintos municípios procura identificar - sem a intenção de hierarquizar ou classificar seus resultados - os igualmente distintos modos dos sistemas de saúde investirem no fortalecimento ou na criação de serviços, ações e estratégias de intervenção capazes de alterar os cenários de iniquidades em saúde e de estabelecerem uma nova agenda nacional na direção da promoção da saúde de suas populações.

4. METODOLOGIA

A pesquisa lançou mão da metodologia de estudos de casos por considerar sua abordagem ideal a esta investigação, uma vez que nos permitiu descrever as experiências da Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Fortaleza, Porto Velho, Manaus, Porto Alegre, São Paulo, Recife, Goiânia e Campo Grande, resguardando os pontos de convergências (valores, e princípios) e as diferenças (formas de organização e gestão do cuidado) acerca das práticas de promoção da saúde realizada por equipes de ESF.

Ademais o método de estudos de caso, nos assegurou a não comparação *stricto sensu*, todavia, nos permitiu a descrição em profundidade das ideias geradoras/indutoras na formulação das políticas, nas estratégias adotadas para afetividades de suas ações (organização, gestão e cuidado) relacionadas à promoção da saúde.

4.1. Método

Submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília (CEP/FS) e aprovado sob o número de registro 85/12, o projeto ancorou-se na abordagem qualitativa, com desenho de múltiplos casos. A escolha desta abordagem se deu por esta permitir uma análise mais ampla e profunda da realidade investigada, proporcionando a ampliação do entendimento sobre alguns fatos e fenômenos naturais, muitas das vezes “invisíveis” aos números, contribuindo para maior sustentação e aprofundamento analíticos (FERREIRA *et al.*, 2002).

A opção pelo tipo de estudo de múltiplos casos, fundamentou-se na epistemologia de Yin (2001), onde o mesmo estudo pode conter mais de um caso único e o conjunto dos casos constituem-se em um projeto de múltiplos casos.

Em sequência, com base nos postulados propostos por Ciavatta (2009), foi realizada a etapa, que consistiu na análise comparada dos dados obtidos, com vistas a dar evidência às principais similitudes e singularidades encontradas entre regiões brasileiras.

Nesta base, foram considerados como critérios de inclusão: ser um município de grande porte (acima de 100 mil habitantes), ser premiado na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família (2008), cuja cobertura populacional da ESF fosse igual

ou superior à 30% e que, voluntariamente, aceitasse participar, logo, foram selecionadas, à época, 10 (dez) unidades, a saber: São Paulo, Fortaleza, Goiânia, Recife, Campo Grande, Manaus, Porto Alegre, Porto Velho, Rio de Janeiro e Belo Horizonte.

Destes, cinco recusaram-se a participar, sendo elas: Belo Horizonte, Fortaleza, Porto Alegre, Porto Velho e São Paulo. Entretanto, preservando os critérios de inclusão dos municípios (unidades de análise), a técnica de amostragem não probabilística e não aleatória de escolha amostral foi empregada, sem qualquer prejuízo às unidades inicialmente selecionadas, ou seja, os 10 municípios premiados na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família.

Sem prejuízos de ordem financeira ou técnico científico, fez-se necessário substituir os municípios que declinaram do estudo. Vale destacar, que a equipe de coordenação da pesquisa tomou a decisão da necessária substituição, obedecendo aos critérios metodológicos que atendessem ao estudo, cuja responsabilidade direta cabe à Instituição executora da pesquisa, não comprometendo as metas estabelecidas no Termo de Execução Descentralizada (TED).

Nesse sentido, além da substituição dos cinco municípios, outros dois foram acrescentados à pesquisa, ficando, ao final, as seguintes unidades amostrais: Amparo-SP, Campinas-SP, Goiânia-GO, Recife-PE, João Pessoa-PB, Manaus-AM, Campo Grande-MT, Vacaria-RS, Florianópolis-SC, Ourilândia do Norte-PA, Canoas-RS e Macaé-RJ. Reiteramos que tais ajustes, não geraram prejuízos aos objetivos e/ou finalidades do projeto, uma vez que, surpresas do campo necessitam revisões e ajustes, desde que não comprometam os objetivos originais da pesquisa, fato que ocorre em estudos de grande porte nacionais e internacionais.

4.2. Técnica e instrumentos de coleta de dados

A escolha do método (estudo de múltiplos casos) considerou que cada município ou experiências específicas dentro destes, constituirá unidades de análise. Logo, sem prejuízo de suas semelhanças e diferenças.

Os critérios utilizados para a inclusão, exclusão e substituição amostral nos casos de recusa à participação voluntária das capitais metrópoles/municípios brasileiros foram:

- a) Ser capital metrópole ou município acima de 100 mil habitantes;
- b) Possuir cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família acima

de 20%;

c) Ter aderido ao Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF) e ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ);

d) Aceite da capital metrópole ou município à participação voluntária no presente estudo;

e) Representatividade de pelo menos uma capital metrópole ou município, por região brasileira.

e) Nos casos de recusa da capital metrópole ou município selecionado em participar voluntariamente do estudo, a substituição ocorrerá por conveniência, desde que mantido o estado da capital metrópole ou município selecionado inicialmente, de forma aleatória.

Utilizou-se na seleção das experiências exitosas (boas práticas) os seguintes critérios:

a) Experiência formulada pelo aparelho do Estado;

b) Experiência desenvolvida no âmbito dos serviços públicos na atenção básica;

c) Experiência desenvolvida por equipes multiprofissionais com a vinculação de Agentes Comunitários de Saúde.

4.3. Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos deste estudo corresponderam a dois grupos: profissionais das equipes da ESF e Coordenadores da AB/APS e/ou Promoção da Saúde das unidades amostrais selecionadas.

4.4. Considerações Éticas e Legais

O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília (CEP/FS) e aprovado com o número de registro 084/2012.

Em cumprimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, após devidamente informados quanto aos objetivos da pesquisa e procedimentos a serem adotados, não oferecendo-lhes risco, consentiram suas participações de forma voluntária por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apêndice 1, sendo-lhes garantidos os princípios bioéticos da autonomia de participarem ou se recusarem a participar deste estudo, da não-maleficência, do anonimato, bem como sigilo absoluto das informações prestadas, sendo utilizadas somente para fins científicos.

4.5. Seleção amostral

Os municípios brasileiros foram selecionados com representação de pelo menos uma capital metrópole/município por região brasileira, levando-se em consideração os critérios supracitados. Foram incluídos nesta pesquisa: Belo Horizonte, São Paulo, Fortaleza, Rio de Janeiro, Goiânia, Recife, Campo Grande, Manaus, Porto Alegre e Porto Velho.

A pesquisa ocorreu com entrevistas às equipes de Estratégia de Saúde da Família. As entrevistas nacionais não foram concluídas em todos os municípios, porque as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) exigiam aprovação complementar do Comitê de Ética, não sendo suficiente a aprovação do comitê da UnB para autorização da pesquisa no município. Nessas secretarias, o projeto não foi ressubmetido, em virtude de a demora no processo ultrapassar o prazo limite de execução da pesquisa. Logo, a equipe de pesquisadores estava atenta aos prazos legais à execução do TED, o que exigiu a substituição dos municípios sem prejuízos financeiros e/ou técnico científicos, assim, a pesquisa de campo fora realizada em Campo Grande, Goiânia, Recife e Manaus, onde as atividades foram aprovadas pelas respectivas SMS.

Pela natureza e método da pesquisa não se fez necessário estruturar amostra no sentido estatístico, uma vez que os sujeitos entrevistados foram interlocutores de diversas esferas e com diferentes graus de responsabilidade na implementação da política, gestão e de práticas de promoção da saúde no âmbito da atenção básica sem uma preocupação de representatividade estatística.

Foram valorizadas a singularidade das experiências estudadas em cada município, as suas próprias formas de organização, a sua coerência e completude. Nesse

sentido, se constituíram casos em si mesmos e foram tomados como unidades de análise.

Além das entrevistas, as informações que compõem o banco de dados da pesquisa foram provenientes das observações diretas – *in loco*, documentos oficiais, referências bibliográficas, e posteriormente complementadas com as exposições que os sujeitos estratégicos convidados realizaram no III Seminário Internacional de Estudos Comparados em Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família (Brasília, 4-5 de dezembro, 2014).

4.6. METODOLOGIA EMPREGADA NA ANÁLISE COMPARADA DOS MUNICÍPIOS: Amparo/SP, Ourilândia do Norte/PA, Florianópolis/SC, Vacaria/RS, João Pessoa/PB e Campinas/SP

Como contraparte do Núcleo de Estudos em Saúde Pública, unidade responsável pela pesquisa junto à Universidade de Brasília, teses e dissertações foram desenvolvidas durante e após a execução do projeto, frutos do banco de dados originado pelo projeto. Neste particular, destaca-se a metodologia empregada nos municípios de Amparo/SP, Ourilândia do Norte/PA, Florianópolis/SC, Vacaria/RS, João Pessoa/PB e Campinas/SP, em razão de tese de doutorado (SANTOS, 2016) cujo país de análise comparativa ao Brasil, foi a Venezuela.

Quanto à análise comparada de sistemas, considera-se que:

“Comparar é buscar semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ser contemporâneos ou não, que ocorram em espaços distintos ou não, para melhor compreendê-los.” (CONILL, 2006, p. 564).

A utilização desta metodologia no campo da saúde coletiva é relativamente nova. Essa contribuição crescente nos estudos de sistemas de saúde ocorre num momento de ampliação dos serviços devido ao aumento da intervenção governamental nas políticas sociais e de saúde no século XIX. Exige ainda um rigor metodológico que considere as múltiplas determinações do processo saúde-doença. (CONILL, 2006).

Realizou-se a análise comparada do caso brasileiro, representado pelos municípios de Amparo/SP, Ourilândia do Norte/PA, Florianópolis/SC, Vacaria/RS, João Pessoa/PB e Campinas/SP, com a Venezuela, representado pelos seguintes participantes

de pesquisa do MPPS (MS1, MS2, MS3), da direção do atendimento primário do MPPS (APS), da direção de OTICS (OTICS), da direção nacional de Saúde Indígena (SI), da Faculdade de Medicina da Universidade Central da Venezuela (UCV) e do Programa de Medicina Comunitária Integrada da Universidade Bolivariana da Venezuela (UBV). Esta opção permitiu evidenciar as semelhanças, diferenças e similaridades entre esses países, bem como destacar as potencialidades brasileiras na Promoção da Saúde e Estratégia Saúde da Família.

Transcreveu-se e traduziu-se todas as entrevistas realizadas na Venezuela por empresa especializada, organizou-se e categorizou-se as falas de ambos os países por meio do *software* NVivo 9.0 e analisou-se comparativamente.

Para a análise das informações, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), definida como um método/técnica aplicável nas investigações quantitativas e qualitativas, com aplicações diferentes, onde na primeira prioriza-se a frequência das características do conteúdo e na segunda, é levado em consideração a presença ou não de uma característica, ou de um conjunto delas. (SILVA *et al.*, 2005).

As categorias emergentes na pré-análise das informações apreendidas foram as que seguem: política nacional de saúde, organização da APS, representatividade da APS e composição da equipe de APS.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O detalhamento que se segue apresenta os resultados das metas físicas e financeiras que constam no TED n°/ano: 325/2013, Convênio n°/ano: 25000.183769/2013-16, executado pela Fundação Universidade de Brasília, no tempo legal previsto no Convênio. Apresenta ainda os resultados e discussões do estudo, segundo suas unidades de análise (municípios pesquisados).

Metas Físicas

Meta I – Selecionar, buscar e elaborar os critérios das experiências exitosas no Brasil e definir metodologia para análise das 10 experiências premiadas na III Mostra Nacional de Saúde da Família;

Meta II – Realizar visitas de estudos de casos acerca das experiências;

Meta III – Realizar Oficina de Trabalho para definição de metodologia para análise comparada entre diferentes experiências;

Meta IV – Estruturar o banco de dados com as informações e os resultados do estudo;

Meta V – Realizar os estudos de casos por amostragem (municípios premiados) no Brasil e elaborar o relatório final.

Detalhamento dos produtos e ações

META	PRODUTO	ESTADO DE EXECUÇÃO	RESULTADO DAS AÇÕES	APÊNDICES ANEXOS
Meta I	Lista com os 10 trabalhos premiados na III Mostra Nacional de Saúde da Família Metodologia de análise	100% concluída	Pesquisa bibliográfica visando a identificação das experiências exitosas (boas práticas) no contexto do Brasil; para tanto, foi realizada uma seleção dos trabalhos a partir dos documentos das obras premiadas na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, promovida pelo Ministério da Saúde em agosto de 2008, que foram objetos de análise na segunda etapa do estudo.	<p>Link da Lista – http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_premiados_internet.pdf</p> <p>Anexo I p. 283</p>
Meta II	Visitas <i>in loco</i> aos municípios	100% concluída	Foi realizada a análise das experiências exitosas (boas práticas) brasileiras através das visitas <i>in loco</i> nos municípios que aceitaram participar do estudo e ofertaram suas agendas para tanto, sobretudo pela mediação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) como instituição parceira. Os municípios visitados foram: Amparo, Goiânia, Campo Grande, Recife, Manaus, Macaé, Canoas, Ourilândia do Norte, Florianópolis, Vacaria, João Pessoa e Campinas, onde se buscaram a identificação e a seleção das unidades de análise (casos) com o objetivo de verificar <i>in loco</i> as práticas (ações/projetos estratégicos) desenvolvidas nas equipes de saúde da família, segundo suas formas de gestão e organização sustentadas pelos seus valores e	<p>Apêndice I p. 176</p> <p>(Registro de fotos das visitas <i>in loco</i> – Manaus, Canoas, Macaé, Campo Grande, Recife)</p>

			princípios orientadores.	
Meta III	Matriz metodológica	100% concluída	Foi realizada uma oficina de trabalho para definição da metodologia para a análise das principais semelhanças e singularidades entre diferentes experiências.	Apêndice II p. 192 Etapa I – Síntese da Oficina Etapa II – Consolidado nas Categorias Etapa III - Matriz Metodológica
Meta IV	Banco de dados	100% concluída	Página na <i>web</i> que disponibiliza as informações alusivas ao desenvolvimento do projeto em todas as suas fases em http://www.estudoscomparados.unb.br .	Apêndice III p. 257 Página <i>web</i> com o banco de dados.
Meta V	Relatório final	100% concluída	Foram feitas análises e a consolidação dos dados para a realização da discussão e análise, tendo em vista a elaboração do relatório final.	Análise por município visitado Vide p. 22 a 153

5.1. RECIFE/PE

Após contato com os coordenadores da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e, em seguida, com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), executou-se a pesquisa de campo em Recife/PE. Participaram da pesquisa equipes das unidades de saúde: ESF Reservatório, ESF Sítio dos Pintos e ESF Upinha Bomba do Hemetério (Tabela 1).

Tabela 1. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo dados do e-Gestor Atenção Básica, abril de 2018

Município	Nº de Habitantes	Total de Equipes de Saúde da Família	Cobertura Populacional da ESF	
			%	N (Pessoas)
Recife/PE	1.645.727	267	55,97	921.113

esse enfrentamento das doenças negligenciadas principalmente pra dentro da A.B, que esse é o foco, o Consultório na Rua que não está aqui mas tem sido importantíssimo para essa discussão da população em situação de rua também com foco junto a ESF e da AB como um todo, PSE que vem num movimento importante de expansão.

Um estudo de metodologia descritivo-reflexiva apresentando a revisão histórica das políticas de saúde no Brasil e PSF, e o processo de mudança do modelo assistencial mostra que mudanças significativas vêm ocorrendo no modelo de assistência à saúde no Brasil. Nesse processo, o trabalho em equipe interdisciplinar e a família como foco da atenção básica vêm permitindo ultrapassar o cuidado individualizado, ou seja, focado na doença. Colaborando com o progresso da atenção à saúde por meio do PSF para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde, nota-se a necessidade de verificar as tarefas estabelecidas para seu funcionamento, assim como conscientizar não somente os profissionais de saúde no que se refere à abordagem às famílias, ao trabalho em equipe e à assistência humanizada, mas também os gestores e a população da importância de sua participação (ROSA; LABATE, 2005).

CATEGORIA: EQUIDADE (COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA – SECRETARIA MUNICIPAL [RECIFE])

Como forma de tornar tangível o princípio da equidade no serviço, a coordenação da Atenção Básica municipal de Recife sinalizou trabalhos direcionados às minorias, dentre os quais aqueles destinados às pessoas com deficiência, à população negra e à LGBT. Sinalizou também a busca pela articulação de ações com políticas públicas e programas para além das destinadas a esses grupos, tendo como cerne a realização de trabalhos em rede que se completem na ESF, desde o nível assistencial às ações promotoras da saúde, pontos centrais visualmente identificáveis na nuvem de palavras geradas (Figura 2).

Figura 2. Nuvem de palavras da categoria Equidade, formada com falas obtidas na entrevista com a coordenação de Recife/PE



Fonte: Autoria própria

Nessa base, as práticas integrativas foram citadas pela coordenação como exemplo contributivo advindo da articulação:

A gente tem população, [...] atenção à saúde da pessoa com deficiência, da pessoa negra, LGBT e algumas outras que, enfim, essas minorias. E elas tem pensado e articulado algumas ações com outras políticas, acho que a proposta é de realizar ações em rede e que chegue até a saúde da família, chegue até as pessoas que trabalham diretamente na assistência e na promoção para que elas possam tá realizando ações e tá pensando programas né, programas terapêuticos. Recentemente a gente teve uma experiência com a saúde da população negra, né, que tem adoecido com a doença falciforme, então as práticas integrativas dali em articulação com a Política de Saúde da População Negra e com o hospital que dá assistência a essas pessoas tem realizado grupos terapêuticos, que é o grupo que a gente chama [...] Práticas Integrativas de flexibilidade, oferta cultura, e aí também passa por um processo de cuidado com essa população.

O TABNET DATASUS é um banco de dados federal em que foi analisada a informação registrada sobre Práticas Integrativas e Complementares (PIC) de 2008 a 2017, e mostra que quase 80% das PIC ocorrem na APS, sendo mais comuns as práticas corporais, as plantas medicinais, a acupuntura e a homeopatia.

De acordo com estudo analítico de base bibliográfica e documental a partir do TABNET, *newsletters* e relatórios do Ministério da Saúde (MS) sobre Práticas Integrativas e Complementares (PIC), há pouca regulamentação nacional da formação e da prática em PIC. (TESSER *et al.*, 2018).

A maioria dos praticantes é profissional convencional da APS por iniciativa própria, desempenhando papel de destaque na (pouca) expansão. Estratégias de

institucionalização das PIC na APS envolvem estímulo federal aos municípios via profissionais competentes, matriciamento, educação permanente e ação governamental para sua inserção na formação profissional.

CATEGORIA: INTERSETORIALIDADE (COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE [RECIFE])

A intersectorialidade, materializada por meio de parcerias e impressa com destaque na nuvem de palavras gerada (Figura 3), foi apontada pela coordenação de Atenção Básica municipal de Recife como essencial para que as práticas diárias sejam desenvolvidas:

Nós temos [...], para além dos territórios de saúde da família lembrar das parcerias institucionais da gestão né, porque hoje a gente só consegue muitas das atividades que a gente desenvolve, ou que a gente começa a pensar construir, elas são construídas a partir de uma ação intersectorial. O PSE é um programa que nasce de uma parceria intersectorial, que nasce com duas pernas mas que hoje lança mão de outros parceiros que vão além da secretaria de saúde e da secretaria de educação. (Parte 1)

Em um estudo qualitativo e analítico realizado em Sobral (CE), com foco na Estratégia Saúde da Família, o grupo fez a coleta de dados em maio de 2014 usando a técnica de grupo focal, tendo como temáticas: (a) o entendimento do grupo sobre intersectorialidade; (b) a importância da intersectorialidade no contexto da ESF; (c) ações realizadas na ESF compreendidas como intersectoriais; (d) elementos facilitadores e dificultadores de ações intersectoriais no âmbito da ESF; e, por fim, (e) sugestões para potencializar a realização de ações intersectoriais na ESF.

O estudo mostrou que o exercício da intersectorialidade exige não apenas o desempenho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo necessária também uma política municipal a cujo cumprimento todos os setores, governamentais e não governamentais, e a sociedade civil estejam direcionados. Os autores ainda concluem que a intersectorialidade, apesar do reconhecimento de sua potência, ainda enfrenta muitos obstáculos. Estes passam principalmente pela fragmentação e pelo isolamento das ações no campo da saúde. A superação e o consequente fortalecimento da intersectorialidade residem, entre outros aspectos, na adoção de uma visão sistêmica acerca da realidade (DIAS *et al.*, 2014).

Figura 3. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade, formada com falas obtidas na entrevista com a coordenação de Recife/PE



Fonte: Autoria própria

Como exemplo, a coordenação rememorou a que o PSE por essência traz em sua centralidade a parceria intersetorial e, embora tenha sido inicialmente projetado de forma a funcionar articuladamente em dois eixos centrais, atualmente tem lançado mão de outros parceiros, para além da saúde e da educação, conseguindo estabelecer vínculos também com o Programa Bolsa Família, com a equipe de nutrição, com profissionais assistentes sociais, bem como com os direitos humanos, e colaborando, através da garantia de uma rede de cuidados, para os cuidados em saúde de forma mais assertiva, equânime e integral. Isso porque o setor saúde por si só não é capaz de contribuir sozinho para tal garantia, tal como reafirmado pelos entrevistados:

Hoje a gente tem parcerias muito estabelecidas, não só o PSE, mas por exemplo, o bolsa família, a [...] nutrição, com a assistência social, com os direitos humanos, na garantia da rede de cuidado daquele usuário, na integralidade dele. Além do, o setor saúde sozinho não consegue dar conta.
(Parte 2)

Em um estudo de revisão de revisão da literatura de 2004 a 2017 abordando o tema da intersetorialidade e de políticas públicas de assistência social e saúde, os periódicos da área da saúde se destacaram na busca, seguidos por periódicos do serviço social, da sociologia, da psicologia e da administração pública. Foi encontrado maior número de artigos que tratam dos desafios para a prática intersetorial, principalmente no campo da saúde.

No que diz respeito à abordagem da intersetorialidade no âmbito das políticas públicas, as produções, que se revelaram em menor número global de artigos, também tiveram o campo da saúde como área de maior concentração. De acordo com os achados, a intersetorialidade pode ser compreendida como uma nova lógica de gestão para a superação da forma fragmentada com que são executadas as políticas sociais no país; há também a definição de intersetorialidade como forma planejada e integrada de gestão para garantir maior eficiência, eficácia e efetividade e menor gasto de recursos na administração pública (CARMO; GUIZARDI, 2017).

CATEGORIA: INTERSETORIALIDADE (UBSF SÍTIO DOS PINTOS [RECIFE])

De igual modo, como ressaltado pela coordenação da Atenção Básica, profissionais pertencentes a uma das Unidades Básicas de Saúde da Família entrevistados em Recife, nomeada UBSF Sítio dos Pintos, sinalizaram o exercício da intersetorialidade por meio do estabelecimento de parcerias para além do PSE:

A gente tem articulação tanto com o CAGE, tanto com uma parte social, que fez uma parceira sobre o outubro rosa, e tem também o apoio do NASF que é um núcleo de apoio, também, PSE.

Figura 4. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade, formada com falas obtidas na entrevista com profissionais da ESF da UBS Sítio dos Pintos, em Recife/PE



Fonte: Autoria própria

Um estudo qualitativo realizado no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012, a partir de entrevistas semiestruturadas com oito profissionais do NASF de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Curitiba, mostrou que os profissionais

compreendem a importância e a necessidade de um trabalho interdisciplinar e intersetorial. No entanto, ainda são observados diferentes desafios a serem enfrentados.

Os enunciados dos sujeitos demonstraram que a articulação da rede é focada nos serviços de saúde e que as ações intersetoriais são muitas vezes restritas a encaminhamentos entre os serviços, não havendo, na maioria dos casos, um espaço estruturado e oficial para planejamentos de ações conjuntas. Os autores concluem que, diante das propostas da política de saúde brasileira, torna-se urgente a implementação de técnicas de gerenciamento – foco dado ao matriciamento, a fóruns, comitês, câmaras e núcleos intersetoriais territoriais – que viabilizem a estruturação de espaços de elaboração conjunta de ações, metas e divisão estratégica de funções entre os profissionais (FERRO *et al.*, 2014).

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO SOCIAL (USF SÍTIO DOS PINTOS [RECIFE])

Segundo os profissionais entrevistados na UBS Sítio dos Pintos, a comunidade por eles atendida atua ativamente, não só participando das ações desenvolvidas pelos profissionais na Unidade, mas em sua construção. Para além da comunidade, há o envolvimento de instituições como a universidade e associações de moradores, e as ações são estrategicamente desenvolvidas também em datas comemorativas, como o Carnaval (Figura 5) e nas festas de São João:

A comunidade, ela participa, ela já fez evento com a gente na época do carnaval, no bloco que a gente tem né, que tem o bloco de combate a dengue né que tem em todo carnaval, e a comunidade sai com a gente, e tem o dia da criança que a gente participa com a comunidade, tem a associação dos moradores, a universidade rural, tem as festas de São João.

Figura 5. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, formada com falas obtidas na entrevista com profissionais da ESF da UBS Sítio dos Pintos, em Recife/PE



Fonte: Autoria própria

Um estudo qualitativo com técnica de coleta de dados por meio de entrevistas e grupo focal, realizado em 2006 com trabalhadores e usuários das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) de Fortaleza, mostrou que para os participantes a participação social tem como possibilidades a atuação/intervenção da comunidade nos serviços de saúde e o seu exercício como instrumento de controle social, o qual representa uma conquista de cidadania. O estudo mostrou também que, no âmbito da Atenção Básica à Saúde, o PSF constitui-se como estratégia prioritária na reordenação da lógica de atenção à saúde, mediante o trabalho em equipe e a implementação dos princípios e diretrizes do SUS, em nível local. Sua operacionalização requer, portanto, uma maior atuação com foco na família, num determinado território social, o que pressupõe uma maior aproximação da equipe de saúde com a comunidade, permitindo a criação de espaços para a participação da população nos serviços de saúde (COELHO *et al.*, 2009).

CATEGORIA: GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO (COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA – SECRETARIA MUNICIPAL [RECIFE])

Como primeira forma de gestão do processo do trabalho, a coordenação da Atenção Básica referiu a formação dos profissionais, que em geral é elaborada pela gestão com base na demanda (Figura 6), de acordo com a necessidade epidemiológica

emergente ou, ainda, com base na demanda apresentada pela (e na) equipe:

Então acaba que a gente tem as formações que vêm mais prontas da gestão, que são próprias da demanda ou são próprias da gestão pela própria necessidade epidemiológica que surge, [...] isso sem contar as demandas que surgem das equipes [...]. (Parte 1)

Figura 6. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista com a coordenação da Atenção Básica de Recife/PE



Fonte: Autoria própria

Para além dessa forma de capacitação profissional elaborada pela gestão de saúde, a coordenação referiu ainda a atuação do NASF, contribuindo na gestão do processo, especialmente em nível local, por meio do matriciamento:

[...] Além disso, há atuação do NASF no processo de matriciamento. Que aí é uma coisa mais local [...]. (Parte 2)

Por fim, a coordenação referiu a organização das equipes nas unidades de saúde da família chamadas UPINHAS, que, pelo fato de funcionarem ininterruptamente 24 horas por dia, cooperando para a ampliação do atendimento, têm potencializado os cuidados em saúde aos que possuem dificuldades de comparecer às unidades em horário comercial, a exemplo dos homens:

[...] As UPINHAS são unidades da saúde da família que trabalha e funciona durante 24 horas, [...] tem 3 equipes, [...] e aí a gente vai pra divisão de horário dos profissionais para poder ter esse atendimento, [...] para tá beneficiando as pessoas que não conseguem horário pelo horário regular das Unidades que é de 08 horas às 17 horas, pra pegar mais trabalhador, mais

saúde do homem [...].

De acordo com estudo realizado por Cordeiro *et al.* (2014), a ampliação do horário de funcionamento nas UBS para o período noturno aponta para uma potencial eficácia da estratégia de criar horários alternativos para o atendimento à clientela masculina, sobretudo aos usuários trabalhadores. Contudo, percebe-se que existem fragilidades a serem superadas. Entre elas está o fato de as unidades de atenção primária à saúde serem consideradas pouco aptas a absorver a demanda apresentada pelos homens; sua organização não estimula a inserção dessa clientela, uma vez que as próprias estratégias de saúde pública não se voltam a tal segmento (CORDEIRO *et al.*, 2014).

CATEGORIA: GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO (ESF SÍTIO DOS PINTOS [RECIFE])

Sob o olhar dos profissionais da ESF lotados na UBSF Sítio dos Pintos, a gestão do processo de trabalho consiste na realização de reuniões semanais pela equipe – e às vezes contando com a presença de outros profissionais de coordenações do distrito –, por meio das quais “problemas” (Figura 7), em outros termos “demandas a serem atendidas”, identificados pelos profissionais na comunidade são compartilhados, bem como levados aos profissionais pela comunidade:

A não, a nossa comunicação é toda sexta feira à tarde, nós temos reunião da equipe, muitas vezes com a presença de outros órgãos da prefeitura que vem pra cá, algumas coordenações do distrito e nessa reunião a gente vê os problemas da equipe em si e os problemas que a comunidade traz pra gente [...]. (Parte 1)

Figura 7. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista com profissionais da ESF da UBS Sítio dos Pintos, em Recife/PE



Fonte: Autoria própria

Além disso, referiram organizarem-se todos os dias pela manhã para ministrarem palestras, com vistas não só a esclarecer a comunidade sobre o funcionamento da UBS e os atendimentos nela realizados, como também fornecer informações sobre os cuidados em saúde da população:

[...] e todo dia de manhã existe uma palestra que é dado por um agente de saúde, ou algum profissional do superior, relativa não só funcionamento e atendimento do posto, mas também alguma coisa relacionada com a saúde da população. (Parte 2)

Um estudo analisou os processos de trabalho desenvolvidos em uma unidade de saúde da família. Trata-se de um estudo de caso que utilizou, como material empírico, o diário de campo baseado na observação participante. Como resultado, ele aponta as potencialidades das atividades educativas e culturais realizadas pela unidade. Os limites relacionam-se com a deficiência na formação dos trabalhadores, a subutilização das ferramentas de informação em atenção básica e a forma de gestão baseada em controle. Em conclusão, pontua a necessidade de revisão da organização do trabalho com base na análise dos processos de trabalho em curso (REIS *et al.*, 2007).

CATEGORIA: TRABALHO EM REDE/COESÃO (COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE [RECIFE])

Na categoria Trabalho em Rede/Coessão, a coordenação da Atenção Básica municipal de Recife sinalizou como experiência exitosa o fato de haver pessoas sendo cuidadas por meio das práticas integrativas, as quais têm favorecido não somente a

adoção de mudanças de vida, contribuindo para melhorias na saúde, mas também a visão da comunidade quanto aos serviços ofertados nas unidades em âmbito municipal e a ressignificação de problemas familiares, sociais e pessoais:

[...] o que eu posso dizer é o que [...] experiência exitosa do ponto de vista dos resultados, [...] as pessoas [...] estão sendo cuidadas a partir das práticas integrativas. Escutar relatos dessas pessoas, o que elas me dizem sobre o serviço, o quanto elas mudaram de vida, o quanto elas recuperaram a saúde, mas não só, elas ressignificaram problemas familiares, [...] problemas sociais. [...] Pelas vivências dentro das práticas integrativas montaram projetos pessoais [...]. (Parte 1)

Como êxito obtido por intermédio das práticas integrativas, a coordenação apontou o fato de que pessoas, antes em quadro depressivo, ao praticarem biodança não só melhoraram, como atualmente têm atuado como facilitadoras:

[...] As pessoas com depressão [...] têm praticado biodança, [...] aí algumas pessoas depois de seguir 2, 3 anos nesse grupo bom, agora elas vão ser facilitadoras de biodança [...]. (Parte 2)

Um estudo de revisão integrativa constatou que as práticas integrativas usadas na promoção da saúde mental e no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas tem uma importante função de desconstruir e formular novas maneiras de pensar, além de quebrar o paradigma do modelo assistencial, focado apenas na ciência moderna centrada no biologicismo. Essas práticas constroem novas formas de cuidado, estabelecendo uma relação entre profissional e paciente e estimulando o usuário a lidar com a doença e comprometer-se com o tratamento (SOUZA *et al.*, 2017).

Além das práticas acima citadas, referiram a realização de atividades, abrindo espaço para que mães compartilhassem depoimentos no dia da amamentação. Essa atividade tem sido relevante – com destaque na fala da coordenação (Figura 8) –, auxiliando a manter “em alta” a temática nas UBS:

[...] Com eles, na amamentação a gente fazia no dia da amamentação tem depoimento das mães a gente faz mais da amamentação porque é isso, aquele negócio que tá em cima da gente né? (Parte 3)

5.2. CAMPO GRANDE/MS

Após contato com os coordenadores da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e, em seguida, com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), executou-se a pesquisa de campo em Campo Grande. Participaram da pesquisa equipes das unidades de saúde: UBSF Nova Lima e UBS São Benedito, bem como a coordenação da Atenção Básica de Saúde municipal.

Tabela 2. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo o Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB), agosto de 2018

Município	Nº de Habitantes	Total de Equipes de Saúde da Família	Cobertura Populacional da ESF	
			%	N (Pessoas)
Campo Grande/MS	2.778.986	153	74,57	2.231.849

CATEGORIA: UNIVERSALIDADE (COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA SESFACS – SERVIÇO DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE)

A coordenação municipal externou a necessidade de ampliação da Estratégia Saúde da Família (Figura 9), em especial para favorecer o atendimento aos cuidados em saúde, sobretudo o da população mais vulnerável:

A gente quer expandir saúde da família, né... O ideal seria que toda a população fosse assistida ou, pelo menos, em todas as áreas a gente priorizasse a população mais vulnerável [...].

Figura 9. Nuvem de palavras da categoria Universalidade, obtida na entrevista com a coordenação da Atenção Básica de Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

Além disso, referiu dificuldade para alcançar 100% de cobertura, em decorrência da resistência da população que reside em áreas mais nobres, não aderindo à ESF e recusando-se por vezes em receber em suas casas o agente comunitário de saúde:

[...] é a gente tem visto modelos de outros municípios que não é 100%, porque tem área nobre que você não consegue nem fazer visita que eles não recebem nem o agente comunitário.

Um estudo do tipo ecológico de séries temporais com dados secundários referentes ao número de equipes implantadas de saúde da família e às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) no SUS de 2001 a 2016 mostrou a redução em 45% das taxas padronizadas de ICSAB por 10.000 hab., que passaram de 120 para 66 no período de 2001 a 2016. Apesar de não ser possível isolar os efeitos da atenção primária, é bastante plausível que o resultado da redução de ICSAB esteja vinculado ao avanço da cobertura da ESF no Brasil, em especial na melhoria do acompanhamento das condições crônicas, no aprimoramento do diagnóstico e na facilidade do acesso aos medicamentos (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

CATEGORIA: EQUIDADE (COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA [CAMPO GRANDE] – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)

Como forma de materializar a equidade no município de Campo Grande, a coordenação referiu haver uma gerência técnica para trabalhá-la na saúde, a qual, juntamente a profissionais do Consultório na Rua, tem atuado como um grupo condutor

CATEGORIA: EQUIDADE (EQUIPE UBSF NOVA LIMA [CAMPO GRANDE])

Sob a visão dos profissionais da UBSF Nova Lima, a busca ativa tem sido um canal para a garantia da equidade em saúde. Citando como exemplo a população em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas, os entrevistados disseram que, não fosse a busca ativa, essa comunidade em vulnerabilidade não seria atendida, visto que por conta própria não procurariam o serviço de saúde municipal para seus cuidados em saúde:

População de rua [...] não vem na Unidade [...] e usuários não vem na Unidade [...]. Essas pessoas, você marca consulta e eles não vêm [...]. Então, a gente costuma fazer busca ativa.

Figura 11. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista com profissionais da UBS Nova Lima, em Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

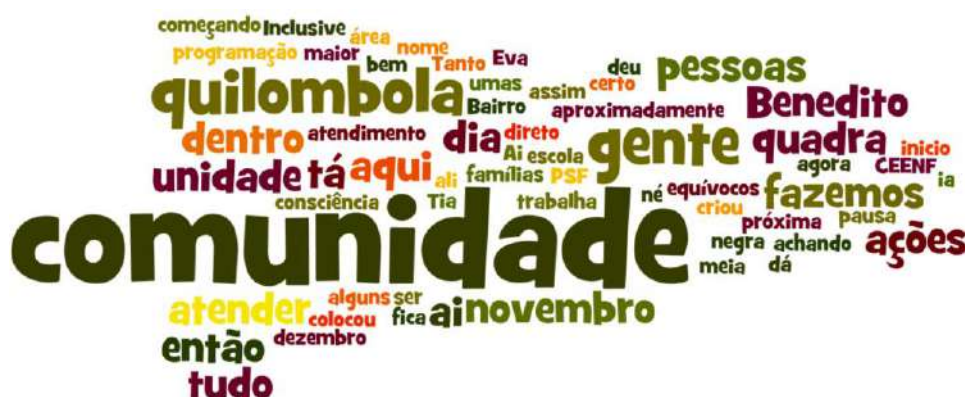
Um estudo descritivo qualitativo realizado entre abril e junho de 2017 mostrou que as estratégias facilitadoras do cuidado envolveram redução de danos, trabalho em equipe, criação de vínculo com os usuários, compromisso da equipe e parceria com os demais elementos da Rede de Atenção Psicossocial, sendo que entre os fatores que dificultam os cuidados estão o déficit de autocuidado, estrutural e de recursos humanos, e o preconceito. Os profissionais possuem conhecimento da finalidade e da importância da equipe do Consultório na Rua no fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (BITTENCOURT, 2019).

CATEGORIA: EQUIDADE (EQUIPE DA UBS SÃO BENEDITO [CAMPO GRANDE])

Profissionais da UBS São Benedito referiram, como exemplo da busca pela garantia da equidade em saúde, o trabalho com uma comunidade quilombola (Figura 12) pertencente à área de abrangência/cobertura por eles atendida:

[...] a gente tem a comunidade quilombola, que fica aqui a uma quadra e meia [...], uma comunidade com 400 pessoas aproximadamente, que dá umas 120 famílias, então essa comunidade tá aqui dentro. Ai o que a gente trabalha com eles? [...] nós fazemos tudo dentro da comunidade quilombola, então o atendimento com eles é bem direto ali [...].

Figura 12. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista com profissionais da UBS São Benedito, em Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

De acordo com Freitas *et al.* (2011), a literatura demonstra que ainda existe uma grande disparidade na atenção à saúde no Brasil, e que é necessário o envolvimento social e profissional para a alteração dessa realidade. É fundamental que todas as profissões de saúde despertem para esse grande desafio e possam se unir numa corrente inter, multi e transdisciplinar, aumentando a proximidade a importantes grupos de brasileiros que, por uma motivação triste de nosso passado, estiveram e ainda estão excluídos do processo atual de desenvolvimento.

CATEGORIA: INTERSETORIALIDADE (COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA [CAMPO GRANDE] – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)

Como forma de trabalho intersetorial, a coordenação da Atenção Básica de

Campo Grande referiu o esforço que faz para que as equipes da AB se comuniquem com os outros níveis da atenção à saúde, citando como exemplos a linha de cuidados com a pessoa desde gestante, até seu puerpério e quando nutriz, e os cuidados com o bebê; citou também a linha de cuidados com pacientes diabéticos, hipertensos e relativa aos agravos provocados por arboviroses, como dengue e zika. Os setores atuam de forma articulada e integrada visando a organizar o acesso e o cuidado, que extrapolam a Atenção Básica, e contribuindo para elaborar estratégias mais assertivas, efetivas e eficazes:

A gente tenta fazer com que essas equipes se comuniquem com outros níveis de atenção, pegando um exemplo das gestantes que estão cadastradas por aquela unidade conduzida, maternidade de atenção básica acompanhando, nós temos aqui um programa, um projeto de saúde com agentes acolhedoras, que são técnicas de enfermagem voltadas para atenção básica nas maternidades, que elas fazem um acolhimento dessas gestantes na maternidade e depois quando bebê nasce, elas devolvem, elas fazem a interrupção com a atenção básica, fazem uma agenda prévia pra que ela faça a continuidade do cuidado como nutriz, como puérpera, ir com o bebê na primeira consulta, então a gente tenta fazer essa via de comunicação pra que isso. [...] Na atenção ao diabético, hipertenso, [...] da mesma maneira [...]. Então a gente tenta trabalhar com essa via de comunicação e integração. [...] Agora, com essa história da Zica, por exemplo, a gente tem ali a vigilância junto com a atenção básica, tentando organizar o acesso e o cuidado que extrapola a atenção básica [...]. Então assim, em cada área assistencial, com cada linha de cuidado, com cada rede de atenção, a gente tenta fazer essa organização conforme com as diretrizes [...]. (Parte 1)

Para além de buscar estimular a articulação entre os profissionais, a coordenação referiu ainda seu próprio comprometimento em provocar agendas em comum, destinadas aos cuidados em saúde dos munícipes, junto a outras secretarias (como a Secretaria de Assistência Social), bem como a formação de conselhos, citando um destinado especificamente à redução de danos:

[...] não só isso, mas a gente trata junto, por exemplo, com a secretaria de assistência social, hoje mesmo, parte da equipe esta no conselho... grupo condutor de redução de danos. (Parte 2)

Figura 13. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista com a coordenação da Atenção Básica de Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

Em um estudo observacional longitudinal que utilizou informações clínicas e laboratoriais dos prontuários dos pacientes diabéticos e hipertensos entre 2012 e 2017, os desfechos avaliados foram baseados nas linhas-guias da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Os resultados evidenciaram o Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas (LIACC) associado à universalização de macroprocessos da atenção primária, como o cadastramento e a classificação do risco familiar. Para pacientes com diabetes houve melhora em diversos marcadores no período, como o aumento da realização de consulta (de 90% em 2012 para 92% em 2017) e a diminuição dos pacientes com exames fora das faixas de normalidade. Já para indivíduos com hipertensão, mesmo sendo observado um crescimento acentuado da realização de consultas (de 80% em 2012 para 84% em 2017), as melhorias clínicas foram menos evidentes (ANDRADE *et al.*, 2020).

CATEGORIA: INTERSETORIALIDADE (COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA SESFACS – SERVIÇO DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE [CAMPO GRANDE])

Sob o olhar da coordenação da ESF e de agentes comunitários de saúde entrevistados em Campo Grande, a intersectorialidade materializa-se através da busca de apoio (Figura 14) em outras instituições, a exemplo das universidades:

Então a gente busca apoio nas outras instituições pra nos ajudar. As universidades [...] dão muito apoio, a gente trabalha com todas as universidades a gente tem parceria. [...]. (Parte 1)

Figura 14. Nuvem de palavras da categoria Intersectorialidade, obtida na entrevista com a Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, em Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

Intrasetorialmente, referiram articulações visando ao fortalecimento das redes de cuidados em saúde. Apesar disso, constataram a necessidade de se trabalhar mais nesse sentido, reconhecendo que, se não houver um trabalho intrasetorial, o desenvolvimento de uma rede mais sólida e fluida torna-se inviável:

[...] Intra a gente articula aqui pra ficar em rede, mas a gente precisa trabalhar nisso ainda, se a gente não trabalhar intra, não tem como desenvolver uma rede [...]. (Parte 2)

Um estudo teórico reflexivo baseado na literatura científica sobre conceitos teóricos e marcos legais das Redes de Atenção à Saúde mostrou que estas se revelam como uma estratégia para a integração dos serviços e são uma alternativa na qualificação do cuidado. Para os autores, experiências nacionais e internacionais indicam que o cuidado em rede garante maior eficácia das ações de saúde, com cuidados múltiplos pautados em uma integração sistêmica, superando o modelo verticalizado (DAMACENO *et al.*, 2020).

CATEGORIA: INTERSETORIALIDADE (EQUIPE UBSF NOVA LIMA [CAMPO GRANDE])

Segundo os profissionais da equipe pertencente à UBSF Nova Lima, a intersectorialidade tem se processado por meio do estabelecimento de parcerias fixas, a saber: com ACI, escolas, conselho local, igrejas e algumas organizações não governamentais:

A gente já tem parceria(s) [...] fixas, né, com ACI, com escola, com conselho local, algumas igrejas procuram também pra gente tá trabalhando com tema. Com ONGs né, nos temos muitas ONGs – nossas ONGs, nós temos 3 ou 4 ONGs.

[...] quando a gente precisa de apoio para fazer alguma atividade também, “ah, eu preciso ir para aquele centro comunitário, preciso de um local para fazer tal coisa”, a gente sempre tem as parcerias.

Figura 15. Nuvem de palavras da categoria Intersectorialidade, obtida na entrevista com profissionais da UBS Nova Lima, em Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

Um estudo que teve como objetivo explorar ações intersectoriais desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal na Rede Municipal de Saúde de Curitiba/PR e analisar a percepção dos gestores locais ligados a essas equipes sobre a intersectorialidade mostrou que a realização de práticas intersectoriais é ainda um desafio a ser conquistado, mas que é uma prática possível, principalmente quando amparada e estimulada por uma boa gestão local.

A prática da intersectorialidade precisa ser inserida na rotina de gestores e profissionais de saúde, para que ações de promoção da saúde não se tornem a repetição de modelos conhecidos e reconhecidamente pouco impactantes na melhoria de condições de saúde bucal da população. A responsabilidade sobre essa nova forma de olhar e cuidar não deve ser atribuída exclusivamente a esses atores, mas a políticas

voltadas a facilitar a articulação dos setores governamentais e não governamentais, o controle e a responsabilização social, estimulando a educação continuada de profissionais de saúde no protagonismo dessas ações (MORETTI *et al.*, 2010).

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO SOCIAL (EQUIPE UBSF NOVA LIMA [CAMPO GRANDE])

Quanto à participação social, profissionais da UBSF Nova Lima entrevistados sinalizaram que os usuários têm sido bastante ativos, participando sempre que são chamados, seja para eventos ou para reuniões, incluindo aquelas referentes aos conselhos. Os usuários externam sempre seus pontos de vista, suas opiniões, sugestões e críticas, tornando produtivos esses encontros:

Os usuários são bem participativos, toda vez que a gente chama e fala que vai ter uma ação, que vai ter um evento eles vêm [...]. Vai ter alguma coisa, a articulação é legal assim, eles frequentam bastante a unidade. E quando [...] chamados pra uma reunião estendida, uma reunião do conselho... [...] eles participaram, participaram mesmo de darem opiniões né, sugestões, críticas, foi bem produtiva essa reunião.

Figura 16. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista com profissionais da UBS Nova Lima, em Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

De acordo com Coelho (2012), quando se adota o conceito ampliado de saúde a participação social torna-se condição *sine qua non* para seu exercício pleno. Não se pode considerar saudável uma população alijada do processo de decisão sobre os rumos da saúde pública; por isso, uma das bandeiras defendidas pelo Movimento de Reforma

Sanitária foi a institucionalização da participação. O envolvimento da população permite a ela se apropriar de sua saúde e conduz à formação da consciência sanitária, que se estende às demais questões sociais. Nesse processo, alcançam-se amadurecimento político e ampliação da cidadania, essenciais ao desenvolvimento de uma sociedade justa e distante das tradicionais práticas opressivas de poder.

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO SOCIAL (EQUIPE DA UBS SÃO BENEDITO [CAMPO GRANDE])

Sob a visão dos profissionais da UBS São Benedito entrevistados, a participação social, embora existente, revelou-se ainda incipiente, passível de ser fortalecida tanto por parte dos profissionais como dos usuários, além de precisar ser mais estimulada:

Não posso te falar que a participação é [...] 100%, porque [...] dentro do processo de saúde como um todo, né, se a gente for avaliar pela gente é muito pequeno, mas assim, eles participam na medida do possível e assim quando a gente chama eles participam, nós temos o conselho local e eles comparecem, esses grupos mesmo que a gente faz aqui de gestante, de saúde mental, eventualmente de outras atividades, quando eles comparecem eu tenho que concordar que isso é uma forma de participar sim, mesmo que tenha sido especificamente para um assunto.

Figura 17. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista com profissionais da UBS Nova Lima, em Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

A coordenação da ESF e agentes comunitários de saúde entrevistados em Campo Grande referiram ainda a existência do conselho local, presente em todas as UBS nos quatro distritos sanitários existentes. Embora tenham externado a necessidade de ampliação do número de distritos para consequentemente expandir o número de

conselhos locais, referiram que o conselho municipal tem sido sobremaneira ativo e atuante, contando com a participação de todos os segmentos da sociedade, e é por eles considerado um dos melhores do país:

[...] Então, nós temos conselho local em todas as unidades de saúde, 100% das unidades de saúde. A gente tem 4 distritos sanitários aqui. Acho que são poucos. Acho isso uma coisa deficiente que temos aqui. A gente carece de uma melhor divisão territorial. [...] Nós só temos 4 e precisamos de no mínimo 7 distritos sanitários, cada distrito dos 4 tem um conselho distrital de saúde e o nosso conselho municipal, que eu acho, em termos de atuação, um dos melhores do Brasil, ele é superatuante, ele tem participação de todos os segmentos [...].

Para Gerschmana (2004), ainda que a relação entre representantes e representados aconteça via reuniões, periódicos ou meios de comunicação próprios das entidades, o envolvimento das comunidades como uma forma de interferir na gestão pública é baixo, dada a descrença sobre a contribuição que os conselhos podem dar para a melhoria das condições de saúde da população.

CATEGORIA: ACESSO (TERRITÓRIO, UTILIZAÇÃO, RELAÇÕES)
(COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA [CAMPO GRANDE] – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)

A coordenação da Atenção Básica de Campo Grande pontuou, como forma organizativa de acesso, o trabalho por meio da construção de agendas. Entretanto, referiu dificuldades (Figura 18), em especial no que tange à alocação, à expansão e à distribuição de profissionais médicos entre as unidades de saúde tradicionais e de saúde da família, principalmente os especialistas em pediatria e ginecologia:

A gente trabalha com agenda, eu acho que esse é o maior desafio, pra mim, pra nós na Atenção Básica, agenda [...]. Nós temos dificuldade na área médica, a gente tem dificuldade com a lotação, tanto pra expansão, pra posição de profissionais na equipe e também [...] a dificuldade de ter o pediatra e o ginecologista nessas unidades modelos tradicional ou mesmo pra compor equipes.

Figura 18. Nuvem de palavras da categoria Acesso (Território, Utilização, Relações), obtida na entrevista com a coordenação da Atenção Básica de Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

Para Ribeiro *et al.* (2004), a construção de um novo modelo assistencial em saúde – no sentido dos valores propostos pelo SUS e que aparecem, em parte, no PSF – é um desafio. É essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sociopolíticas, materiais e humanas que viabilize um trabalho de qualidade para quem exerce e para quem recebe a assistência.

CATEGORIA: ACESSO (TERRITÓRIO, UTILIZAÇÃO, RELAÇÕES) (EQUIPE UBSF FERNANDO ARRUDA [CAMPO GRANDE])

Profissionais da UBSF Fernando Arruda, em Campo Grande, referiram que a acessibilidade se constitui como uma potência; entretanto, destacaram como limitante o fato de os usuários acharem morosos os serviços prestados na Atenção Básica, optando por procurar outros níveis de atenção à saúde em detrimento de fazerem da Atenção Primária à Saúde a porta de entrada:

Então a acessibilidade é a potência [...] o problema é a questão que as pessoas acham que têm a demora e tudo isso, e acabam indo pra outra porta de entrada que não é a atenção básica [...]. (Parte 1)

Apesar desse desafio a ser superado, os profissionais apontaram que o serviço ofertado leva em consideração as realidades locorregionais, sendo os usuários atendidos em suas necessidades. Para além disso, afirmaram haver acesso (proximidade/vínculo) entre a unidade e a comunidade por ela atendida:

[...] Também tem a [...] questão social da região, [...] realidade diferente né, [...] a parte [...] da vulnerabilidade mesmo. Aqui [...] as pessoas são bem atendidas e [...] tem esse acesso com a unidade e a comunidade.

Figura 19. Nuvem de palavras da categoria Acesso (Território, Utilização, Relações), obtida na entrevista com profissionais da UBS Fernando Arruda, em Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

Um estudo publicado em 2008 fez a avaliação de acesso e acolhimento na atenção básica a partir de percepções de usuários e profissionais de saúde de unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família em três capitais do Nordeste brasileiro. Os resultados mostram que a ampliação do acesso, com desproporções entre oferta potencial, atendimento à demanda e dificuldades de referência e o acolhimento como tecnologia operacional é um processo em construção, variando nas unidades de saúde da família em níveis de concepção e estratégias de reorganização cotidiana do trabalho, e inexistente nas unidades básicas de saúde (SOUZA *et al.*, 2008).

CATEGORIA: GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO (COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA [CAMPO GRANDE] – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)

Quanto à gestão do processo de trabalho, a coordenação da Atenção Básica destacou o matriciamento e o trabalho articulado entre as equipes e o CAPS (Figura 20). Isso tem corroborado para a qualificação da atenção à saúde prestada, além de ampliar e fortalecer os cuidados em saúde mental no nível municipal; no entanto, ainda não se encontram estes tipos de cuidados em saúde vinculados à atenção especializada e na

Atenção Básica, algo que os entrevistados lamentam, trazendo prejuízos ao entendimento deles quanto ao próprio modelo e, por conseguinte, a como colocá-lo em prática, maximizando todo o seu potencial:

Está acontecendo um trabalho de matriciamento, então como esses casos foram regionalizados, as equipes desses CAPS, eles têm ido até a unidade pra trabalhar as equipes, e sempre levando ao um caso da própria unidade e esse momento que essa equipe do CAPS vai até lá, eles tentam fazer essa troca pra qualificar essa atenção, pra fortalecer e abrir essa fonte de comunicação entre a saúde mental aqui no nosso município [...]. (Parte 1)

[...] Infelizmente, não está na atenção básica, está na atenção especializada, porque quando o ministério organizou a saúde mental naquele momento não entendeu, naquele momento há muitos anos atrás, que ele deveria estar lá na atenção especializada, então hoje o município está enfrentando assim uma dificuldade pra entender esse modelo, o CAPS especializado. [...] A gente não tem psiquiatra no NASF, mas a gente tem a equipe do CAPS que está dando esse suporte pra Atenção Básica. Nós temos uma agenda mensal de educação permanente, e não só isso, mas pra trabalhar o matriciamento junto com as equipes também. [...] fazendo um monitoramento, quando a gente vê que alguma unidade, alguma equipe tem alguma necessidade, é, a equipe ela vai até o local pra dar esse apoio pra equipe e fazer esse matriciamento, ou às vezes, levando outro profissional pra poder fazer essa troca ou passar alguma informação [...]. (Parte 2)

Figura 20. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista com a coordenação da Atenção Básica de Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

Ao fim, destacou-se ainda a existência de um gerente em todas as unidades de saúde, o qual tem por atribuição ser o articulador entre a equipe, o distrito sanitário e o nível central, podendo ser profissional de qualquer área de formação no campo da saúde:

[...] Todas as unidades tem o seu gerente. Esse gerente é o articulador, uma

equipe, e junto com o distrito sanitário no nível central. O gerente pode ser qualquer profissional da área da saúde. (Parte 3)

Um estudo que analisou os sentidos pessoais e as significações sociais das atividades de atenção em saúde mental desenvolvidas por profissionais integrantes de uma equipe de saúde da família observou que a equipe considera relevante a determinação das condições de vida no processo saúde-doença da população atendida; a necessidade de lançar mão de estratégias diversificadas no cuidado para além da consulta; a importância de cuidar da saúde mental da própria equipe, bem como dificuldades na abordagem da família. Indicam-se como importantes, para o trabalho cotidiano das equipes, as possibilidades de superação da exclusividade do núcleo biomédico na determinação do processo saúde-doença apontadas nos princípios operacionais da Estratégia Saúde da Família e expressas na utilização do acolhimento como recurso de cuidado, na constituição de vínculos e responsabilização e na continuidade da atenção (VECCHIA, 2009).

CATEGORIA: GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO (EQUIPE UBSF NOVA LIMA [CAMPO GRANDE])

Os profissionais da equipe pertencente à UBSF Nova Lima entrevistados referiram, como forma contributiva para a gestão do processo de trabalho, a educação continuada proporcionada pela Secretaria de Saúde, sendo eles constantemente chamados para tal. Como contrapartida, assumem o compromisso de repassar aos demais profissionais das equipes as informações compartilhadas/disponibilizadas:

O trabalho da educação continuada né, na secretaria. Então assim, constantemente a gente é chamado pra fazer [...] e quando nós vamos pra esse curso nós temos que ter aquele dever de tá repassando isso pros demais profissionais. Então geralmente a gente salva os cursinhos por pen drive as aulinhas né e [...] na sexta feira a tarde que é o período que a gente tem mais tempo pra sentar com o pessoal da unidade a gente vai repassando isso.

Figura 21. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista com profissionais da UBS Nova Lima, em Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

Um estudo de pesquisa descritiva e exploratória desenvolvida em um hospital universitário com a participação de 50 enfermeiros evidenciou que os enfermeiros acreditam na educação continuada, e a maioria desenvolve essa atividade anualmente. As estratégias de ensino-aprendizagem predominantes são exposição dialogada e problematização de casos; os programas englobam habilidades técnicas e comportamentais; e a avaliação é feita por meio de auditoria. No estudo também foram sugeridas melhorias na estrutura física, recursos didáticos, planejamento e motivação para maior adesão da equipe (BEZERRA, 2012).

CATEGORIA: INTEGRALIDADE (COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA [CAMPO GRANDE] – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)

A coordenação da Atenção Básica destacou que, para materializar a integralidade no município, tentaram organizar as redes. Existem, por exemplo, o CAPS, a rede para pacientes crônicos e a rede cegonha, considerados “grupos condutores”, aos quais as demandas são levadas para que juntos tracem as estratégias e adotem as condutas de modo a dar a resolutividade necessária a cada uma das demandas apresentadas:

Então, é como falei aqui pra vocês, aqui a gente tentou organizar as redes. Nós temos CAPS, [...] rede de crônicos, rede cegonha, [...] existe deficientes. Então nós temos os grupos condutores, nesses grupos condutores são levadas as demandas [...] seja da Atenção Básica ou quando aparece algum

problema. Por exemplo, dentro da Rede de crônicas, começou uma situação lá do nível terciário com as clínicas de nefrologia, elas falaram tipo assim que não estava chegando paciente crônico pra elas. Então o grupo se juntou, conversou e organizou uma estratégia pra levantar os possíveis pacientes crônicos, pra que houvesse essa organizada de um protocolo, enfim, então assim sempre tratando os diversos níveis de atenção pra que possa ser melhorado esse fluxo, seja do protocolo de acesso, protocolo distrital.

Figura 22. Nuvem de palavras da categoria Integralidade, obtida na entrevista com a coordenação da Atenção Básica de Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

Para Bonfada (2012), efetivar a integralidade em todo o sistema de saúde extrapola o desejo individual; portanto, a organização tecnológica que tem como eixo norteador a integralidade da atenção é uma decisão política que deve ser institucionalizada e incorporada pelos profissionais de saúde.

CATEGORIA: GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO (EQUIPE UBSF TRÊS BARRAS [CAMPO GRANDE])

Profissionais da UBSF Três Barras referiram como forma de gestão do processo de trabalho a educação permanente, a qual tem sido uma prática rotineira no município, em especial a relacionada à saúde do trabalhador e à saúde da mulher, conduzida por profissionais nessas áreas envolvidos:

A educação permanente, a gente tem tido rotineiramente o pessoal da saúde do trabalhador que eles fazem um trabalho de educação permanente com uma certa rotina. Então vindo com a saúde do trabalhador e aquela médica também a Dorinha, que é da saúde da mulher.

Figura 23. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista com profissionais da UBSF Três Barras, em Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

Um relato de experiência da implantação de ações de saúde do trabalhador nos serviços de Atenção Básica no município de Amparo, no estado de São Paulo, ocorrida durante a gestão do período 2001 a 2008 indicou que a Estratégia Saúde da Família (ESF), ao lado de outros elementos – como o modelo de matriciamento com ação pedagógica contínua e participação nos colegiados de gestão, a educação permanente e o protagonismo dos trabalhadores da saúde –, mostrou ser um facilitador do processo. Como elementos estruturantes da construção efetivada, apontam-se o modelo de gestão colegiada adotado pela secretaria e a forma de implantação do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador no município (DIAS, 2011).

CATEGORIA: GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO (EQUIPE UBSF SÃO BENEDITO [CAMPO GRANDE])

Profissionais da UBSF São Benedito, em Campo Grande, referiram que a clínica ampliada tem colaborado para tirar o foco dos atendimentos em saúde centrados no médico – algo fortemente impresso na nuvem de palavras gerada (Figura 24) – e que vêm se empenhando para que toda a equipe participe de todas as atividades, bem como para a conscientização dos usuários, de modo que percebam que, ao adentrarem na UBSF, há outros profissionais para além do médico:

Ampliada, totalmente ampliada. O objetivo é exatamente esse, é tirar a visão

de né, do médico e médico e médico. Então a gente tenta fazer com que a equipe participe de todas as atividades e que um usuário entre aqui e perceba que além do médico existem outros profissionais. (Parte 1)

Figura 24. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista com profissionais da UBSF São Benedito, em Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

Além disso, como forma de gerir o processo de trabalho, ressaltaram a realização de reuniões mensais, iniciadas pelos gerentes das unidades e envolvendo todas as equipes existentes. Posteriormente, as equipes realizam reuniões entre seus membros, comumente sob a coordenação de um profissional enfermeiro:

[...] É assim, geralmente as unidades que tem duas, três, quatro equipes eles têm esse sistema de fazer reuniões mensais, geralmente o que os gerentes das Unidades fazem? Fazem uma reunião com todo mundo, pra repasse de informações e tal, e depois as equipes se separam para fazer reuniões entre elas, sob a coordenação geralmente do enfermeiro. (Parte 2)

Um relato de experiência impulsionado pelo Programa Pró-Saúde, pela PNH e por docentes do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM) comentou uma reestruturação do atendimento clínico ofertado, resultando na implantação da Clínica Ampliada (CA). O trabalho mostrou que a clínica ampliada está estruturada para acolher o usuário em um ambiente multiprofissional, direcionando-o dentro de um fluxograma até sua alta, promovendo a autonomia na manutenção de sua saúde bucal. A CA tem dado subsídios para melhorar a visão do cuidado integral do usuário da clínica odontológica da UEM, fortalecendo a formação acadêmica e o cuidado prestado à comunidade (HAYACIBARA *et al.*, 2012).

CATEGORIA: TRABALHO EM REDE/COESÃO (COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE [CAMPO GRANDE])

Por meio do trabalho em rede, a coordenação da Atenção Básica de Campo Grande compartilhou a conquista de uma transformação da realidade local com a construção de uma unidade básica de saúde da família e de um CEI em uma área onde anteriormente havia um lixão:

Área de lixão, que era uma antes totalmente favela, naquele momento que plantou essa Unidade de Saúde da Família, não só a unidade, implantou o CEI e tal naquele local [...]. (Parte 1)

Figura 25. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coessão, obtida na entrevista com a coordenação de Atenção Básica de Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

Segundo os entrevistados, isso permitiu ampliar e fortalecer trabalhos de cuidados em saúde onde anteriormente não havia, a exemplo de ações relacionadas à dengue e ao zika vírus, além de outras em resposta às demandas que surgem. Essas ações têm contribuído para a transformação da realidade local (Figura 25), ao ensejarem mudanças na visão da população sobre os cuidados em saúde:

[...] Então houve assim uma transformação, na realidade local [...]. Tem várias ações, dentro da dengue, dentro do Zika vírus, então são várias ações que são realizadas de acordo com a saúde, de acordo que vai acontecendo, que vai acrescentando na população, que vai mudando a visão da população, então assim, tem vários exemplos praticados que podemos dar, esse do lixão

é um. (Parte 2)

Um estudo considerou questões de epidemiologia, sanitarismo, clima e modelos matemáticos para resultados sobre casos de epidemias de dengue e chikungunya na cidade de Quixadá/CE entre 2016 e 2019, com dados epidemiológicos fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e dados climáticos fornecidos pelo FUNCEME, pelo INMET e pelo INPE. As informações sobre condições sanitárias foram qualitativamente inferidas por entrevistas com os moradores do município, além de registros fotográficos e notícias compiladas em jornais/portais online. Os autores mencionam que a condição sanitária da cidade provou ser o principal fator de notificação dessas doenças durante o período do estudo, resultando em uma relação matemática diretamente proporcional entre casos confirmados de arboviroses e acúmulo de lixo. O sistema difuso aplicado foi assertivo próximo a 90%, o que indica ser consistente e habilitado para os objetivos almejados, gerando diagnósticos e prognósticos para casos futuros dessas arboviroses, criando políticas públicas eficientes que atendam plenamente a população (SILVA *et al.*, 2020).

CATEGORIA: TRABALHO EM REDE/COESÃO (COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA SESFACS – SERVIÇO DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE [CAMPO GRANDE])

Como forma de trabalho em rede, os profissionais da UBSF Nova Lima rememoraram um episódio em que, com empenho e união de toda equipe, puderam contribuir para melhorar as condições higiênico-sanitárias na casa de um senhor idoso em vulnerabilidade não somente econômica, mas social e familiar:

[...] aconteceu aquele caso do senhor [...] A gente chegou até ir na casa fazer visita, pegar arregaçar as mãos e limpar a casa porque ele não tinha parente nenhum. As mãos dele, [...] atrofiadas e ele não conseguia tomar banho, não tinha chuveiro. Não tinha condições nenhuma. Nem banheiro ele não tinha. Fazia as necessidades no matinho. Então a gente percebeu que não tinha como ficar ali esperando alguém vir de lá ou de cá. A gente pegou, foi na assistente social, fizemos a limpeza; o que era necessário e conseguimos dar um banho.

Figura 26. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coessão, obtida na entrevista com a Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, em

Campo Grande/MS



Fonte: Autoria própria

De acordo com Pereira e Teixeira (2013), a política de assistência social assegura o desenvolvimento de um trabalho articulado em suas ações e reforça a necessidade de se estabelecerem atividades interinstitucionais e intersetoriais com as demais políticas sociais no atendimento das demandas da população.

5.3. GOIÂNIA/GO

Após contato com os coordenadores da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e, em seguida, com as Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), executou-se a pesquisa de campo em Campo Grande. Participaram da pesquisa equipes das Unidades Básicas de Saúde Garavelo B e Jardim Primavera.

Tabela 3. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo o Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB), agosto de 2018

Município	Nº de Habitantes	Total de Equipes de Saúde da Família	Cobertura Populacional da ESF	
			%	N (Pessoas)
Goiânia/GO	1.466.105	192	45,18	662.400

CATEGORIA: UNIVERSALIDADE (GOIÂNIA)

No município de Goiânia, os entrevistados referiram ter 100% de cobertura da Atenção Básica, embora tenham afirmado também não haver agente de saúde cobrindo todas as microáreas:

Aqui é 100% coberto. Nós temos mais de 1.000 famílias, a gente joga 3.9 por família, então dá quatro mil pessoas por equipe [...]. É pra ser coberto, eu falo assim porque não tem agente de saúde nas microáreas [...]. (Parte 1)

Pontuaram também que, pelo fato de a ESF ser vinculada ao SUS, atende a todos (livre demanda), como forma de garantia da universalidade:

[...] o PFS é vinculado ao SUS. É o Sistema Único de Saúde. Então, é por livre demanda e porta aberta né. (Parte 2)

Figura 27. Nuvem de palavras da categoria Universalidade, obtida na entrevista em Goiânia/GO



Fonte: Autoria própria

Entretanto, embora a visão clínica ampliada, enquanto uma ferramenta teórica e prática, aponte contribuições para a obtenção de uma abordagem clínica do adoecimento – considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde-doença e permitindo o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e da produção de ações de saúde reducionistas por vezes ineficazes (BRASIL, 2004) –. os profissionais entrevistados relataram dificuldades em materializá-la, havendo ainda a falta de compreensão sobre ela; por exemplo, quando usuários questionam a necessidade de redistribuição dos profissionais da Rede básica de Atenção à Saúde (Figura 27). Embora se busque potencializar os cuidados em saúde por meio do atendimento coletivo (médicos e enfermeiros), há munícipes que ficam insatisfeitos, questionando pelo

Fonte: Autoria própria

Quanto aos cuidados em saúde bucal, existe no município uma “ficha de equidade”, por meio da qual pacientes, de acordo com as necessidades sinalizadas nesse instrumento, são atendidos. Entretanto, os entrevistados afirmaram que às vezes esse instrumento construído traz dificuldades por, na prática, não selecionar os pacientes de forma equânime como deveria, às vezes deixando pacientes cujas necessidades são maiores/mais urgentes esperando por mais tempo do que outros cujas demandas são menos urgentes:

No caso da odonto, a gente tem uma ficha de equidade que os pacientes são selecionados pra tratamento odontológico através dessa ficha, então ela faz uma avaliação por equidade. Nós às vezes passamos por um pouco de dificuldade porque às vezes a ficha ela não seleciona muito os pacientes por equidade não, a gente vê que às vezes chega paciente que tem necessidade, mas não tanta e tem paciente que às vezes tem uma necessidade maior e tem que esperar mais tempo.

Quanto à equidade, embora não haja um grupo específico para vulneráveis, quando se deparam com casos onde há vulnerabilidade, não havendo muita “diferenciação” (realidades muito diferentes), e sendo a população descrita por eles como “muito tranquilas”, a intervenção ocorre por meio da realização de grupos, o que tem proporcionado atividades diferenciadas, segundo os ciclos da vida, não deixando de atentarem seus olhares aos bolsões de pobreza e áreas de grande crescimento populacional:

Aqui essa população é bem tranquila, a gente não tem muito uma população específica assim, de risco. A gente tem grupos de terceira idade, onde trabalha com grupo de terceira idade que chama. Como a gente tem metas para alcançar, a gente trabalha muito com esses grupos, com a gente não tem um índice grande de outros casos pra gente tá abordando, é bem tranquila essa população. A gente trabalhava os grupos. A gente tem criança, adolescente, o programa da mulher que entra o pré-natal, planejamento familiar, prevenção, câncer de colo de útero e de mama e o idoso. A gente separa por faixa etária. Não tem população indígena, tem em outras regiões, mas aqui não tem muita diferenciação. Pelo estado tem um grupo sobre as políticas de população negra, mas do município não. A gente olha assim. Principalmente os bolsões de pobreza, né. As áreas de maior vulnerabilidade. Em geral as áreas de grande crescimento populacional [...].

Postula a PNAB (BRASIL, 2017), em artigo próprio (art. 3º), o imbricamento existente entre a universalidade e a equidade, reforçando como essencialidade o alcance da maximização do acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e

resolutivos, a começar pelo primeiro contato, ou seja, pela APS, a porta de entrada aberta e preferencial da RAS, de modo que todas as pessoas que por ela venham a adentrar sejam acolhidas em todas as suas necessidades.

Nessa base, ao se evidenciarem as formas de materialização da equidade nas falas dos entrevistados, apreende-se a necessidade de maiores avanços da agenda da equidade. Assim, concordamos com Almeida-Filho (2020) em que o compromisso histórico da equidade, enquanto uma dívida social, permanece sendo adiado.

CATEGORIA: INTERSETORIALIDADE (GOIÂNIA)

Com relação à intersectorialidade, os entrevistados do município de Goiânia, embora constatem dificuldades, referiram parceria com o PSE:

[...] tem o programa saúde pro escolar, o PSE né? Que nós fomos pra escola, mas houve uma dificuldade nessa parceria entre saúde e educação (...) É foi parceiro e tal, mas não foi fácil não, foi difícil. A resistência que a educação teve conosco, assim deles entenderem qual que é o objetivo do PSE dentro dos dois componentes. Porque muitas vezes a escola queria que a gente fosse pra lá só para dar atendimento, continuar o modelinho médico centrado para dar atendimento; fazer palestrinha pro professor ficar de folga; e até eles entenderem que eles parceiros, que eles eram corresponsáveis também por aquele processo de educação em saúde [...]. (Parte 1)

Apesar dessa dificuldade, relataram ter havido trabalho em conjunto, envolvendo inclusive a Vigilância Ambiental:

[...] A educação trabalhou com a gente também. Eles fizeram lá o que chamavam dengueiros, que era formar profissionais das escolas para olhar o perímetro da escola. E aí eles elegiam dois alunos para que fossem agentes mirins. E essa ação foi feita na escola, partiu um pouco mais da escola que procurou a gente como parceiro. Aí fizeram parceria também com a vigilância ambiental, mas que tá dentro da saúde [...]. (Parte 2)

Além da parceria com a educação e a vigilância ambiental, referiram parcerias com “creche”, nas quais desenvolveram trabalhos relativos a arboviroses (“dengue”) (Figura 29), contando com a participação do gestor da unidade, que na oportunidade vestiu-se de mosquito:

[...] Sempre que tem a ação, a gente sempre se uni com a creche. Igual, teve uma mobilização que a gente pegou as crianças e aí nosso gestor se vestiu de dengue e a gente fez uma mobilização pela dengue e teve outro também que foi o Limpa Brasil que a gente fez a integração com o CEMEI [creche].

outro setor. [...] Tem uma academia aqui que tem parceria com a gente, aí o grupo da terceira idade tem desconto [...]. (Parte 5)

Apesar de todas essas parcerias, os entrevistados externaram dificuldades quanto a um maior envolvimento, em especial da assistência social, nas regiões de maior vulnerabilidade social e econômica. Além disso, trouxeram o fato de a comunidade ainda não estar consciente de sua participação enquanto corresponsável pela produção de sua saúde, não atuando, portanto, tanto quanto poderia:

[...] Tem regiões que é de miséria, e cadê assistente social pra me ajudar? E aí todo mundo entra naquele desespero. A própria população não é apropriada de seus direitos, não é apropriada da sua relação de corresponsável pela saúde, de corresponsável pelo meio ambiente, e aí geralmente a política fica desfocada, porque toda a cobrança que existe cai em cima da saúde [...]. (Parte 6)

Desafiador tem sido também potencializar a articulação com outros setores, bem como ampliar a conscientização dos profissionais para que compreendam mais e melhor a importância de atuarem de forma compartilhada:

[...] A articulação e ligação com outros setores, porque uma das principais dificuldades que a gente tem é isso. Totalmente desvinculado com a secretária de cidadania, de assistente social, da coleta de lixo. [...] a gente tem tido um pouco mais de articulação. Eu particularmente entrei em um grupo de trabalho da habitação. Mas aí foi meio que uma imposição, por causa do programa Minha Casa Minha Vida, para que haja situação de conjuntos habitacionais precisa dos equipamentos sociais, aí nisso, eles têm que agregar escola, educação, a saúde. [...] Tudo isso de integração depende muito da relação entre as pessoas. e aí tem locais que tem personagens da equipe que se dispõe a ir lá, conversar convencer e vamos agir e vamos fazer. Tem locais que tem gente que fala: "eu tô muito bem no meu cantinho, não quero sair dos meus muros, e eu não quero trabalhar no meu entorno". Então varia, não tem uma política institucional em relação a isso, assim que estimule, até porque a gente também tem dificuldade de lidar com os outros setores, mas em alguns lugares acontece naturalmente. (Parte 7)

Por fim, ressaltaram o desenvolvimento de parceria entre a saúde e a assistência social para, de forma articulada, atuarem nos cuidados em saúde com moradores em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas, embora de forma pontual:

Esses dias a gente teve uma reunião com a Assistência Social aqui, que eles vieram nos procurar pra uma questão que era pontual, em relação aos moradores de rua. Que eles chamam de mutirão da Acolhida. Que aí eles teriam um dia para chamar esses moradores de rua, pra dar banho, fazer uma assistência de saúde, uma assistência odontológica, clínica mesmo; a maioria usuário de álcool e droga.

Essas foram as principais falas que compõem o leque de concepções acerca da intersectorialidade por parte dos participantes da pesquisa no município.

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO SOCIAL (GOIÂNIA)

Quanto à participação social, observou-se que ela ocorre por meio dos conselhos de saúde, sendo o mais citado entre os entrevistados o Conselho Local de Saúde. Entretanto, relataram também a existência de fóruns distritais e, apesar de terem predominantemente citado a existência dos conselhos, disseram que estes ainda precisam funcionar melhor, a começar pela necessidade de maior participação da comunidade:

Tem conselhos locais, os fóruns distritais e o conselho municipal [...].

A participação da população varia de acordo com o distrito. O período aqui é até a tarde para ter mais participação dos moradores [...].

Nós temos o Conselho Local de Saúde, e nós temos o grupo da Terceira Idade, e que eles são bem participativos [...].

[...] Por mais que o conselho não funcione 100% como deveria, [...] é um canal que a gente recebe as queixas da população. A participação popular é pouca, mas muitas vezes é importante [...]. Ainda foi informado que há conselheiros que são despreparados. O que acontece ainda é que, tem algumas unidades que funciona bem, mas a grande maioria dos conselheiros são muito despreparados, eles não entendem a sessão do Conselho.

Figura 30. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Goiânia/GO



Fonte: Autoria própria

Os conselhos de saúde, enquanto instâncias institucionalizadas de participação social, significam uma conquista da sociedade civil em busca da construção de uma perspectiva mais democrática em saúde. Seu objeto é possibilitar novas formas de interação entre governo e sociedade, que resultem em novos padrões de governo, baseados na gestão democrática; nesse sentido, o reconhecimento dos direitos sociais e a abertura de canais para ampla participação da sociedade constituem-se como pilares (OLIVEIRA, 2004; ACIOLE, 2007).

Entretanto, embora identificada essa potencialidade com base nos achados – e embora haja os Conselhos e os profissionais participem –, a participação da comunidade ainda tem sido incipiente. A comunidade constitui-se como a protagonista da atenção e do cuidado; é relevante sua capacidade colaborativa na produção da saúde. Portanto, fortalecer e estimular a participação social potencializa a garantia da saúde integral e o enfrentamento das iniquidades em saúde e dos determinantes sociais da saúde, além de contribuir para o aperfeiçoamento das ações e dos serviços desenvolvidos no âmbito da APS.

CATEGORIA: TRABALHO EM REDE/COESÃO (GOIÂNIA)

Como forma de trabalho em rede, os entrevistados compartilharam que o processo de integração entre os níveis administrativos ocorre em nível distrital, regional e local:

A nossa relação é muito direta. Então assim, os distritais a gente reuniões quinzenais aqui. A gente trabalhava uma roda de acolhimento, os apoiadores distritais trabalharão o acolhimento na ponta. A gente na verdade tem encontros semanais. Os diretores distrito também tem encontros semanais aqui na diretoria de atenção à saúde. Para que sejam discutidas as dificuldades o que a gente tem que enfrentar, e tem algumas ações que são integradas a vigilância, então toda quarta-feira de manhã tem representantes de distrito, representantes que vem pra cá. E os locais, geralmente eles têm também os conselhos locais dos gestores, então são reuniões, algumas são de formação, porque tem muitos gestores que não entendem administrativamente o processo, então eles passam por esse processo de formação assim não é uma formação fechada, um curso completo com toda uma metodologia, mas são encontros com trocas de experiências.

Ressaltaram ainda que trabalham e conseguem resolver muitas demandas buscam em nível local e central. Entretanto, mencionaram nem sempre haver tanta proximidade (contato mais próximo) entre o nível central e as equipes; essa articulação é

mediada pelo distrito, em especial no que tange ao planejamento das ações e dos serviços, incluindo a elaboração de cronogramas, com a separação de períodos do dia para se trabalhar a educação em saúde com a comunidade:

[...] tem muita coisa que a gente não precisa rigorosamente passar pelo distrito, tem muita coisa que a gente já resolve no nível central. É tranquilo a gente ligar lá e dependendo da prioridade, é tranquilo. [...]. O nível central geralmente é uma hierarquia, o nível central passa para o nível distrital, e de nível distrital para nível local. Geralmente os contatos para planejamento e implementação, é mais distrito com a unidade entendeu? O nível central geralmente eles não têm essa proximidade de contato físico com as equipes. É mais o distrito. Tá centralizado esse planejamento entre distrito e unidades. [...] O nível central estabeleceu um cronograma pra gente trabalhar tantos períodos com criança, tantos períodos pra mulher, pra educação em saúde [...]. Então, a gente tem espaço na agenda pra trabalhar educação em saúde [...].

Figura 31. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coesão, obtida na entrevista em Goiânia/GO



Fonte: Autoria própria

Ademais, destacaram haver também a realização de grupos e reuniões nas unidades de saúde envolvendo tanto usuários quanto profissionais das equipes, para planejamento das ações:

[...] E os nossos grupos eles não são voltados somente para a questão da educação em saúde [...]. Então a gente senta em equipe, tem os dias de reunião da equipe, a gente senta e planeja [...] ações.

CATEGORIA: INTEGRALIDADE (GOIÂNIA)

Quanto à integralidade nas unidades, identificou-se que

O médico e o enfermeiro fazem os atendimentos básicos dos programas e o paciente precisou de um encaminhamento, são feito os encaminhamentos e tem os especialistas pra estar dando suporte nos encaminhamentos.

Figura 32. Nuvem de palavras da categoria Integralidade, obtida na entrevista em Goiânia/GO



Fonte: Autoria própria

CATEGORIA: SUSTENTABILIDADE (GOIÂNIA)

Houve reconhecimento da falha que existe no uso de indicadores, no monitoramento e na avaliação para identificação de resultados. Os entrevistados disseram viver muito de “apagar incêndios” (Figura 33), e os que exercem cargos de coordenação se sentem sobrecarregados diante da necessidade de também exercerem atividades administrativas, para além de suas atribuições diárias junto aos comunitários:

A gente leva um tema quando tá precisando, apaga um fogo, vive muito de apagar um fogo e de resolver problemas, e aqui a coordenação a gente se sobrecarrega muito com tarefas administrativas, com tarefas de recursos humanos, e a gente fica sobrecarregado e acaba deixando a desejar no que mais a gente precisava focar, que é a política, a educação permanente, o monitoramento e avaliação.

Figura 33. Nuvem de palavras da categoria Sustentabilidade, obtida na entrevista em Goiânia/GO



Fonte: Autoria própria

Outro desafio tem sido o fato de a ESF nem sempre ser composta por profissionais que possuem perfil para nela trabalhar, somado aos limites impostos pela instabilidade quanto ao local onde algumas unidades encontram-se funcionando:

[...] na ESF infelizmente a gente tem uma dificuldade porque nem todos os profissionais tem perfil pra trabalhar com saúde pública [...].

[...] São mais de 12 anos [a unidade]. Só que aqui não é próprio. [...] Pra começar os prefeitos não paga direito, então já teve ocasião da gente até querer ser despedida [...].

5.4. MANAUS/AM

Após contato com os coordenadores da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e, em seguida, com as Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), executou-se a pesquisa de campo em Manaus/AM. Participaram da pesquisa equipes das Unidades Básicas de Saúde Morro da Liberdade e Ivone Lima.

Tabela 4. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo dados do e-Gestor Atenção Básica, abril de 2018

Município	Nº de Habitantes	Total de Equipes de Saúde da Família	Cobertura Populacional da ESF	
			%	N (Pessoas)
Manaus/AM	2.130.264	199	32,16	685.170

CATEGORIA: UNIVERSALIDADE (MANAUS)

Embora a universalidade seja um dos princípios organizativos e doutrinários do SUS, com forte ancoragem ética e preceitos legais para a oferta de ações e serviços desenvolvidos na APS (GIOVANELLA; FLEURY, 1995; MENEZES *et al.*, 2017), segundo os entrevistados em Manaus, o serviço tem estado apto entre aspas para receber, em especial em virtude das dificuldades estruturais. Com isso, embora “vistam a camisa”, enfrentam grandes dificuldades para atender todos, dando a resolutividade necessária às demandas a eles apresentadas:

[...] o nosso atendimento ele está pronto entre aspas, porque a estrutura não tem, mas a gente faz acontecer. [...] Porque você vai lá, veste a camisa, faz a coisa acontecer. [...] A gente [...] precisa de uma certa estrutura [...] a gente pede todo dia [...]. (Parte 1)

Para além do desafio de materializar a universalidade em suas práticas diárias pela falta de melhores condições estruturais, ressaltaram que desafiadora também tem sido a reorganização do serviço advinda do acolhimento por livre demanda, sem a necessidade de marcação de agendas, chancelada pelas recentes mudanças propostas na PNAB:

[...] ainda estamos quebrando cabeça com isso. Muita! Porque não é fácil [...]. As pessoas, até hoje ainda tem gente que vai lá na casinha para, quando é o dia do idoso? Não tem mais idoso, não tem mais o dia do idoso, não. Tipo assim, ele vem lá para perguntar qual era o dia do idoso, [...] qual é o dia do preventivo [...]. As pessoas ficaram aí meio chocadas com a nova PNAB, né? [...] É difícil [...] colocar na cabeça [...] essa mudança. Dessa nova política, essa nova estratégia que eles estão usando. Até agora eu ainda não vi muito se é efetiva, porque não dá para ver se é efetiva, se melhorou, se não melhorou. [...]. (Parte 2)

A gente que faz o que dá para fazer, tem que fazer da melhor forma possível. (Parte 1)

A questão da equidade aí, eu quando comecei a trabalhar com idosos, eu fazia atividade com eles, e observava que alguns idosos não conseguiam fazer a mesma atividade. E eu fiquei pensando: gente, então esse idoso aqui ele não pode fazer os mesmos exercícios que esse outro. E aí eu fui buscar, fui estudar e conheci o teste que se aplicava em idoso, que você conseguia identificar os idosos de baixo risco, risco moderado e alto risco de queda. E eu comecei a fazer essa triagem na avaliação, para tratar o desigual [...]. E aí identifiquei os idosos de alto risco. (Parte 2)

Por exemplo, tinha idosa que não conseguia fazer exercício do braço porque ela sentia muita dor no ombro, ela não conseguia desabotoar o sutiã dela, muita dor no ombro. Ou seja, essa idosa precisava de um tratamento de reabilitação. A outra tinha todo processo natural de envelhecimento, déficit de força, de equilíbrio, de coordenação, mais acentuado do que a outra que era da mesma idade. Ou seja, essa idosa ela não podia ser colocada para fazer atividade, as mesmas atividades, ela precisava fazer o tratamento de uma coisa mais específica de melhora da coordenação motora, melhor do equilíbrio postural estático e dinâmico, melhora da força muscular, para depois sim inserir ela de novo nos grupos de atividade física. (Parte 3)

Figura 35. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista em Manaus/AM



Fonte: Autoria própria

Ante aos exemplos apontados, nos quais o “fazer” (Figura 35) de acordo com as necessidades apresentadas configura-se como mais importante do que o cumprimento de diretrizes rígidas pré-estabelecidas, somos levados aos postulados de Luiz *et al.* (2009) e Pereira *et al.* (2015), os quais ressaltam que o reconhecimento das desigualdades precisa imbricar-se precipuamente no delineamento de todas as ações e os serviços, considerando para tanto as diversas singularidades. Essa premissa também é ressaltada pelos profissionais entrevistados, o que segundo Mendes (2015) contribui para tornar

mais tangível translocar o modelo baseado na gestão da “oferta” de ações e serviços para a gestão das “necessidades”, um dos pilares contributivos essenciais para o alcance da desejada resolutividade por meio das ações e dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde.

CATEGORIA: INTERSETORIALIDADE (MANAUS)

Os profissionais entrevistados em Manaus referiram como forma de materialização da intersectorialidade o apoio recebido de escolas, igrejas e até mesmo de escolas de samba, em especial para a utilização de espaços, visto que nas Unidades, segundo eles, estes são restritos, sobremaneira limitados. Quando por algum motivo perdem esse apoio/parceria para a utilização dos espaços, atividades em saúde junto à comunidade deixam de serem realizadas:

[...] A gente começou em 2005, essa atividade de trabalhar com crianças. Isso foi ideia de uma residente, que passou para mim: doutora, como é que a gente pode fazer um trabalho diferenciado com essas crianças que estão vulneráveis, em área de risco, lá onde trabalhava no morro, a área que eu estava também é uma área muito intensa de tráfico e tudo. E como é que a gente pode fazer esse trabalho diferenciado, que não dá para fazer dentro do consultório, não dá para fazer dentro da escola, onde que a gente vai fazer? Então [...] começamos a fazer encontros com essas crianças, né. Primeiro espaço que a gente utilizou foi a quadra da escola de samba Reino Unido, que a unidade fica bem ao lado da escola de samba Reino Unido, e a gente começou a reunir essas crianças num sábado, porque a gente queria os dois turnos, então não dava para ser durante a semana, e a gente reuniu no sábado essas crianças, era em torno de 30, 40 crianças, de 6 até 12 anos. O primeiro encontro foi na quadra da escola e o segundo foi num espaço do salão paroquial da igreja católica do bairro. Porque [...] na casinha (Unidade) mesmo, não tinha espaço para nada. Então a gente tinha que usar os espaços da comunidade. Nesse encontro que teve na igreja católica. E aí a gente consegue ônibus para levar essas crianças para determinados pontos, por exemplo, o Parque do Mindu, Bosque da Ciência, que são os pontos aqui em Manaus que a gente tem. [...] Então assim, muitas coisas [...] feitas, mas a gente perdeu o nosso local. A igreja não deixou mais a gente fazer as nossas atividades lá e infelizmente não tinha onde fazer. Onde nós estamos só tem a igreja católica [...].

Figura 36. Nuvem de palavras da categoria Intersectorialidade, obtida na entrevista em Manaus/AM



Fonte: Autoria própria

Frente aos achados, cabe salientar que, embora o desenvolvimento dos cuidados em saúde não se restrinja a um espaço físico/geográfico, observa-se que sua falta tem limitado o desenvolvimento dessas práticas em nível coletivo, algo que Moura *et al.* (2010) há uma década já sinalizavam como um obstáculo a ser superado. Ao evidenciarem em seu estudo a ausência de estruturas que favorecessem o desenvolvimento de intervenções coletivas, destacaram o quanto isso dificulta a realização dessas práticas, comprometendo, por conseguinte, a continuidade do cuidado.

Entendendo essas intervenções como necessárias à mudança do modelo assistencial, concordamos com as autoras em que a estrutura física das UBS deve ser facilitadora da mudança das práticas em saúde, e que, portanto, há não somente a necessidade de valorização dos componentes de estrutura na avaliação e gestão dos serviços de saúde por sua relação com a qualidade dos processos de trabalho em saúde, mas a necessidade de que isso se torne uma prática na realidade concreta no âmbito do serviço.

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO SOCIAL (MANAUS)

Embora se postule a necessidade de que indivíduos e comunitários participem ativamente, e não como “coadjuvantes”, mas como protagonistas na organização das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2004), a participação social, mesmo que ocorra, segundo os entrevistados, ainda tem sido incipiente:

[...] eu tenho que mandar uma cartinha para ele participar de uma reunião. Mas só foi uma vez. Sempre eles estão ocupados, fazendo não sei o quê. [...] Também, manda um zap. [...] A gente costuma muito solicitar essa

participação da comunidade para várias decisões, para essas ações que vão ser tomadas ali, que é em prol da própria comunidade. [...] A gente tem os embates [...], mas tudo bem, muito bem embasado. [...] eles colocam o que eles desejariam como fosse, a gente coloca o que é a realidade e o que é que a gente pode fazer para alcançar aquele objetivo ali. E a gente entra sempre no bom senso [...].

Figura 37. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Manaus/AM



Fonte: Autoria própria

Assim como já sinalizavam Assis *et al.* (1995), observa-se nessa fala que a participação social ainda permanece como um espaço em construção, sem a qual não se pode avançar de forma plena na conquista da cidadania; com a afirmação de novos direitos, como nos lembram Silva *et al.* (2012), possibilitam-se não somente novos avanços como também a superação de retrocessos.

CATEGORIA: ACESSO (TERRITÓRIO, UTILIZAÇÃO, RELAÇÕES) (MANAUS)

Com relação ao acesso, os profissionais entrevistados em Manaus pontuaram as dificuldades existentes quando havia apenas agendas programadas, em outros termos, dias específicos para atendimentos a grupos específicos, de acordo com os agravos apresentados pelos munícipes. Entretanto, com a transição a um funcionamento por livre demanda, referiram que o acesso melhorou, assim como a qualidade do atendimento prestado, contribuindo ainda para diminuir a pressão assistencial:

Pensando em [...] acesso a todas as pessoas, [...] estava sendo um grande entrave. Porque se você não era hipertenso, não conseguia entrar, se não era diabético, não conseguia entrar. E hoje a gente tem uma ideia um pouco

diferente [...]. Antes de a gente entrar na Estratégia, a gente pensa que a Estratégia [...] tem que ser mais preventiva e promoção. Nada disso, a Estratégia é prevenção, promoção, parte curativa e reabilitação e a parte curativa ela tem que ser aplicada, mesmo, consultar, tratar, conduta, não é só questão de orientar. [...] A lei dos cuidados inversos [...] prejudicava demais o acesso universal das pessoas nas Unidades. Por quê? Quando bota o dia do Hiperdia lá [...], tu vai ter aquele monte de pessoa lá e elas querem passar com o médico e o enfermeiro, mas elas não querem passar pela hipertensão, o controle da diabetes [...]. Isso quando a gente quebrou isso daí, a gente percebeu que era verdade, mesmo. [...] Foi muito difícil quebrar, mas quando a gente quebrou, o que é que a gente fez? O que a gente percebeu? A gente melhorou o acesso das pessoas, [...] o atendimento melhorou de qualidade e [...] a pressão assistencial, [...] apesar de ainda existente, ela deu uma aliviada.

Figura 38. Nuvem de palavras da categoria Acesso (Território, Utilização, Relações), obtida na entrevista em Manaus/AM



Fonte: Autoria própria

Apesar das melhorias relatadas com avanços advindos do atendimento segundo demanda espontânea, os profissionais referiram ainda existir a necessidade de maior estímulo, por parte deles mesmos, para que os munícipes procurem mais as UBS para os cuidados em saúde, justificando não fazerem isso em virtude da falta de tempo, precisando exercer trabalhos não apenas assistenciais, como também gerenciais/administrativos:

Eu acho que o maior empecilho ainda está nela, na questão de atendimento mesmo de você trazer mais pessoas para dentro da Unidade. O problema [...] é porque nós abarcamos as coisas [...]. Nós somos assistenciais, certo, mas nós também trabalhamos gerencialmente, administrativamente.

A despeito desses desafios, cabe destacar a importância e a necessidade de se contribuir para o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde (de qualidade e resolutivos), já que a APS constitui-se como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, em que, por meio do planejamento e da programação descentralizada,

consonantes ao princípio da equidade, contribua-se para efetivar um atendimento integral e resolutivo a todos que por ela adentrarem em seus vários aspectos, quer seja por demanda espontânea, quer seja por meio de ações programadas (BRASIL, 2006).

Além disso, espera-se que relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita sejam fortalecidas, para que a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado sejam materializadas (BRASIL, 2006). Assim, embora desafiador, avançar nessa agenda de estímulo à procura por ações e serviços nas UBS como referência para os cuidados em saúde torna-se vital. Potencializam-se os cuidados em saúde e fortalece-se a própria APS enquanto ordenadora, a base estruturante do sistema de saúde, a principal porta de entrada, cabendo, portanto, a ela contribuir para a resolutividade da maior parte das necessidades em saúde e organizar os fluxos para a continuidade da atenção e do cuidado, como nos relembram Santos *et al.* (2011).

CATEGORIA: GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO (MANAUS)

Na categoria Gestão do Processo de Trabalho, embora os entrevistados reconheçam a importância de serem não só profissionais que executam as ações e os serviços voltados aos cuidados em saúde de indivíduos e comunitários, mas também articuladores, mesmo que isso demande superarem-se diariamente, externaram sentirem-se sobrecarregados, especialmente diante de tantos afazeres somados às atribuições gerenciais:

Eu acho que tem um ponto legal [...] a questão da articulação, o profissional como articulador, como executante, né? Então eu acho que a gente nessas horas, a gente se supera. Porque tu vai atrás e tu percebe que todo mundo se envolve, todo mundo quer se dar, se doar. E isso é legal. [...] Só que [...] na unidade pequena, [...] não tem um administrador, [...] não tem serviços gerais, [...] não tem um chefe lá imediato, aquele que está lá te ajudando, ajudando a fazer as coisas e etc. Então lá você acaba tendo que fazer isso, porque eu não posso contar com ele, médico, não posso contar. Quando eu tinha uma outra [...] ela dividia tudo comigo. [...] Mas agora não, eu fico assumindo tudo. É muito difícil às vezes, porque você é cobrada por umas coisas que você não é para você ser cobrada. [...] Não é [...] assumir a precarização de equipes com uma constituição menor, mas é aquela história, né, não tem tu, vai tu mesmo [...].

Figura 39. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista em Manaus/AM



Fonte: Autoria própria

Lanzoni *et al.* (2013), Bogo *et al.* (2015) e Balsanelli *et al.* (2008) nos alertam quanto à sobrecarga gerada pelo acúmulo de funções, podendo ela gerar cansaço e desestímulo à participação de profissionais das equipes em atividades gerenciais. Isso sinaliza a necessidade de ajustes para que descompassos não venham porventura desarmonizar os ambientes de trabalho e, conseqüentemente, afetar a qualidade e a resolutividade das práticas e dos serviços desenvolvidos.

CATEGORIA: INTEGRALIDADE (MANAUS)

Apesar de se preconizar que a RAS contribua com uma atenção contínua por meio da articulação entre os níveis de atenção à saúde para o alcance (e a garantia) de uma atenção integral, resolutiva e contínua (MENDES, 2010; BRASIL, 2014b), os profissionais entrevistados em Manaus externaram que difícil tem sido referenciar pacientes, em virtude da carência de mais profissionais especialistas na rede, bem como ampliar a oferta de exames. Há obstáculos, portanto, à resolutividade necessária para as demandas apresentadas pelos munícipes:

[...] Às vezes a gente acaba esbarrando nessa questão das referências, de referenciar paciente. Principalmente pacientes, precisa de fisioterapia, de psicólogo, de terapeuta ocupacional, de várias coisas. Precisa de especialista, por exemplo, endócrino, Deus amado, precisa de endócrino, é um negócio difícil, só tem um na rede municipal. [...] Então assim, esses entraves, eles são difíceis para a resolutividade do paciente. E não é, eu vou dizer o SISREG [...] está errado. É a quantidade de especialistas que tem na rede, é a quantidade de exames oferecidos, [...]. Então essas coisas, elas é

que nos [...] dificultam. [...] Se eu tivesse um paciente que eu sabia, se eu saber que ele fosse para um fisioterapeuta, ele ia melhorar, ele ia voltar a ser produtivo, por exemplo, sofreu um acidente de moto, teve, fraturou não sei quantas partes da perna e passa não sei quantos anos, dois, três anos, para conseguir uma fisioterapia, porque eu tenho casos assim. E o que é que acontece? É um improdutivo, a pessoa não está produzindo em pleno vinte e poucos anos de idade.

Figura 40. Nuvem de palavras da categoria Integralidade, obtida da entrevista em Manaus/AM



Fonte: Autoria própria

Como consequência, utilizando-se as palavras em destaque na nuvem de palavras gerada (Figura 40), o “paciente” que “precisa” de cuidados específicos na “rede”, como por “exemplo” da “fisioterapia”, e não os recebe pode vir a tornar-se “improdutivo”.

CATEGORIA: TRABALHO EM REDE/COESÃO (MANAUS)

Embora apontem que o município de Manaus não está entre os que têm enfrentado grandes dificuldades para pôr em prática o trabalho em rede de forma mais fluida e dinâmica, e a despeito dos avanços conquistados, profissionais entrevistados nesse município ressaltaram a necessidade ainda existente de avançar mais. Por mais que se empenhem, eles ressaltam que permanece a dificuldade de melhor fluidez na Rede de Atenção à Saúde e maiores investimentos estruturais e orçamentários para a superação de obstáculos que têm impedido a garantia plena do acesso universal e da oferta de ações e serviços mais equânimes, integrais e resolutivos na AB, contribuindo para dirimir as imensas filas de espera por atendimentos:

[...] você fica [...] mexendo em redes [...] mas o que a gente vê? Uma fila de espera! A gente vê pessoas morrendo. [...] Eu vejo os meus pacientes assim,

pedindo socorro [...]. Eu não sei mais o que fazer, por que às vezes um exame a gente tem que fazer o quê? Fazer uma cota e pagar o exame que a senhora quer, porque o SISREG não abre uma vaga para ti. Então cadê a universalidade, cadê a equidade, cadê a integralidade? A gente não tem isso, a gente não tem por causa de um sistema que manipula tudo. Por isso que é difícil falar. [...] A gente está [...] sempre brigando, [...] buscando uma melhoria. [...] A gente acha que Manaus ainda está bem na foto, porque quando você vai para (outros municípios), você vê a tristeza maior ainda. Mas eu vejo que tem médico que tira a camisa, [...] tem enfermeira [...], mas a gente não vê essa valorização, não percebe essa questão da estrutura (de Rede) dentro do nosso trabalho. [...] Se criou até um núcleo de apoio, mas não se criou estrutura para funcionar. Não se deu estrutura para funcionar. [...] Eu não sei, aí vem os grandes empresários criarem empresa, colocando a R\$ 20,00 uma consulta e o nosso SUS lotado, sucateado, roubado, e a gente briga, briga e não acontece nada [...].

Figura 41. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coesão, obtida na entrevista em Manaus/AM



Fonte: Autoria própria

5.5. MACAÉ/RJ

Após contato com os coordenadores da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e, em seguida, com as Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), executou-se a pesquisa de campo em Macaé/RJ. Participaram da pesquisa equipes das Unidades Básicas de Saúde Lagomar Barra e Praia Campista.

Tabela 5. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo dados do e-Gestor Atenção Básica, abril de 2018

Município	Nº de Habitantes	Total de Equipes de Saúde da Família	Cobertura Populacional da ESF	
			%	N (Pessoas)
Macaé/RJ	256.672	32	43,01	110.394

CATEGORIA: UNIVERSALIDADE (MACAÉ)

Entrevistados em Macaé referiram que no município existe uma boa cobertura da ESF, pautando o acompanhamento dos munícipes de acordo com o que preconiza a PNAB. Entretanto, frente à extensão territorial e ao quantitativo populacional, destacaram que a cobertura precisa ser ampliada para potencializar o acompanhamento de todos os cidadãos macaenses:

[...] a gente tem uma cobertura boa [...]. Acho que são em média 46 postos de Estratégia de Saúde da Família. E o que a gente tenta buscar é seguir de fato a Política Nacional de Atenção Básica, né, voltada para o cadastramento e acompanhamento das famílias da nossa área. [...] Só que aqui [...] é um bairro muito grande, que tem uma demanda populacional enorme. E a gente teria que [...] ampliar, [...] ter mais equipes, [...] e muitas áreas ficam descobertas, e isso não acontece só aqui [...], acontece em vários outros bairros de Macaé. [...] A gente acompanha um número máximo. A gente não fica nem no mínimo, a gente fica no máximo. Até passa às vezes um pouco [...], mas [...] muitas áreas ficam descobertas. Acaba um grupo de famílias ficando sem acompanhamento.

Figura 42. Nuvem de palavras da categoria Universalidade, obtida na entrevista em Macaé/RJ



Fonte: Autoria própria

“Ampliar” (Figura 42) a cobertura da ESF constitui-se como um imperativo para que a consolidação da mudança do modelo de Atenção Básica se concretize e, para além disso, para que por meio do enfoque na família – não só em indivíduos – e o agir preventivo aconteçam. Isso contribuiria para a adoção de práticas não reducionistas sobre os cuidados em saúde e evitaria a exclusividade da intervenção médica como eixo, buscando-se atuar sobre os determinantes que incidem sobre a saúde e, conseqüentemente, na produção da saúde em todas as dimensões através de cada ação e serviço desenvolvido na (e com) a comunidade (BRASIL, 2003).

CATEGORIA: EQUIDADE (MACAÉ)

Entrevistados em Macaé referiram não haver um grupo específico para trabalhar com minorias/populações mais vulneráveis e, apesar de terem sinalizado a realização de trabalhos em grupo, buscando trabalhar com agravos em saúde em nível de prevenção e/ou acompanhamento/monitoramento, a carência de mais profissionais para potencializar os trabalhos tem gerado sobrecarga e dificultado a permanência da realização dos cuidados em saúde, especialmente em nível coletivo:

Um grupo voltado pra minorias não tem. A gente desenvolve são grupos, mas, assim, [...] a nossa equipe, a gente atualmente a gente está sem médico, sem um profissional médico 40 horas. Tem um médico que é 20 horas, só que a demanda que ele acaba atendendo por ele ser 20 horas é enorme. Então ele nem se ele quisesse, ele não conseguiria fazer um grupo de Hipertensão, por exemplo. E acaba sobrecarregando também a mim, no caso das gestantes, das puericulturas, dos preventivos. [...] Sem tempo, então assim, é bem difícil de a gente conseguir parar e realizar um grupo, mesmo, de fato. A gente já teve, a gente já conseguiu fazer grupo de gestante, para tentar absolver a gestante do primeiro trimestre, para começar o pré-natal logo no início. [...] Mas... [...]. (Parte 1)

Segundo os entrevistados, a intersectorialidade não tem se efetivado. Eles citam o exemplo do PSE, sinalizando baixa resolutividade das ações unilaterais e das que envolvem de forma mais direta a parceria entre saúde e educação:

A intersectorialidade acontece só no nome. Essa questão de PSE [...] não tem resolutividade. [...] a gente fez [...] acuidade [...] e foi identificado nesse exame [...] muitos problemas [...]. E aí ele falava que depois os óculos iam vir e que ia fazer acontecer, até ontem não foi. Isso já tem um ano. Outro exemplo: ah, vamos fazer uma ação, utilizar a quadra de uma escola? A gente consegue por interesse nosso [...]. (Parte 1)

Figura 44. Nuvem de palavras da categoria Intersectorialidade, obtida na entrevista em Macaé/RJ



Fonte: Autoria própria

Apesar disto, intrasetorialmente, a equipe sinalizou articular-se bem para conseguir “fazer” (Figura 44) atividades com os munícipes para além dos muros das unidades básicas de saúde, buscando, por meio do estabelecimento de parcerias nas adjacências do território das unidades, realizar atividades coletivas:

A gente conseguiu um espaço aqui atrás para fazer dança sênior, não é meninas? Num grupo aqui atrás que a gente fazia dança sênior. Depois teve aqui atrás no clube de festa, uma casa de festa. Agora a gente [...] vai começar um trabalho todas as quintas-feiras à tarde com o pessoal da saúde mental [...] envolvendo todos os profissionais de saúde.

Cabe frisar que tanto a inter quanto a intrasetorialidade constituem-se como uma estratégia fundamental para que práticas de saúde possam ser mantidas e potencializadas (SILVA; TAVARES, 2016), principalmente diante da complexidade de trabalhar para dirimir os determinantes que incidem sobre a saúde. Por isso,

concordamos com Azevedo *et al.* (2012) em que não cabe a esse setor atuar sozinho; ao contrário, cabe a ele iniciar a articulação com outros setores, de modo a contribuir com a resolutividade dos cuidados em saúde prestados.

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO SOCIAL (MACAÉ)

Os profissionais entrevistados comentaram como estimulam a participação social ao esclarecerem aos munícipes quais são seus “direitos” (Figura 45), orientando-os a ir em busca destes com todos os contatos que se lhes apresentam, desde o acolhimento às consultas:

[...] durante as consultas e até em acolhimento, [...] sempre oriento quais são os direitos de cada pessoa. Pensando, por exemplo, numa gestante, quando eu atendo uma gestante, [...] oriento quais são os direitos dela, tanto aqui, quanto quando ela chegar lá na maternidade. Então a gente passa tudo isso, né, para ela se empoderar e poder brigar por isso [...]. (Parte 1)

Figura 45. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Macaé/RJ



Fonte: Autoria própria

Além disso, referiram orientar usuários a buscar a “ouvidoria” (Figura 45) sempre que necessitarem fazer alguma reclamação:

[...] E a gente fala também assim, se não tiver acontecendo, tem a ouvidoria, eles têm que reclamar, a gente tem o telefone lá na recepção da ouvidoria, que eles têm que entrar em contato, mesmo, porque ele sempre tem direito à saúde. Até a questão também da defasagem, né, de unidades de estratégia de saúde da família aqui no bairro, quando uma área que não é coberta pela gente, alguém chega em busca de atendimento, a gente fala: tem que reclamar mesmo, tem que abrir denúncia na ouvidoria e tudo mais, a gente acaba alertando as pessoas para essas situações. A gente sempre está tentando educar a população de quais são os direitos dela em relação à saúde, entendeu, eles têm o direito mesmo de assistência e tudo mais. (Parte

2)

Estimular a participação social é corporificar legal e institucionalmente forças estabelecidas historicamente entre as classes e mediatizadas pelo Estado, buscando ainda maiores avanços na consolidação de um projeto alternativo contra hegemônico. Nessa base é que se entende a necessidade de eleger a participação social como um objeto central de discussão, permitido a ampliação dos espaços no aparelho de Estado, especificamente ao tratarmos do âmbito da saúde pública, já que a atuação de forças contra-hegemônicas contribui para que sejam demarcadas a construção e a apropriação da saúde como condição da cidadania, tal como nos iluminam Assis *et al.* (1995). Assim, contribui-se sobremaneira para a emancipação de indivíduos e coletividades, sem a qual a produção da saúde em todas as suas dimensões torna-se inalcançável.

CATEGORIA: ACESSO (TERRITÓRIO, UTILIZAÇÃO, RELAÇÕES) (MACAÉ)

Com relação ao acesso, os profissionais compartilharam que, se dependesse deles, seria excelente. Embora tenham vínculo com a comunidade – o que segundo Schimith e Lima (2004) e Campos e Malik (2008) colaboraria para ampliar a eficácia das ações, para dar qualidade à assistência prestada e, conseqüentemente, para que o modelo de atenção à saúde produza a efetividade necessária – e desejem ofertar os serviços, têm encontrado dificuldades em virtude do volume de atendimentos diários *versus* o quantitativo profissional. Com isso, embora tentem, não conseguem atender a todas as demandas:

O acesso se dependesse da gente, ia ser excelente. Ia ser muito maior. (Parte 1)

[...] As pessoas que têm vínculo com a gente, elas vêm aqui. [...] Se tiver alguma intercorrência, alguma emergência: 'vai para o HPM que lá que é a maternidade', mas elas vêm aqui primeiro. Elas têm esse vínculo com a gente. Às vezes até questão de ser uma coisa mais séria, uma coisa mais séria, igual os gêmeos (xx), eles receberam alta, sempre vinha alguém aqui falar: eles estão em casa, e eles que são agentes comunitários, iam lá. [...] Uma puérpera hoje me mandou mensagem: 'o neném está tendo um chiadinho, qual o remédio que eu posso dar para ele?' Eu falei assim: pelo amor de Deus, leva ele no pediatra para avaliar. Também tem isso, se elas confiarem, elas querem... E é o tempo todo! Muito legal isso. Isso para a gente ainda não desistir. Porque não é só o dinheiro. [...]. E a gente trabalha muito de igual para igual assim. Até o jeito de falar assim, sem formalidades. E a gente é muito convidado também para festa de aniversário. (risos). [...] Então, a gente queria ofertar esse acesso. Porém, a gente não consegue por conta da defasagem, mesmo. De profissional, e a superlotação. Então assim,

a gente tenta abraçar, mas a gente não dá conta. (Parte 2)

Figura 46. Nuvem de palavras da categoria Acesso (Território, Utilização e Relações), obtida na entrevista em Macaé/RJ



Fonte: Autoria própria

CATEGORIA: GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO (MACAÉ)

No cotidiano do serviço, os profissionais entrevistados referiram receber importante apoio do NASF para a execução de seus trabalhos diários:

No dia a dia a gente conta muito com o apoio do NASF. É uma parceria, ele, por exemplo, ele adora ajudar a técnica no curativo, porque às vezes o (técnico em enfermagem) está cheio de vacina, ele vai lá, ele dá aquela assistência [...]. O curativo às vezes é muito grande na pessoa? Para ela não ficar muito tempo em pé, ele vai lá e ajuda. (Parte 1)

Figura 47. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista em Macaé/RJ



Fonte: Autoria própria

Além disso, na fala dos entrevistados a integração dentro da equipe foi evidenciada, não havendo necessidades que não busquem juntos suprir. A “ajuda” (Figura 47) mútua é uma marca impressa enquanto forma de gerir o processo do trabalho:

[...] Cada um gosta de fazer um negocinho aqui, entendeu? [...] Eu às vezes ajudei muito lá na recepção também, [...] entendeu? Para funcionar. Cada um aqui se ajuda, [...] graças a Deus. Apesar de todas essas dificuldades [...] nós somos uma equipe muito unida. A gente se ajuda em tudo que a gente pode. Fala assim: ‘gente, eu estou precisando que alguém vá na casa desse paciente agora’. Debaixo de chuva, debaixo de sol, aí elas duas vão. Ela pega na mão uma da outra e vão. Ou então [...] fulano entrou de férias? Quem é que vai responder pela área? [...] ‘a gente vai’. Aqui a gente tem muito isso.

CATEGORIA: INTEGRALIDADE (MACAÉ)

Os profissionais relataram não existir uma integração tão favorável para que a ESF se processe no município. Embora haja experiências exitosas, conquistadas por meio do trabalho nela desenvolvido, ressaltaram que não há a continuidade necessária que conduza à resolutividade das demandas apresentadas. Segundo eles, o serviço começa na ESF e cessa nela:

Não existe uma interação tão favorável à Estratégia Saúde da Família hoje aqui no município. Eu acho que seria pior se não tivesse ela. Nós, por exemplo, se a gente conseguiu fazer uma consulta bem legal [...]. Fizemos com a psicóloga [...]. Ela estava com depressão, estava com problemas assim com o filho, aquela coisa toda, porque ele se mutila e tal. E semana, se eu não me engano, retrasada, ela esteve aqui e numa conversa com ela, ela falou assim: eu estou bem melhor [...]. [...] Só que, assim, [...]. Não ter o feedback das coisas [...] é um dos maiores problemas. Não tem continuidade. Toda vez para aqui. Porque aqui não tem como fazer tudo. Há necessidade da complementação. É isso aí, quando a gente tem a necessidade, igual a paciente que eu tive com câncer, ela precisou do exame, ela veio na médica, o exame ficou no 0800 um ano e não conseguiu liberação [...]. Encaminhei, falei com a médica, a gente achava que ela tinha um problema, porque a família já tinha vários casos de CA [...]. Aí a médica foi [...] pediu tudo, ficou um ano e não foi autorizado. A família pagou o exame, quando foi fazer o exame, ela não conseguiu nem fazer, porque não passava [...] a colonoscopia, ela não conseguiu porque já estava tudo tomado. Aí teve que fazer uma cirurgia às pressas, em menos de 15 dias teve que operar e tirar tudo. Aí operou [...] teve que [...] fazer quimioterapia, a rádio, fez aquele processo todo, tudo bem, fez tudo. Quando a mulher teve que refazer o exame, de novo não tinha exame, não conseguiu marcar. A rede não funciona, a rede começa aqui e para aqui. Não dá continuidade.

Figura 48. Nuvem de palavras da categoria Integralidade, obtida na entrevista em Macaé/RJ



Fonte: Autoria própria

Em consonância com estes achados, Lavras (2011) nos aponta como limites para o cuidado integral a fragmentação sistêmica das RAS regionais. Assim, embora desafiadora, a integralidade – enquanto princípio abrangente, atributo da APS transversal às políticas de saúde no Brasil, de conceito polissêmico, percebido em diferentes (e complementares) sentidos na literatura que se seguiu à implantação do SUS, transcendendo a prática curativa –, como nos lembram Protasio *et al.* (2014) e Costa *et al.* (2014), precisa constituir-se como a base para que os serviços de saúde ofereçam ações que corroborem as práticas do cuidado, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção, conforme suas necessidades, para tornar tangível o alcance da resolubilidade dos atendimentos ofertados na APS.

CATEGORIA: TRABALHO EM REDE/COESÃO (MACAÉ)

Quanto ao trabalho em rede, profissionais entrevistados referiram que, embora amem o que fazem e que façam o que fazem por amor, existem dificuldades pelo fato de a gestão não pôr em prática o preconizado na ESF. Segundo eles, seus postulados ficam no “papel”, sem a aplicabilidade devida, comprometendo a obtenção de mais e maiores resultados, para além dos já alcançados:

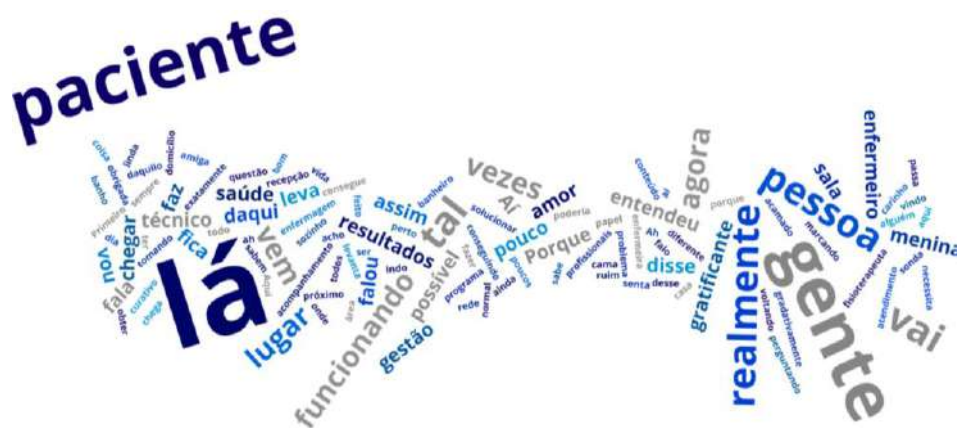
Aqui a gente [...] aqui [...] por amor [...], por amor. [...] A gestão poderia realmente fazer o Programa ser realmente como ele é no conteúdo dele, no papel, entendeu, e não é feito. Ou chegar mais perto daquilo possível, chegar mais próximo possível desse e obter mais resultados, entendeu. Porque é gratificante quando a gente vai na casa da pessoa e a pessoa às vezes leva o enfermeiro lá, o enfermeiro faz o acompanhamento, passa a sonda no

paciente, sabe assim, e o paciente fica, a gente consegue solucionar o problema, que a gente leva o técnico até lá, o técnico faz o curativo com todo carinho que aquele paciente às vezes é acamado, ou o fisioterapeuta, e gradativamente o paciente vai conseguindo ter resultados. Primeiro ele levanta da cama, já senta sozinho, daqui a pouco ele está indo no banheiro, daqui a pouco ele está tomando banho. E a vida dele aos poucos vai voltando ao normal, isso é muito gratificante. De uma rede de saúde que você tem atendimento no seu domicílio de todos os profissionais de saúde que você necessita. (Parte 1)

Outra dificuldade tem sido a comunicação entre os níveis local e municipal. Segundo eles, às vezes ocorrem mudanças de que nem eles ficam sabendo; tomam conhecimento quando o próprio usuário, ao buscar o serviço para a continuidade dos cuidados em saúde em outros locais para além das UBS, descobrem que o local para onde eles o designaram não está mais funcionando no local indicado:

[...] Às vezes a gente vem de lá da recepção, vem aqui na sala e fala: gente, vocês sabem onde está funcionando tal coisa agora? Porque o paciente já foi lá e não é mais lá, alguém da área de vocês disse que já está funcionando num lugar diferente? A gente sempre fica perguntando. Aí vem a menina e fala assim: 'ah não, uma paciente tal dia me falou que realmente não é mais lá. Agora é em tal lugar'. Aí eu vou lá e falo com a pessoa: 'realmente, minha linda, não é mais lá mesmo não'. 'Uma amiga minha me disse lá na sala que uma paciente já falou para ela que é em tal lugar que está funcionando agora' [...].

Figura 49. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coessão, obtida na entrevista em Macaé/RJ



Fonte: Autoria própria

Ver essa fala nos impele a sinalizar um desafio a ser superado quanto às informações intra-RAS, referentes às divulgações sobre ações e serviços disponíveis/desenvolvidos. Como nos ilumina Mendonça (2014), a comunicação é

essencial, visto que por meio dela possibilitam-se o acesso e a acessibilidade não somente ao acolhimento, mas orientando o curso dos passos a serem seguidos para que as demandas identificadas sejam atendidas. Além disso, ela possibilita integração, integralidade, inclusão, participação, reflexão, resolutividade, respeito e solidariedade, fortalecendo a construção da autonomia necessária para pôr em prática a adoção de medidas contributivas para os cuidados em saúde, fruto do empoderamento e da humanização das relações, constituindo-se, portanto, como primordial: um dever de cidadania.

Ademais, faz parte das atribuições da gestão municipal organizar as ações de Atenção Básica dentro de seu território (BRASIL, 2017), e isso precisa traduzir-se em prática gerencial, permitindo superar a fragilidade ocasionada pela falta de informações, a qual gera prejuízos à fluidez necessária para a continuidade do cuidado na rede. Caso contrário, como nos alertam Werneck *et al.* (2009), assume-se o risco de pulverização dos serviços e dificuldades para o enfrentamento dos problemas na assistência.

5.6. CANOAS /RS

Após contato com os coordenadores da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e, em seguida, com as Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), executou-se a pesquisa de campo em Canoas/RS. Participaram da pesquisa equipes das Unidades Básicas de Saúde Estância Velha e São Vicente.

Tabela 6. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo dados do e-Gestor Atenção Básica, abril de 2018

Município	Nº de Habitantes	Total de Equipes de Saúde da Família	Cobertura Populacional da ESF	
			%	N (Pessoas)
Canoas/RS	346.616	68	68,13	236.149

CATEGORIA: UNIVERSALIDADE (CANOAS)

Os entrevistados em Canoas referiram que a universalidade tem sido um dos princípios aplicados dentro da ESF, em consonância com o que preconiza a PNAB. Nesse sentido, o município tem investido na ampliação estrutural e na inclusão de mais profissionais, com a transformação de UBS em clínicas de saúde da família:

Falando de Estratégia de Saúde da Família, [...] dentro do critério da aplicabilidade da PNAB, [...] as equipes de Estratégia elas seguem [...] os princípios norteadores [...]. A gente sempre se norteia pela política atual, pela questão da mudança de cenário, agora a gente está se norteando pela última PNAB. Acho que o município tem uma aplicabilidade boa dela dentro dos critérios de Estratégia. E dentro dos critérios também de ampliação das Unidades, das equipes de Estratégia de Saúde da Família. [...] na Clínica de Saúde da Família, [...] é uma clínica recente [...] e nós estamos ampliando em mais duas equipes de Estratégia, né? Então sempre olhando para esse olhar ali da PNAB [...] e buscando ampliar. (Parte 1)

Figura 50. Nuvem de palavras da categoria Universalidade, obtida na entrevista em Canoas/RS



Fonte: Autoria própria

Ao fim da fala, os entrevistados destacam ainda que a visão de ampliar o espaço físico com a transformação da UBS em clínica de saúde da família, associada à inclusão de mais profissionais “dentro” de um mesmo espaço, proporcionando maior diversidade de especialistas, tem sido “maravilhoso”, potencializando a garantia da “resolutividade” (Figura 50) das demandas apresentadas, através dos serviços prestados:

[...] Tem sido maravilhoso! A resolutividade é outra! Gente, espera aí, agora a gente tem um especialista aqui dentro! Até a gente tem que dar uma paradinha para pensar que agora tem essa outra realidade! (Parte 2)

Corroborando a fala dos entrevistados, Harzheim *et al.* (2013) – em seus estudos sobre a avaliação dos aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro – destacam o potencial dessas unidades de saúde, as quais, além de expandirem a cobertura da Atenção Básica no município ao serem idealizadas a fim de aumentar a resolutividade nesse nível de atenção, assim têm contribuído, visto dentre as ações ofertadas têm disposto exames laboratoriais e de imagem *in loco*, colaborando sobremaneira para a oferta de um atendimento diferenciado em relação às demais ESF.

Assim, concordamos com Raimundi *et al.* (2016) em que a clínica de saúde da família, instituída com base na proposta normativa da Estratégia Saúde da Família (ESF), vem se apresentando como uma proposta inovadora no Brasil e potencialmente contributiva para o fortalecimento da APS, na medida em que produz como resultado maior resolutividade nos serviços prestados.

CATEGORIA: EQUIDADE (CANOAS)

Quanto à equidade, os entrevistados referiram sempre ser orientados, buscando também orientar a criação de “grupos” (Figura 51) de acordo com agravos e voltados aos ciclos da vida, além de atender necessidades para além dos muros da unidade, estendendo os cuidados em saúde às casas quando necessário, como forma de materializar e garantir o princípio da equidade:

[...]. A gente sempre é orientado e a gente também orienta as equipes a promoção dos grupos [...]. Na clínica, nós temos o grupo de gestantes, nós temos o grupo de saúde mental, terapia comunitária integrativa, [...] o grupo de idosos [...]. Então a gente tenta dentro dos grupos inserir [...]. A gente tem ainda a parte da vacinação em casa, que a gente faz com os pacientes em casa [...]. (Parte 1)

Figura 51. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista em Canoas/RS



Fonte: Autoria própria

Outra forma de materializar a equidade citada pelos entrevistados tem sido a implantação de políticas públicas especialmente direcionadas a minorias, incorporando também toda a estrutura necessária institucionalmente e no âmbito do serviço, incluindo

a capacitação dos profissionais, para a oferta de um atendimento mais equânime e integral, de acordo com as especificidades. O município tornou-se assim referência por tal conduta, recebendo inclusive premiações:

[...] Outra coisa [...]. Nós temos aqui no município muito bem implantada a Política LGBT, que o município tem várias ações voltadas a essa área, inclusive ações institucionais. No município nós temos uma lei do nome social, todos os servidores públicos devem chamar os usuários pelo nome social. Nós temos também o Centro de LGBT, que é voltado ao atendimento dessas pessoas. Então ele conta com psiquiatra, psicólogo e uma rede de apoio, onde a gente consegue estar agendando, e também é voltado para processos de hormonização, pacientes trans que desejam harmonizar. Então pensando nessa minoria, tem voltado esse Centro, que é uma minoria que precisa dessa visão diferenciada e desse atendimento diferenciado. Graças a Deus o município é muito bem voltado para essa área. A gente não vê os processos de racismo institucional, e a gente trabalha isso também com a equipe para que não ocorra. Está sendo implantando a questão da saúde da população negra [...] no sentido, assim, de capacitação, de orientação para nós. Também foi sempre foi referência para a saúde dos idosos aqui [...], por muitos anos. Ganhava-se prêmios até [...].

Como nos ilumina Guimarães (2018), a literatura tem descrito o princípio da equidade em duas principais dimensões: uma voltada às condições de saúde e acesso e a outra relativa à utilização dos serviços de saúde. Citando Escorel (2001), o autor ressalta que ambas as dimensões se referem, em grande medida, à determinação social da saúde. Assim, destaca que,

[...] se, por um lado, as iniquidades acabam por expor a população vulnerável de forma diferenciada a fatores de risco para doenças, sejam elas infecciosas ou não transmissíveis, por outro lado, o acesso aos serviços de saúde determina o acolhimento da demanda dessa população e impacta diretamente na capacidade resolutiva dos serviços. (GUIMARÃES, 2018, p. 5)

Nessa base, a PNAB, enquanto política norteadora dos cuidados em saúde na APS, vem ao longo dos anos avançando na promoção do acesso da população mais vulnerável à APS, incluindo a criação de incentivos para sanar limitações da versão de 2006 no que concerne à garantia satisfatória da equidade de acesso aos vulneráveis. Desse modo, evidenciar no relato dos profissionais entrevistados o empenho municipal, tanto por meio de implantação de políticas públicas especialmente direcionadas a minorias como por meio da incorporação da estrutura institucional necessária e no âmbito do serviço – capacitando profissionais para melhor manejo e atendimento a minorias, para a oferta de um atendimento mais equânime e integral, de acordo com as especificidades apresentadas –, materializa as conquistas advindas dos avanços na

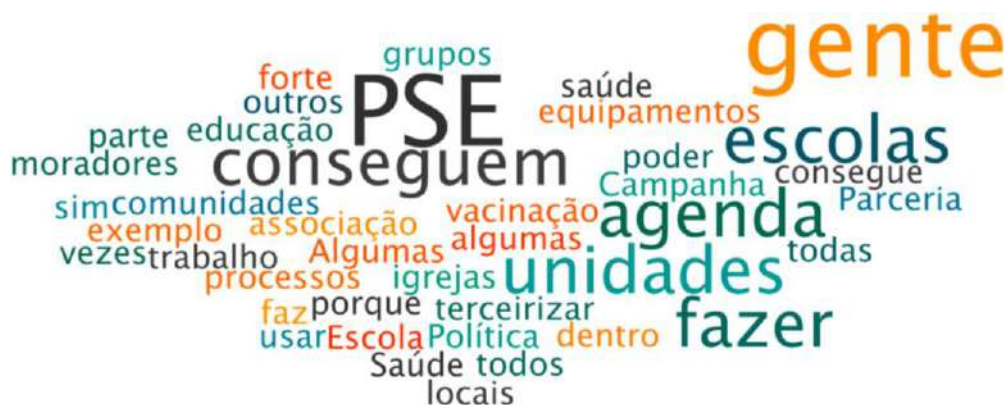
promoção do acesso equânime aos cuidados em saúde na APS, em especial no contexto municipal pesquisado.

CATEGORIA: INTERSETORIALIDADE (CANOAS)

Segundo os entrevistados, utilizando-se as palavras em destaque geradas na nuvem de palavras, os profissionais das “unidades” têm buscado “fazer” “parceria”, por “exemplo” com o “PSE” (Figura 52), bem como com “igrejas” e “associação de moradores”, especialmente para a utilização de espaços físicos para a realização de atividades e quando há campanhas vacinais. Quanto ao PSE, referiram haver uma agenda a ser cumprida, porém externaram dificuldades quanto ao estabelecimento de parcerias com igrejas e associação de moradores, havendo somente algumas unidades que logram êxito:

A gente tem uma agenda da Política de Saúde da Escola. Tem uma agenda para a gente poder fazer essa educação em saúde com o PSE, dentro do PSE, com as escolas. Não são todos os locais que a gente consegue. Parceria com igrejas, algumas comunidades conseguem, associação de moradores, algumas Unidades conseguem fazer essa, usar [...] esses outros equipamentos, para grupos, por exemplo, campanha de vacinação [...].

Figura 52. Nuvem de palavras da categoria intersectorialidade, obtida na entrevista em Canoas/RS



Fonte: Autoria própria

Relembrando-se o que nos dizem Walker *et al.* (2014), Baxter *et al.* (2016) e Herman *et al.* (2013), citados por Neves *et al.* (2018), os serviços de saúde devem estar bem preparados para atender a população, já que uma atenção de boa qualidade oferecida ao usuário conduz a melhores desfechos de saúde, não somente colaborando

para o controle de doenças, mas, para além disso, evitando complicações que levariam a maiores gastos do sistema de saúde.

Nesse sentido, a intersectorialidade apresenta-se como uma estratégia essencial e, enquanto ação, embora ainda permeada de desafios, como nos iluminam Arkeman *et al.* (2014), vem marcando o campo da saúde coletiva em vários movimentos tecnopolíticos, a exemplo dos documentos de construção e embasamento do ideário do SUS. Neles, a articulação intersectorial é recomendada para tornar cada vez mais clarividente que o processo saúde-adoecimento é feito de múltiplos aspectos, demandando-se portanto que outros setores para além do setor saúde sejam considerados, uma vez que assim contribui-se para que, de forma sustentável, a produção da saúde se processe em todas as suas dimensões.

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO SOCIAL (CANOAS)

Os entrevistados referiram que a participação social no município está bastante consolidada. Mencionaram estimular muito os ACS, havendo como resultante uma participação ativa da comunidade, além da participação deles próprios (profissionais), da diretoria de saúde municipal e até da própria Secretaria de Saúde, quando necessário.

Como instâncias de controle social, disseram haver os conselhos, tanto o local como o municipal, através dos quais grandes conquistas têm sido obtidas, além do caminho via ouvidoria, como forma de materializar a participação social:

A gente tem participação desde a gestão, [...] os profissionais de saúde, e também os usuários. A população [...] ela é bem ativa na questão do controle social. A gente tem as Conferências Municipais, tem os Conselhos Locais de Saúde, aonde eles são divulgados pelo trabalho dos agentes comunitários também nessas visitas, e a gente trabalha bastante isso em questão de sala de espera também, onde eles estão ali, já são convidados. E infelizmente quando tem alguma coisa que eles queiram reclamar, a gente também aproveita para poder convidá-los a fazer. É o momento chave que a gente os convida: vem no Conselho. Exatamente, vem no Conselho Local. [...] Então eles são bem ativos e a gente tem grandes conquistas através do Conselho Local. E aí você vai para o municipal. E o município também tem o Conselho Municipal de Saúde. E existe o local uma vez por mês, municipal duas vezes por mês. Então dentro do Conselho Municipal também diversas vezes tem presença da diretoria de saúde. [...] Dependendo da demanda que o Conselho tem também traz [...] a Secretaria de Saúde.

Figura 53. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Canoas/RS



Fonte: Autoria própria

Ao longo dos anos, a participação da sociedade no setor saúde passou por processos de mudança complexos, que resultaram em um sistema de controle social cada vez mais representativo. Nesse cenário, os conselhos de saúde, “constituídos por conselheiros, que se responsabilizam pela proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 2013, p. 41), constituem-se como um dos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Ao atuarem como mecanismos essencialmente democráticos, a sociedade pode se organizar através deles para efetivar a proteção da saúde como um direito cidadão universal. Assim, com base nesse entendimento, apreendemos com o relato dos profissionais uma grande potencialidade, ao primarem pelo fortalecimento do controle social, visto que a partir dele grandes avanços poderão emergir.

CATEGORIA: ACESSO (TERRITÓRIO, UTILIZAÇÃO, RELAÇÕES) (CANOAS)

O “acolhimento” (Figura 54) – diretriz introduzida no SUS em meados da década de 90 e intensificada ao final desta década, deslocando a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, tendo o foco no usuário e posicionando a equipe multiprofissional como eixo central para conduzir à resolutividade (FRANCO *et al.*, 1999) –, segundo os entrevistados, tem sido uma importante forma de assegurar o acesso aos serviços ofertados na APS, especialmente por ser aberto (livre demanda), recebendo

uma atenção diferenciada.

CATEGORIA: GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO (CANOAS)

Quanto à gestão do processo de trabalho, os profissionais entrevistados sinalizaram com pesar o fato de terem de trabalhar com uma equipe mínima de ESF, em função das últimas mudanças advindas da (re)formulação da última versão da PNAB (BRASIL, 2017), em especial ao tratar de “ajustes” no quantitativo de ACS, profissionais estes destacados na fala dos entrevistados como “peças fundamentais”:

A gente trabalha com a equipe mínima de Estratégia [...] que a PNAB estabelece [...], infelizmente. E daí dentro da nova PNAB que estabelece uma equipe mínima dentro de número de agentes comunitários, isso daí agora a gente está só com um agente comunitário lá. Isso aí foi uma coisa que veio do Ministério, que (aqui) aderiu e que a gente lamentou profundamente. Então os ACS, eles se desligam ou são desligados por término de contrato, e não são repostos por causa dessa questão do Ministério aí. Se segue tudo bom, mas [...] seguiu isso aí que não é tão bom assim. Nós perdemos o padrão da Estratégia [...]. Posso começar a chorar? [...] Com cinco agentes do município... Agora, uma equipe com um agente? [...] A gente não conta com as nossas peças fundamentais da Estratégia que são os agentes comunitários [...].

De fato, os “agentes” comunitários de saúde constituem-se como peças-chave na “Estratégia” (Figura 55) Saúde da Família. Mendonça *et al.* (2004) também afirmam isso ao referenciá-los como o maior capital social da saúde. Com isso, de fato, interferências na composição da equipe e no quantitativo de ACS culminam na redução do número desses profissionais nas equipes, como já observado na fala dos entrevistados – fruto da “revisão” da PNAB em 2017.

Figura 55. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista em Canoas/RS



Fonte: Autoria própria

Embora a normativa atual (ainda) permita a manutenção de cinco ACS nas Equipes de Saúde Família (EqSF) (a cargo da decisão do gestor municipal), Morosini e Fonseca (2017) sinalizam essa mudança como um grande retrocesso frente aos avanços já conquistados, não só pelos “ajustes” no quantitativo, mas também pelas iniciativas nacionais de (trans)formar em técnicos de enfermagem os ACS, correndo-se o risco de gerar modificações no perfil e nas competências destes nos próximos anos, impactar os modos de organização da ESF e, possivelmente, estagnar a cobertura da ESF.

Deste modo, como nos sinalizam Melo *et al.* (2018), esses “ajustes” constituem um cenário preocupante, demandando a retomada de rumos para que a ESF, um dos maiores avanços para fortalecimento da APS brasileira, um importante pilar que impulsiona e dá sustentabilidade, na prática, à execução de suas ações e serviços neste âmbito da atenção à saúde não seja fragilizado.

CATEGORIA: INTEGRALIDADE (CANOAS)

Segundo os entrevistados, há boa integração entre a equipe, o que favorece o trabalho intra-UBS e contribui para o atendimento às demandas, realizando-se a referenciação de pacientes na rede nos casos em que não é possível resolver a demanda em nível de UBS – e não apenas via sistema, mas também por escrito (em papel), para que o paciente o leve até o local onde ele foi encaminhado e seja atendido. No entanto, os entrevistados externaram que não recebem o retorno das referências realizadas; em outros termos, não há “contrarreferência” (Figura 56), de modo que eles não sabem o

CAPS, os entrevistados referiram serem insuficientes para cobrir toda a população, sendo necessário que eles se organizem para realizar trabalhos em saúde mental, o que a priori não seria uma de suas atribuições:

A gente tem quatro CAPS [...]. Então, para toda população canoense é muito pouco e a gente tem que se virar nos 30 na atenção primária, muitas vezes fazendo aquilo que a gente não precisaria fazer, né? (Parte 2)

Figura 57. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coessão, obtida na entrevista em Canoas/RS



Fonte: Autoria própria

Além do CAPS, citaram o conselho tutelar como parte contributiva, auxiliando-os quando necessário. Entretanto, disseram que, embora o conselho tutelar os auxilie em algumas demandas, tem sido falho e não tão efetivo, não por culpa dos conselheiros, mas porque por vezes ficam “de mãos atadas” em determinados casos:

[...] E, assim, o nosso Conselho Tutelar ele é muito falho e não nos responde. Não é efetivo. Mas assim, eu vejo assim, a gente conta com eles, mas às vezes eles também ficam meio que de mãos atadas, né? (Parte 3)

5.7. AMPARO/SP

Após contato com os coordenadores da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e, em seguida, com as Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), executou-se a pesquisa de campo em Amparo/SP. Participaram da pesquisa equipes das unidades básicas de saúde, dentre coordenadores, profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde.

Tabela 7. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo o Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB), agosto de 2018

Município	Nº de Habitantes	Total de Equipes de Saúde da Família	Cobertura Populacional da ESF	
			%	N (Pessoas)
Amparo/SP	71.193	20	96,92	69.000

CATEGORIA: UNIVERSALIDADE

Quanto à universalidade, o município retratou essa categoria e princípio do SUS com a inserção do dentista nas equipes de ESF e a amplitude do atendimento à população que ela trouxe para a saúde bucal no município, conforme a nuvem (Figura 58) e a fala a seguir.

Figura 58. Nuvem de palavras da categoria Universalidade, obtida na entrevista em Amparo/SP



Fonte: Autoria própria

A partir do momento em que você deixa de ter o dentista na escola e o dentista está na Unidade Saúde da Família e a Estratégia Saúde da Família trabalha com todas as pessoas e o SUS fala em direito de todos, a universalidade, tudo isso 'boom'! Foi uma demanda muito grande e com excessos gigantes de necessidades. (GT1)

Um estudo de caso do Brasil Sorridente referente à implantação e ao financiamento das equipes realizado no período de 2002 a 2016 revelou um crescimento superior a 470% no número de equipes de saúde bucal no Brasil. Os dados desse estudo apontam que a política permitiu um avanço referente aos blocos estruturantes e

melhorou o acesso e a cobertura em saúde bucal (PUCCA JUNIOR *et al.*, 2020).

CATEGORIA: EQUIDADE

Quanto à categoria da equidade, o município ressaltou a dificuldade de tratar as necessidades da população conforme esse princípio do SUS, sendo um desafio identificar as pessoas que realmente mais precisam do serviço de saúde bucal, conforme expressam a nuvem (Figura 59) e as falas a seguir.

Figura 59. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista em Amparo/SP



Fonte: Autoria própria

O que começou a acontecer na maioria das unidades? [...] Começou a virar a tal da lista de espera, que as pessoas chegavam e falavam 'ah, eu quero dentista' então daí falava 'ah, põe o nome aqui'. Montava o livro de espera - que é o tal do livro preto que a gente fala - que fere absurdamente a questão da equidade, porque ali é nada mais do que colocar o nome do que a pessoa quer, mas você não reconhece a necessidade de um e a necessidade do outro. (GT)

E aí só um detalhe importante: a primeira pessoa que estava no livro preto, ela foi classificada em 151 na hora que a gente aplicou o instrumento, ou seja, nem sempre quem procura é a [pessoa] que mais precisa. E outros detalhes: aquele que mais precisa, muitas vezes, ele não sabe que precisa, ou as necessidades dele são tão primárias, são tão básicas, que ele corre atrás do leito do filho a tratar do dente. Então a ideia foi essa. (GT1)

De acordo com estudo realizado por Foratori-Júnior e Pucca Junior (2021), o Brasil integra o grupo de países com baixo índice de cárie dentária, com base nos dados do índice de cárie aos 12 anos. As principais dificuldades enfrentadas pelo Brasil

Sorridente, política vigente no Brasil no período, relacionam-se à gestão precária e ao baixo financiamento. A pandemia do novo coronavírus, deflagrada em 2020, e as estratégias adotadas pelo governo brasileiro para minimizar as consequências dessa doença também contribuíram para o aumento das iniquidades em saúde bucal no Brasil (FORATORI-JUNIOR; PUCCA JUNIOR., 2021).

CATEGORIA: INTERSETORIALIDADE

Quanto à categoria da intersectorialidade, o município revelou diversas ações integradas, mas assume um grande caminho a percorrer para alcançar seus benefícios na prática das unidades básicas de saúde no que tange principalmente à saúde bucal. Os relatos estão representados na nuvem (Figura 60) e nas falas a seguir, e trazem uma forte relação com as ações que envolvem o setor da educação.

Figura 60. Nuvem de palavras da categoria Intersectorialidade, obtida na entrevista em Amparo/SP



Fonte: Autoria própria

[...] além das ações de promoção, a gente faz um mural, no começo do ano, com todos os dentistas, praticamente. E eles vão para a escola e eles fazem uma avaliação odontológica com todas as crianças e daí separa quem precisa ser enxergado como indivíduo e quem pode ser enxergado como coletivo. Esses que são identificados como risco, ou seja, ele precisa ser visto individualmente, ele tem uma residência, que é identificada, e daí há uma

comunicação. Por isso que eu lembrei dessa história, desse dentista que identifica esta pessoa na escola, com a residência, que significa uma unidade que tenha um link com o dentista. Esse dentista, então, trata desse indivíduo encontrado lá na escola. Maravilha, né? Espetáculo! [fala com ironia, pois na prática isso, muitas vezes, não acontece] (GT1)

Intersetorialmente já, o que a gente tem um pouco mais de fórum é com a comunicação, mas acho que ainda tem um longo caminho a aprimorar na saúde bucal. É diferente, por exemplo, das outras demandas, que você tem que ter uma articulação maior. (GT2)

Porque, assim, eu trabalhava na parte escolar, né? Com visita às escolas, né? E... existe outra forma de estar chamando, também, essas crianças, esses escolares, com um levantamento que acontece. Antes, ele era anual. Acho que, a partir desse ano, ele passou a ser a cada dois anos, que os dentistas vão lá às escolas da sua área ali, fazem um levantamento, uma pré-triagem, né? Examinam a boca de todas as crianças e chamam também. Então é outra forma de acesso, né, ao tratamento, que casa com a ficha também, que a ficha é mais para chamar os indivíduos do bairro. E tem também essa forma de atendimento ao escolar. (ACD1)

Inicialmente, foi a equipe mesmo [que trabalhou na ficha], né? A intersectorialidade local, daqui, de todos, TODOS, porque foram, assim, todos envolvidos: as agentes comunitárias, os técnicos, enfermagem, médica, psicóloga que estava aqui na época. TODOS participaram disso, dessa criação. Aí a coordenação veio através de M. [...] Nós chegamos a conversar um pouco com Sidnei da informática depois, né M.? (OD1)

Um estudo de caso que analisou a implementação de estratégias intersectoriais no Programa Saúde na Escola (PSE) em Santa Catarina revelou que o PSE tem grande potencial para gerar resultados positivos de saúde em longo prazo, através de ações de prevenção e promoção à saúde para os escolares, com ampliação de seus efeitos para seus familiares. Esse programa também otimiza os recursos públicos, de forma a articular diferentes programas das áreas de saúde e de educação. O estudo revelou também que os municípios pesquisados não priorizam o programa, operacionalizando-o de maneira protocolar, sem o devido planejamento e a operacionalização intersectorial das ações (KRINDGES *et al.*, 2020).

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Quanto à participação social, os entrevistados informaram da participação dos conselhos e da comunidade em ações de saúde. Esse discurso está representado na nuvem (Figura 61) e nas falas a seguir.

Figura 61. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Amparo/SP



Fonte: Autoria própria

Que eu saiba, não [o povo não participou da implantação e elaboração dessa Experiência]. Não, que eu me lembre. (ACS)

Agora, houve sim, timidamente, uma tentativa de explicar para a população, no próprio conselho tutelar que eu fui chamado, e no conselho municipal, houve uma explicação em relação ao porquê tirar o dentista da escola, né. O duro vai ser se um dia eu tiver a conclusão que não devia ter tirado, né (risos). (GT1)

Então, tem algumas unidades que o usuário quer saber como é que é a odonto aqui, entendeu? Então, o conselho local é geralmente o que dispara esse tipo de discussão: se o conselho é mais dinâmico, a coisa aparece; se o conselho é mais tímido / porque nesses 6 ou 7 conselhos que a gente tem, o do São Dimas, eu acho que é o mais forte. (GT2)

Eu lembro bem de alguns pacientes que foram entrevistados aqui [sobre o instrumento], até saíram na revista [Revista Saúde da Família], na época. Eu acho que dois ou três. (OD1)

Um estudo realizado no Sul do Brasil destacou a necessidade de os cirurgiões dentistas reorganizarem seu processo de trabalho, direcionando-o à participação social, com inserção em organizações/equipamentos sociais, e da orientação da população sobre tais atividades (KONFLANZ *et al.*, 2021).

CATEGORIA: ACESSO (TERRITÓRIO, UTILIZAÇÃO, RELAÇÕES)

Quanto à categoria organizativa de acesso aos serviços de saúde, o município trouxe informações referentes ao acesso aos serviços de saúde bucal, relacionadas ao cadastro para atendimento, à importância do acolhimento, às dificuldades da busca ativa por falta de retaguarda para atendimento. Essas informações estão representadas na nuvem (Figura 62) e nas falas a seguir.

Figura 62. Nuvem de palavras da categoria Acesso, obtida na entrevista em Amparo/SP



Fonte: Autoria própria

Há uma sensação de que levanta a demanda, mas você, de certa forma, não pode dar uma resposta para isso, o que não deixa de acontecer. Quer dizer, você vai à procura do cara que fala ‘Ah, eu estou com dor, ah, eu estou com...’ Tá, e quanto tempo vai levar para ele? Eu acho que essa sensação que dá [...] para vocês, e não é só para vocês, eu acho que para todo o mundo, assim, é que a ficha é um norte, mas ela não resolve o problema da, da lista de espera. (GT1)

O que me conforta um pouco, assim, para mim, na hora de dizer isso, é que a gente tem a parte do acolhimento, então a gente já explica também: ‘Se tiver dor, né, se cair uma obturação, vem ao acolhimento’. Daí a gente explica como funciona o acolhimento, então dá certo conforto, tipo assim: ‘Vocês não estão desamparados de tudo até chegar a ficha, né.’ Se tiver uma dor, um problema, eles têm como vir resolver esse dente, né. [falas simultâneas] Então aí dá uma ‘aliviadinha’. (ACS)

[...] já tiveram várias fases, mas na fase mais recente, a partir do momento em que a pessoa manifesta o desejo, a necessidade de fazer uma avaliação [da saúde bucal], fazer um tratamento, aí elas [ACS] falam da ficha. Neste

momento, é a partir do momento em que a pessoa demanda. Isso atualmente, né. Porque no começo foi uma coisa mais de busca-ativa e oferecer [o atendimento], né. (COORD)

É, por conta da angústia de falar ‘Puxa, a gente vai fazer uma busca-ativa que depois a gente vai falar: Olha, vem daqui a dois anos, três anos, vai ser chamado’. Então a gente acabou falando: ‘Bom, então vamos deixar para quem manifestar o interesse, em vez de oferecer para todo mundo, já que o que que a gente vai fazer com isso, né?’ (ACS)

Relatou-se ainda a ampliação do acesso relacionado à implementação da Estratégia Saúde da Família, a inclusão da equipe de saúde bucal nesta equipe mínima e as dificuldades relacionadas às barreiras físicas e sociais, como expressam a nuvem (Figuras 63 e 64) e as falas a seguir.

Figura 63. Nuvem de palavras da categoria Ampliação do Acesso, obtida na entrevista em Amparo/SP



Fonte: Autoria própria

O adulto, o idoso e as pessoas que estavam fora da escola, eles tinham espaços de acesso prejudicados porque tinha, em um ou em outro serviço, um postinho que tinha dentista, né. Com a Estratégia Saúde da Família mudou completamente. Por quê? Porque você deixa de atender o escolar por ser escolar e passa a atender a família. (GT1)

O que que isso [ida do dentista que estava na escola para a UBS] gerou? Uma demanda enorme para a saúde bucal, porque parece que ‘abriu a porteira’ (risos), porque antes o adulto não tinha acesso dentro da escola. (GT1)

A Unidade do Jardim Brasil, assim como outras, mas partiu da Unidade do Jardim Brasil se a gente não deveria pensar em algo anterior a isso, ou seja, a gente conhecer uma forma sutil, não de uma forma tão técnica, tão específica do dentista, a necessidade dessas pessoas no território. Então ao invés da gente pegar o livro de triagem, ou melhor, o livro de espera que as pessoas vieram buscar, e criar para ver as condições bucais, vão conhecer no território quais são as condições de saúde bucais destas pessoas, independente dela ter procurado o serviço, dela não ter procurado o serviço. (GT1)

Só que essa criança que foi identificada lá [na escola], foi avisado na unidade e a unidade sabe onde ela mora, sabe o nome, sabe quantos dentes cariados ela tem e tudo. A logística é bacana, [mas] as barreiras sociais e as dificuldades para ela chegar à unidade estão muito além da gente saber que ela existe e que ela mora na rua tal. E você chega lá e é um menininho de 8 anos que cuida da irmã de 2 anos porque a mãe está trabalhando o dia inteiro e não tem quem fique com a criança. E a gente precisa atender. Estou dando um exemplo grosseiro, mas o que eu estou querendo dizer é isso: a gente tem que ter uma logística e até uma comunicação em rede aqui para falar 'olha, tem tal criança aqui', mas as coisas não são tão 'redondinhas assim'. A gente tirou a dentista da escola [...]: é um salto, mas tem uma perda. Esse menininho de alto risco [...], quando a gente tinha um dentista na escola, a gente pegava. Hoje, a gente não consegue pegar na unidade. (GT1)

Figura 64. Nuvem de palavras da categoria Acesso, obtida na entrevista em Amparo/SP



Fonte: Autoria própria

Hoje, a gente tem um equipamento transportado - que foi a sacada que a gente teve - que ele vai para a escola, fica um tempo, trata só aquelas crianças que precisam e depois ele muda de escola... Só que a gente não tem um número de [equipamento] transportável suficiente e nem profissional suficiente para conseguir pegar essas crianças de alto risco no lugar onde elas estão - não confinada, mas que ela, pelo menos um momento, ela está ali. Porque na hora que se passa a responsabilidade para a família levá-lo à unidade, essa família tem uma complexidade tão grande, que muitas vezes ela

não consegue chegar. (GT1)

[...] o que que é mais importante? Esses [crianças] 80% que, de certa forma, têm a doença controlada, que eles quase que vão por si só com pasta fluoretada e com escova que a gente dá, que provavelmente eles já têm uma família numa situação melhor [...] ou aqueles 20% que tem uma situação de risco maior? Numericamente, é menor, mas a complexidade deles é muito maior e [...] nós não tiramos o acesso, a gente continuou o acesso, mas colocamos uma barreira no meio, né, porque eles têm outros complicantes, [...] então saúde não é matemática. (GT1)

Na zona rural, [...] a gente foi reclassificando aqueles indivíduos também do livro para a ficha, mas esse era o trabalho que a SB [saúde bucal] fazia. Não o agente comunitário, porque não tinha também como eles irem até as fazendas e fazer a reorganização. E a gente também fazia por indivíduo lá, não por família. (ACD1)

[dificuldade em ir à unidade] Porque está trabalhando, porque o patrão não liberou, porque isso, porque aquilo. Então, eu acho que, talvez no futuro, [deva] se pensar em algum horário alternativo para [atendimento]... não sei, cinco às sete, não sei. (OD1)

Em estudo que analisou o acesso em saúde bucal no Brasil com base no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no período de 2014 a 2018, observaram-se desigualdades no acesso aos serviços odontológicos relacionadas a fatores organizacionais – como horário insuficiente para atendimento das necessidades e restrição de dias de funcionamento desses serviços –, além de desigualdades em saúde relacionadas a fatores individuais, como renda (FREIRE *et al.*, 2021).

Em dez anos de Política Nacional de Saúde Bucal, um estudo revela que, apesar de trazer uma necessária e oportuna ampliação do número de equipes de saúde bucal no país, o desempenho da atenção odontológica curativa em relação ao ciclo I do PMAQ-AB não pode ser considerado satisfatório. O mesmo estudo identificou a necessidade de mudança no modelo assistencial em saúde bucal, buscando-se novos territórios conceituais e a investigação de práticas inovadoras, a fim de se superar o paradigma hegemônico de atenção odontológica na atenção básica brasileira (NEVES *et al.*, 2019).

CATEGORIA: GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Quanto à gestão do processo de trabalho, o município de Amparo revelou o processo de trabalho da equipe de saúde bucal do município, como a organização da demanda, a avaliação odontológica e a participação em grupos na unidade básica de saúde, como revelam a nuvem (Figura 65) e as falas a seguir.

Figura 65. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista em Amparo/SP



Fonte: Autoria própria

[...] até então, o livro preto também era assim: a pessoa chegava à Unidade, dava o nome lá e [...] quando chegava a vez dela, a pessoa era chamada. Quando foi feita essa ficha, aí, a partir daí, foi / ia ser chamada a família toda, né. Então já teve essa mudança também, que antes era individual e passou para a família. [...] na época, eu lembro que a gente ficou até meio assim, porque a gente não achava muito justo com que estava lá, naquela lista, porque teve essa mudança, mas aí continuou se chamando, chamava da lista e do livro preto até ter o encerramento do livro preto. (ACS)

Então, ela [a ficha] é assim: organiza de certa forma também, [...] dá uma pontuação [...] - que nem sempre, a nossos olhos, é uma pontuação, verdadeira, porque o que que a gente coloca nessa ficha? O que o paciente fala, né. Então se ele me falar: 'Ah, eu estou com a boca cheia de cáries, eu estou com não sei o quê, não sei o quê', eu vou colocar o que ele está me falando. Eu não vejo a boca dele para ter certeza de que a boca dele está daquele jeito, né. Então quem vê isso? A dentista, quando a pessoa senta / o paciente senta na cadeira, é que vai avaliar a real situação, né, da pessoa. (ACS)

Então, eu acho, assim, que quando entrou a ficha, como ela falou, organizou, mas não, não melhorou. Então agora, a nossa área está trabalhando, assim, pela ficha, mas individual. O paciente chega, a gente preenche a ficha da pessoa, na demanda, naquele momento, ou na casa que a gente vai, né, então aquela queixa do momento da pessoa, né. E não está sendo, assim, pela família toda, mas eu acho que deu uma melhora também, porque chegou a doutora L. também, mais uma dentista. (ACS)

A própria equipe da odonto tem processos de trabalho um pouco diferentes, usa a ficha de forma diferente. Uma equipe continua aquele processo

familiar, de chamar pela família e fazer a orientação, enfim; e a outra equipe preferiu fazer / usar a ficha mais com pontuação individual e não pontuação familiar, né. E foi, na verdade, eu acho que é uma polêmica que vem desde a época em que [a ficha] foi implantada [...]. (COOR)

Tinha uma demanda na odonto, entendeu? Agora a ficha não partiu de nós [ACS], né. A ficha veio para a equipe para ela ser aplicada, e aí que teve toda uma discussão: 'Vai ser assim' 'Ah, eu concordo aqui, não concordo ali, faz assim...' (ACS)

[...] a saúde bucal [precisa] ser mais empoderada. Eu acho que, em Amparo, ela é mais empoderada do que grande parte dos municípios dos que eu conheço. Então hoje, a saúde bucal, ela faz parte da equipe e não se fala só em saúde bucal. A gente tem grupos de álcool e drogas, aqui, que a dentista que faz, entendeu? (GT1)

Na odontologia, nós trabalhamos com isso [construção de protocolos conjuntos] há muito tempo. Todas as especialidades odontológicas têm critério e protocolo clínico [...]. (GT2)

E eu acho que antes de a gente estar tão, assim, acumulado lá no apoio, a gente tinha pelo menos umas quatro, cinco reuniões no ano, onde a gente juntava tanto equipe de ASB, quanto equipe de dentistas, né? Para discutir mesmo! No que que a ficha está rolando, quais as dificuldades. E não só a ficha! Questão de encaminhamento, referência, contrarreferência, no CEO. [...] COM a questão de deixar de existir a coordenação da saúde bucal, cada coordenador da sua unidade ser responsável pela sua... pelo seu território, em todos os núcleos, isso foi descentralizando. O que é muito bacana! Porque cada unidade vai construindo o seu... mas também, eu acho que a gente não pode ir de um extremo para o outro. Porque o encontro do núcleo de saúde bucal, ele também é importante. Não pode ficar só nesse encontro, né? (GT1)

Eu acho uma boa relação [dos ACS com a equipe de SB]. A gente tem liberdade de chegar lá, com a dentista, e estar conversando, né, sobre a ficha ou sobre qualquer outro assunto. Eu não vejo problema de conversar com eles. Nem de alguma dúvida que a gente tenha ou alguma coisa que a gente não concorde. (ACS)

Então foi uma coisa bem... demorou, demorou bastante [a construção da ficha], demorou mais de um ano tendo reuniões periódicas, né? Pelo menos a cada 20 dias, nós tínhamos uma reunião, com um grupo. (GT2)

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro em 2016, que analisou a organização do processo de trabalho em saúde bucal, verificou-se que na organização da demanda a maioria das equipes realiza acolhimento e avaliação de risco e vulnerabilidade. Alguns procedimentos clínicos básicos não são ofertados pelas equipes, a endodontia é a especialidade com maior tempo de espera, e grande parte das equipes não tem acesso a laboratórios de próteses dentárias (CASOTTI & GABRIEL, 2016).

Em 2018, um estudo que analisou o PMAQ-AB no Brasil revelou que, dentre os quatro atributos da atenção primária, apenas três foram identificados: primeiro contato, integralidade e coordenação do cuidado. Não foi verificado o atributo da

longitudinalidade (FAGUNDES *et al.*, 2018).

CATEGORIA: INTEGRALIDADE

Quanto à categoria da integralidade, identificou-se por meio da nuvem (Figura 66) e das falas a seguir a menção a esse princípio nos termos da não disponibilidade de procedimentos necessários para a continuidade do cuidado em saúde bucal da população, bem como a importância da articulação do cuidado em rede.

Figura 66. Nuvem de palavras da categoria Integralidade, obtida na entrevista em Amparo/SP



Fonte: Autoria própria

[...] eu acho que tem coisas, ainda, que o SUS não, não faz, né. Assim, seria bom se a gente conseguisse que ele fizesse tudo, né, nessa parte odontológica, porque tem coisas que o SUS ainda não cobre. Vamos supor: tem tratamento que ele não faz, né. (ACS)

Eu acho fundamental não ter essa fragmentação da Atenção Básica e CEO. Porque se o intuito é trabalhar em rede, tá certo, eu acho que não tem que ter... Tudo bem, quando é para se discutir alguma coisa inerente à Atenção Básica, Saúde da Família, enfim, acho que é válido em termos de processo de trabalho. Mas quando se tem que se discutir rede, alguma coisa mais complexa, tem que ter as duas [AB e Especialidade]. (GT2)

Em um estudo de revisão sobre a integralidade na saúde bucal, identificou-se que

sua operacionalização está fragilizada principalmente pela dificuldade de acesso a serviços, por falhas na organização da demanda, dificuldades nas ações de educação e promoção da saúde, bem como pela limitação para a continuidade dos tratamentos (LEAL JÚNIOR *et al.*, 2021).

No que se refere aos atributos essenciais da atenção primária à saúde, a integralidade demonstra-se como um dos desafios mais consistentes. As dificuldades no desempenho da integralidade podem estar relacionadas à incapacidade organizacional dos serviços de APS para a oferta de serviços e à heterogeneidade destes. Um conjunto de ações estruturadas para o fortalecimento da APS é fundamental para se obter ganho de eficiência; para que isso ocorra, uma rede de atenção à saúde deve estar organizada e com fluxos estabelecidos, havendo também melhoria contínua do acesso, investimentos em residências (medicina de família e comunidade e multiprofissional) e definição de uma carteira de serviços direcionada às necessidades da população (CUNHA *et al.*, 2020).

CATEGORIA: TRABALHO EM REDE/COESÃO

Na categoria do trabalho em rede e da coesão social, as falas dos participantes do município de Amparo trouxeram aspectos da participação e do empoderamento das equipes, bem como de sua articulação para o trabalho em rede, conforme a nuvem (Figura 67) e as falas a seguir.

Figura 67. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede, obtida na entrevista em Amparo/SP



Fonte: Autoria própria

Então, hoje, as unidades da Saúde da Família, elas se tornaram muito autônomas mesmo. Aqui tem uma gestão bem central, não é uma coisa vertical, nesse sentido. Então, essa coisa de como eles explicaram [a mudança no atendimento da SB] para a população, cada um fez do seu jeito e do jeito que quer. E mesmo essas unidades que estão falando 'a gente não está aplicando o instrumento em todo mundo', a gente não nem ousar dizer 'ah, mas É pra aplicar'. Aqui, se fizer isso, é queimado em praça pública, porque aqui tem um empoderamento da equipe, que isso é muito forte. Aqui, a rede tem competência para tirar a gente da gestão, para tirar a Secretaria, porque já tem um saber e um determinado empoderamento. Porque quando você tem uma gestão mais vertical, a coisa fica mais no poder da secretaria, mas se a coisa é mais transversal, empodera. (GT1)

Foi, porque todo mundo [da equipe da Unidade] participou, né. Nós fomos contra, fomos a favor, fomos contra, a favor (risos). Um contra ou a favor, a gente participou, dando opinião contrária ou a favorável. (ACS)

E a minha angústia era... conhecer aquele livro. Saber quem que estava esperando e quem que eu ia chamar. Porque eu atendia na urgência pessoas que estavam 'láááá' no final do livro, né? Eu acho que a angústia pôs isso à prova. E a angústia de hoje é outra angústia. (OD1)

Isso tudo faz parte, acho que do... da construção coletiva de alguma coisa, que enquanto você não participa daquilo, aquilo não é SEU, você não se apropria, você não acha que é necessário. (OD1)

Na época da criação da primeira ficha, havia residência da UNICAMP aqui, né? [...] essa unidade, era unidade de estágio de Saúde da Família do pessoal da UNICAMP. E tinha uma residente, na época, [...] que ela participou bastante. Ela se EMPOLGOU, ela deu muito gás para a gente, [...] eu queria fazer tudo no lápis, na régua, ela fazia tudo no computador.

Então assim, até acho que alguns residentes que passaram por aqui, na época, se envolveram MAIS com a saúde bucal do que de costume. [...] Foi interessante, porque a equipe discutiu Saúde da Família! A equipe discutia o que era justo, o que não era, o que era equânime, o que não era. Foi uma época bem legal assim. Acho que foi uma época que tinha mais motivação também, eu acho que quando você discute, não sei... CRIA alguma coisa... acho que foi uma época de empolgação. (OD1)

[...] a rede, cada unidade foi dando uma cara para esse instrumento, [...] foi começando a sofrer as alterações que cada equipe quis. A priori, nós achamos que não seria o melhor caminho, porque nós achamos que 'estaria pronto'. Doce ilusão, ingenuidade nossa em achar isso! Deixamos quieto, deixamos, durante dois anos, cada um trabalhar no seu instrumento do jeito que quisesse [...] Todo mundo trouxe a sua contribuição, a partir daquele que viveu, que vivenciou, e a partir do instrumento que ele adaptou e criou no seu território. E, hoje, nós construímos um instrumento no nosso município de Amparo, [...] ele é um compilado de ideias e, hoje, ele está encontrado em todo o município. (GT1)

Um estudo que analisou o trabalho da saúde bucal em rede revelou, por meio da fala dos coordenadores entrevistados, que é compreensível que os serviços públicos apresentem sinais de rompimento com o paradigma “odontocentrado”, podendo este ser observado quando se revelam destaques e experiências positivas da inclusão da odontologia na equipe mínima da Estratégia Saúde da Família.

Mais um sinal apresentado foi a ampliação das formas de acesso às linhas de cuidado e aos níveis tecnológicos em saúde bucal a partir da possibilidade de regulação do cuidado. Outro indicador é a possibilidade de uma formação profissional voltada para um modelo de atenção de base territorial (GONDINHO *et al.*, 2021).

5.8. OURILÂNDIA DO NORTE/PA

Após contato com os coordenadores da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e, em seguida, com as Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), executou-se a pesquisa de campo em Ourilândia do Norte/PA. Participaram da pesquisa equipes das unidades básicas de saúde, dentre coordenadores, profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde.

Tabela 8. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo o Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB), agosto de 2018

Município	Nº de Habitantes	Total de Equipes de Saúde da Família	Cobertura Populacional da ESF	
			%	N (Pessoas)
Ourilândia do Norte/PA	31.921	12	100	31.921

Não foi identificada nas falas dos participantes de Ourilândia do Norte/PA a categoria de universalidade.

CATEGORIA: EQUIDADE

Quanto à equidade, o município de Ourilândia do Norte/PA identificou o atendimento prioritário e especializado de populações vulneráveis, tal como representado na nuvem (Figura 68) e na fala a seguir.

Figura 68. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista em Ourilândia do Norte/PA



Fonte: Autoria própria

[...] E esse hospital atende de forma prioritária, também, os indígenas que precisam de tratamento especializado. (DSEI-KA2)

De acordo com um estudo de revisão, a saúde dos povos indígenas apresentou mudanças epidemiológicas juntamente às alterações na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Logo, a atenção a tal população deve ser modelada nos serviços de atenção primária. Destacam-se os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como fundamentais para a garantia da cidadania e do acesso à saúde pela população indígena. Os DSEI são considerados responsáveis pelos serviços de saúde adaptados às demandas da população indígena, garantindo equidade e humanização no atendimento à saúde (FARIA *et al.*, 2020).

CATEGORIA: INTERSETORIALIDADE

Quanto à intersectorialidade, o município revelou parcerias com outros setores, como o da segurança pública e o Ministério do Desenvolvimento Social, conforme demonstrado na nuvem (Figura 69) e nas falas a seguir.

Figura 69. Nuvem de palavras da categoria Intersectorialidade, obtida na entrevista em Ourilândia do Norte/PA



Fonte: Autoria própria

Nós tivemos uma parceria com o governo do Estado, no início, né. É, aí veio uma equipe de lá, junto com a Defesa Civil e tal, assim, mas não deu continuidade. A parceria com o Estado, na verdade, ela foi uma ação, assim, mais pontual e não foi dada muita continuidade, não. Não sei se porque as

pessoas que estavam à frente saíram, só sei que assim, não foi... Mas eles ajudaram principalmente na parte de transporte que e/e/e distribuição de leite. (DSEI-KA2)

[O programa] Tem uma parceria também com o MDS (Ministério do Desenvolvimento Social), que eles fornecem cestas de alimentos pelo Ministério do Desenvolvimento Social [...] É, com a distribuição de cestas de alimentos, só que assim as parcelas que a gente recebe, é, assim, não são/não são mensalmente, por exemplo. Elas são... [...] seis (etapas) [...] duas vezes ao ano. (DSEI-KA2)

[...] a intersetorialidade, todos os princípios do SUS, na verdade, né, a gente tem tentado trabalhar. (ENF1)

Para a operacionalização da intersetorialidade no trabalho na Atenção Primária em Saúde, é necessário um exercício de mudança de paradigma, voltado para um modelo de atenção compartilhado e centrado no usuário. Faz-se necessário reconhecer a complexidade do cuidado em saúde e a necessidade da integração de saberes para o cuidado. Esse princípio do SUS é considerado um impulsionador das políticas de saúde voltadas para a mudança de modelos de atenção, pois representa a superação da fragmentação das políticas, além de ser um instrumento de colaboração das práticas de cuidado e gestão (MENDONÇA; LANZA, 2021).

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO SOCIAL

No que tange à participação social, os participantes da pesquisa comentaram a atuação dos conselhos distritais de saúde e da comunidade indígena local. Essas informações estão registradas na nuvem (Figura 70) e nas falas a seguir.

Figura 70. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Ourilândia do Norte/PA



Fonte: Autoria própria

Eu creio que sim [há representação dos usuários na tomada de decisão na Experiência]. Assim, aqui do Turedjân não, mas eu acho que do Aukre, eles vão passar participar através do Conselho Distrital de Saúde. Tem o conselho, o T., lá do Aukre, que chama Bengoti, ele é AISAN e ele é membro do Conselho, então ele está sempre nessas reuniões e vira e mexe, quando tem essas reuniões, o pessoal do conselho está junto. (ENF1)

[...] Eles [indivíduos da comunidade] são convidados, aí existem também os Conselhos Locais de Saúde, então dependendo dos assuntos que vão ser discutidos, a gente chama, faz a reunião lá, dentro da comunidade mesmo, e aí aqueles conselheiros lá, eles vão ver o que a comunidade quer, a necessidade da comunidade, e vão anotar e quando for na reunião distrital eles passam para o Distrito/ o conselheiro local/ distrital que está lá na aldeia, ele vai para reunião e ele coloca lá e é discutido a nível de Distrito no Conselho. (ENF1)

[...] geralmente a gente deixa/ a gente deixa, não. É para ser assim: a critério da comunidade, a comunidade escolhe (seu agente indígena de saúde), a gente não interfere. Só que era para ser uma pessoa que sabe ler, que sabe em português, escrever e que tenha um/ né, mas aí eles escolhem “Ah, é meu sobrinho, é sobrinho do Cacique, é genro do Cacique” e é assim que eles escolhem, mas a gente não pode interferir porque isso tem que ser partido deles. (ENF1)

[...] a gente faz/ trabalha com a prevenção, a gente faz/ tem rodas de palestra nas comunidades mensalmente. Os temas são/ é [...] livres. A gente/ o profissional que está na área, ele vê a necessidade e ele escolhe o tema baseado naquela necessidade, e ele faz junto, articulado com a comunidade, com os agentes de saúde e faz aquela educação é/ palestra educativa com eles, né. (ENF1)

Foi característica do município de Ourilândia do Norte a presença da participação social da comunidade indígena, o que é muito peculiar, visto a dificuldade que essa população enfrenta para contribuir e exercer tal função. Destaca-se a importância da participação indígena para garantir e manter seus direitos constitucionais. Políticas públicas de proteção social e cuidado devem ser produzidas com protagonismo dos povos indígenas nos espaços de controle social e de construção do subsistema (SCALCO; NUNES; LOUVISON, 2020).

CATEGORIA: ACESSO (TERRITÓRIO, UTILIZAÇÃO, RELAÇÕES)

Quanto ao acesso à saúde, o município em questão relatou sobre o acesso da comunidade indígena aos serviços de saúde, representado na nuvem (Figura 71) e nas falas a seguir.

Figura 71. Nuvem de palavras da categoria Acesso, obtida na entrevista em Ourilândia do Norte/PA



Fonte: Autoria própria

A gente trabalhou dentro do Posto de Saúde Indígena. Na verdade, não é bem um PSF registrado, mas é um Pólo, [...] é o posto que a gente tem lá e era dentro do Posto de Saúde que a gente trabalhava essas ações. [...] Na aldeia, a gente fazia esse trabalho na aldeia. [...] Um (posto de saúde) em cada

aldeia. (ENF1)

E a dentista, ela atende esse pessoal nas aldeias, aí tem um período, ela tira a folga dela, tem um período que ela atende. A gente tem um consultório montado aqui que o E. cedeu o espaço para a gente e a SESAI/ FUNASA cedeu os equipamentos, trouxe os equipamentos e ela atende lá quando / casos que não dá para serem resolvidos na aldeia, ela atende aí, marca e aí quando não está nesse período, ela atende o pessoal. (ENF1)

De forma geral, o processo de implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) no Brasil mostra-se pouco produtivo e pouco exequível, apesar de se apresentarem avanços importantes e ganhos perceptíveis na saúde indígena no país. Mesmo com os crescentes recursos financeiros disponibilizados para a implementação do subsistema de saúde indígena, as ações têm revelado poucos resultados nos indicadores de saúde, refletindo as desigualdades historicamente descritas entre esses povos e os demais segmentos (MENDES *et al.*, 2018).

CATEGORIA: GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Quanto à gestão do processo de trabalho, os participantes da pesquisa revelam a influência do governo na gestão da atenção à saúde, o recrutamento de profissionais da saúde, o treinamento em serviço, a dispensação de suplementos alimentares e a educação em saúde. A nuvem (Figura 72) e as falas a seguir representam essa categoria:

Figura 72. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista em Ourilândia do Norte/PA



Fonte: Autoria própria

E aí o que que o governo está fazendo? As ‘ONGs’, como vocês sabem [...] não deram certo. A intenção do governo era colocar ‘ONGs’ para administrar, que anteriormente o governo / alguns funcionários estavam desviando verbas, não estava dando certo. O que que o governo fez? ‘Não, eu vou fazer uma parceria, colocar ONG e funcionário nosso, para acompanhar, tá?’ Aí começou a existir desavença. ‘Acaba com as ‘ONGs’, as ‘ONGs’ estão/estão desviando dinheiro, agora vamos ter a nossa nova secretaria, botar gente responsável, funcionário responsável para administrar. Só pessoal do governo mesmo.’ Então, ele fez isso, acabou com as ‘ONGs’, entendeu? Pegou a administração novamente, e está começando a fazer os primeiros passos: uma nova secretaria, que não conhece, por pessoas que vieram de outro setor que não conhecem como é que se faz o trabalho. Então, nós estamos aqui engatinhado com eles que já trabalhavam. São/são/ de ONGs, entendeu? E que o governo, é, terceirizou. Pegou várias empresas: de transporte [...] de assistência, de restaurante. E está terceirizando tudo, e colocou seus funcionários, para fiscalizar e administrar, entendeu? [...] E caminhando, dando os primeiros passos. E nós, que somos da SESAI, temos que nos orientar com eles, estão mais experientes. [...] Então nós temos que estar aprendendo com eles. (SESAI1)

Nós / agora em 2012, que tem outro convênio que a gente acredita agora que essa precarização da força do trabalho vá mudar. A gente já tem uma contratação hoje mais definida, um contrato já, de uma forma mais [...] mais ideal para trabalhar com a Saúde Indígena, que são os contratos com a ‘SPDM’ [Associação Paulista para desenvolvimento da Medicina], que a gente tem hoje um convênio com a ‘SPDM’, que aí faz os contratos... Trabalhamos na seleção, o Distrito participou ativamente da seleção dos profissionais, né, a representante também da comunidade indígena, o Conselho, então muita gente nova, vários outros profissionais também que não tinha, que não / categorias que não eram inseridas, que foram inseridas agora, como: nutricionista, assistente social, psicólogo, e o aumento mesmo

dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. (DSEI-KA2)

O que a gente tem feito, assim, é utilizar daqueles profissionais que trabalharam desde o início, né, e esses profissionais repassar essa/essa experiência com os novos. Acompanhar, né, na entrada das aldeias, é, repassar de uma forma assim, na verdade, de uma forma de treinamento em serviço, de acompanhamento de novos profissionais. Mas como as áreas são distantes e dispersas, assim, a população indígena, acaba que não dá pra acompanhar todos, né. (DSEI-KA2)

E a gente não dava (o suplemento alimentar) para eles levarem para a casa, nunca a gente trabalhou assim, porque se você dá para levar para a casa, quem menos come é a criança, que mais precisa. Então a gente preparava no Posto de Saúde e quando era na hora, eles já sabiam [...] Vinham com as crianças, a gente dava no copinho, aqueles que ainda não conseguiam no copinho, a gente dava na mamadeira, dava na colher, e aí eles tomavam e as crianças realmente melhoravam, a gente via que tinha resultado. Mas hoje é desse jeito, dessa forma, não tem orçamento, mudou tudo. (ENF1)

Todo o Distrito tem [palestras], inclusive a gente tem uma 'planilhazinha' que a gente preenche depois, eu acho que eu tenho aqui [...] que a gente preenche depois. Isso aqui era para ser feito mensalmente, é obrigatório ter uma, mas ela pode ser várias no meio, depende da necessidade, entendeu? Ela é [...] um padrão, para o distrito inteiro. (ENF1)

No que se refere à educação permanente na saúde indígena, observa-se a necessidade de retornar a aspectos muito anteriores à prática do atendimento em saúde, para que aspectos étnicos e culturais possam ser compreendidos, bem como outros conceitos de saúde que transcendem a visão biomédica de cuidado. Como expresso nas falas, o processo vai além de um conhecimento passado de um profissional para outro; exige uma imersão e uma interculturalidade do fazer-saúde (LANDGRAF *et al.*, 2019).

Na Declaração de Alma-Ata, propõe-se uma Atenção Primária à Saúde como estratégia para materializar o direito à saúde por meio do acesso, de forma a reduzir as desigualdades, favorecer a participação social, a formação e a manutenção de vínculos entre os profissionais de saúde e a população adscrita. Apesar de a estruturação e a construção da PNASPI estarem alinhadas às propostas descritas, de maneira geral elas não se efetivam na prática (MENDES *et al.*, 2018).

CATEGORIA: INTEGRALIDADE

Quanto à categoria e princípio da integralidade, em todas suas nuances, os participantes do município relatam fluxos de referência e contrarreferência, bem como busca ativa na comunidade. Essas características estão expressas na nuvem (Figura 73) e nas falas a seguir.

Figura 73. Nuvem de palavras da categoria Integralidade, obtida na entrevista em Ourilândia do Norte/PA



Fonte: Autoria própria

Então a gente remove das aldeias para os municípios de referência, e dos municípios vêm, aqueles casos que dependem de um tratamento mais especializado, média e de alta complexidade e vêm para um Hospital Regional que fica em Redenção. [...] De todos os municípios, é, da área de abrangência do Distrito, esses pacientes vêm para esse hospital aqui em Redenção. (DSEI-KA2)

Então (no caso da tuberculose, por exemplo) a gente faz, vai, chama o próprio, a família, a gente já fez para fazer, é, busca ativa. Aí fizemos raio x, em todos eles – comunicantes - fizemos, é exame de baciloscopia [...]. Então a gente faz essas ações. (ENF1)

Em um estudo realizado com indígenas com tuberculose, observou-se que existe uma valorização do acolhimento na produção do cuidado ao indígena, mas o vínculo está relacionado à cultura do profissional de saúde; observou-se ainda que existe insegurança na resolubilidade das demandas dos indígenas com tuberculose e presença de divergências entre responsáveis pela saúde indígena na responsabilização pelo cuidado. Esses são os pontos levantados pelo autor, referentes à integralidade, que devem receber atenção e adoção de medidas para melhoria (JESUS *et al.*, 2019).

CATEGORIA: TRABALHO EM REDE/COESÃO

Quanto ao trabalho em rede/coesão e compromisso social, os participantes do município destacam o trabalho em rede com a obtenção de suplementos alimentares em parceria com Organizações Não Governamentais (ONGs) e o envolvimento e compromisso social dos profissionais de saúde para a qualidade dos serviços ofertados à população indígena. Essas informações estão demonstradas na nuvem (Figura 74) e nas falas a seguir.

Figura 74. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede, obtida na entrevista em Ourilândia do Norte/PA



Fonte: Autoria própria

E na época, como o A. era muito articulado, ele conseguiu doação do governo do Estado, então veio muito leite, ele conseguiu junto com essa ONG que o R. trabalhava, que é um amigo dele, aquisição da massa, aquisição da solução de minerais, aí depois quando não/não/ terminou, as próprias ONGs compravam. A nutricionista calculava e era manipulada, na farmácia de manipulação, aquela solução, aí tinha um tanto para cada mamadeira, cada copinho, a gente colocava e as crianças tomavam. (ENF1)

A idéia inicial, é, ela partiu mais, assim, de uma observância da equipe, de sentir a necessidade de fazer algo mais, e assim houve algumas reuniões no Distrito para dar início a tudo isso, mas, é, partiu principalmente da observação da equipe. Principalmente do doutor A. que, é, como ele estava muito 'ligado' às áreas e vinha observando essa dificuldade, essa carência dos/das crianças, principalmente. (DSEI-KA2)

O Doutor A. ele – no período que ele trabalhou aqui – ele sempre foi muito

dedicado, né, ele trabalhava de forma exclusiva no Distrito e todas essas ações eram comunicadas. A gente discutia junto com os demais integrantes da equipe, os enfermeiros, e tudo. Então, um pessoal muito envolvido. E ele sempre, assim, ele trazia essas ideias, mas eram discutidas e aí foi aceito pela gestão do Distrito e pelos profissionais que acabaram realizando toda ação. (DSEI-KA2)

As falas revelam o compromisso social dos profissionais de saúde com a qualidade dos serviços prestados à população indígena da região. Em um estudo de reflexão, observou-se que a descontinuidade do cuidado, associada à carência e alta rotatividade de profissionais, e a necessidade de estabelecer diálogos interculturais que promovam a articulação com saberes tradicionais são fatores que desafiam a efetividade da PNASPI. O cuidado dispensado à população indígena no Brasil ainda é centrado em práticas paliativas e emergenciais, baseado na remoção de pacientes, gerando altos custos. A superação desses desafios depende do fortalecimento da APS e de seu reconhecimento enquanto importante marco regulador do modelo organizacional da PNASPI (MENDES *et al.*, 2018).

5.9. FLORIANÓPOLIS/SC

Após contato com os coordenadores da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e, em seguida, com as Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), executou-se a pesquisa de campo em Florianópolis-SC. Participaram da pesquisa equipes das unidades básicas de saúde, dentre coordenadores, profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde.

Tabela 9. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo o Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB), agosto de 2018

Município	Nº de Habitantes	Total de Equipes de Saúde da Família	Cobertura Populacional da ESF	
			%	N (Pessoas)
Florianópolis/SC	485.838	105	74,56	362.250

Não foram identificadas nas falas dos participantes de Florianópolis/SC as categorias de universalidade e equidade.

CATEGORIA: INTERSETORIALIDADE

A intersectorialidade está representada na nuvem (Figura 75) e na fala abaixo. Os participantes não identificaram parcerias intersectoriais na APS, essenciais para a atenção integral ao usuário.

Figura 75. Nuvem de palavras da categoria Intersectorialidade, obtida na entrevista em Florianópolis/SC



Fonte: Autoria própria

Eu não consigo enxergar parceiros além da gente mesmo, é uma conduta nossa mesmo. A UFSC envia os alunos pra gente também por que é uma experiência fundamental pra eles passar pela assistência primária, eles não podem passar por uma faculdade sem saber o que se faz aqui e isso tem mudado porque até pouco tempo atrás era uma vez por semana só a visita deles aqui, mas com a mudança do currículo eles passam um período imerso aqui manhã e tarde e aí dá pra vê o que se faz. (ENF1)

Romagnoli *et al.* (2018), em estudo sobre a intersectorialidade em saúde mental no Sudeste e no Nordeste brasileiros, apresentam como desafios desse princípio, apesar da singularidade das regiões, a falta de articulação entre sistemas e serviços, a comunicação precária entre as equipes, a sensação de sobrecarga de trabalho dos profissionais, o risco de psicologização dos casos e a falta de avaliação das ações em conjunto após os encaminhamentos (ROMAGNOLI *et al.*, 2018).

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Sobre a participação social, os participantes do estudo relataram a atuação e a importância dos conselhos e da participação popular nas conquistas em saúde mental no município. Essas informações estão detalhadas na nuvem (Figura 76) e nas falas a seguir.

Figura 76. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Florianópolis/SC



Fonte: Autoria própria

[A experiência] Teve aprovação do Conselho, tudo passa por aprovação através do conselho [...] O que eu percebo isso é uma opinião pessoal, é que a participação popular é importante, mas os conselhos estão sendo deturpados na prática como nichos de interesses particulares, tá? Então assim, é muito pró forma e é muita barganha que tem no final, sabe, assim, sendo bem sincera, E aí é um nicho do vereador tal, o nicho de uma categoria de um conselho regional de uma determinada profissão que aparelha aquilo, ou de um determinado partido. Então assim, os conselhos, eu não vejo como locais de participação popular efetiva mesmo, sabe? [...] Eu posso dizer que sim, porque passou pela aprovação do conselho, mas o conselho muitas vezes está muito distante do usuário que deveria ser... (PSQ3)

A gente tem um conselho local de saúde que está ainda engatinhando, têm as nossas reuniões enfim, mas ainda não tem uma participação plena da população, têm pessoas que estão participando da comunidade, mas que em geral já tem uma historia de participação em movimentos populares, mas eu não vejo o usuário participando, não vemos o nosso paciente participando [...] As pessoas são pouco participativas estão envolvidas ou no trabalho ou na família, no próprio sofrimento (usuário de saúde mental) e não consegue

ainda partir pra outras possibilidades. (ENF1)

Para Amarante & Torre (2018), no Brasil, a Reforma Psiquiátrica se constitui como um movimento social de produção de um novo discurso e uma nova prática na abordagem da loucura e do sofrimento mental, bem como do discurso psicopatológico e contra a exclusão social dos sujeitos em crise ou vulnerabilidade psicossocial, e a favor de uma sociedade sem manicômios (AMARANTE; TORRE, 2018).

CATEGORIA: ACESSO (TERRITÓRIO, UTILIZAÇÃO, RELAÇÕES)

Quanto ao acesso aos serviços de saúde mental no município, os participantes da pesquisa discutem sobre o acesso à atenção especializada ofertada por psiquiatras e psicólogos, como representado na nuvem (Figura 77) e nas falas a seguir.

Figura 77. Nuvem de palavras da categoria Acesso, obtida na entrevista em Florianópolis/SC



Fonte: Autoria própria

Mesmo porque a proposta inicial era: vamos juntar com psiquiatras e psicólogo, regionaliza-los, [...] porque eles estavam aglomerados ou no centro ou no norte... Vamos distribuir, montar essa equipe, esses psicólogos e psiquiatras não vão ficar mais juntos, vamos fazer uma proposta com eles e vão ter tempo formalizado pra sentar com as equipes de saúde da família. (PSQ3)

Encaminhando direto, na prática, como ficava uma fila de espera enorme, era o que eu falava muito para os médicos e enfermeiros: quem atende é o médico de família, você tá atendendo toda a demanda, porque você não tem acesso a outro (médico). Se a gente abrir, colocar esses espaços presenciais, você (médico de família) vai ter acesso direto, vai conseguir discutir os casos que são os maiores pepinos para você, e aí conseguir o acesso mais rápido à consulta [psiquiátrica]. (PSQ3)

Para Barros *et al.* (2018), a Reforma Psiquiátrica aponta para uma urgente articulação da saúde mental com a atenção básica, na tentativa de superar a atenção apoiada no modelo hospitalocêntrico, a ser substituída por um modelo de intervenção que privilegia a atenção integral e territorializada. A Estratégia Saúde da Família consiste em uma grande aliada nos cuidados ao sofrimento psíquico, pois pacientes com transtornos mentais leves podem ser cuidados e acompanhados na atenção básica (BARROS *et al.*, 2018).

CATEGORIA: GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

A nuvem (Figura 78) e as falas que se seguem caracterizam a gestão do processo de trabalho na APS segundo os participantes da pesquisa. Resgatam principalmente o matriciamento em saúde mental e a importância da informatização na comunicação dos profissionais de saúde.

É... a informatização é ótima, a gente ganhou muito [...] isso facilita bastante a comunicação... Não retira a necessidade de entrar em contato, seja em um telefonema, seja uma reunião, de estar com contato, mas assim... facilita muito saber o percurso daquele paciente, a gente conseguir detectar ele mais rápido, isso é bem importante... (PSQ3)

Iglesias & Avellar (2019), em estudo sobre o matriciamento em saúde mental, reforçam que ele depende de um processo de construção de formas de se relacionar mais integradas, que não cabem em encontros eventuais ou esporádicos. Reforçam também a necessidade da discussão daquelas tensões e dos processos de trabalho dos serviços envolvidos.

Os autores reafirmam ainda a necessidade de formação na perspectiva matricial, bem como a análise e o acompanhamento constante dessa prática, para que em nome do matriciamento em saúde mental não se reproduzam práticas mascaradas de corretas, sem se sustentarem nos princípios doutrinários do SUS: a transformação das relações para as transformações sociais.

CATEGORIA: INTEGRALIDADE

Quanto ao princípio da integralidade, os participantes revelaram a visão holística e integral do indivíduo, destacando a importância da articulação em rede para a atenção integral às necessidades do usuário. Essas informações estão presentes na nuvem (Figura 79) e nas falas a seguir.

SILVA *et al.*, 2018).

CATEGORIA: TRABALHO EM REDE/COESÃO

A categoria da coesão/compromisso social retrata o compromisso dos profissionais na mudança para o modelo usuário-centrado e humanizado. Essas características estão demonstradas na nuvem (Figura 80) e fala a seguir:

Figura 80. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede, obtida na entrevista em Florianópolis/SC



Fonte: Autoria própria

Eu escolhi ficar como psiquiatra de ambulatório mesmo, na atenção primária. E aí eu me assustei pela demanda que tinha e nenhuma ligação com os colegas, um ambulatório puro, só que era dentro de uma unidade de saúde. E aí eu comecei a pesquisar sobre isso, e vi alguns textos de referência do Ministério da Saúde e tal, [...] porque eu tinha o conhecimento da equipe de saúde da família, como se estruturava e tal, que poderiam atender demandas de saúde mental também e não serem só encaminhadores. Aí a gente começou fazer um trabalho lá, com o apoio da coordenação local de ver as primeiras unidades que estavam interessadas. (PSQ3)

Assis (2019) afirma que o atendimento das pessoas com transtorno mental, neste caso com comorbidades, é um desafio para os profissionais e os serviços, ao demandarem a elaboração de projetos terapêuticos que rompam com o dilema

corpo/mente, ainda existente nas práticas de saúde, promovendo cuidado em uma perspectiva psicossocial e integral. Logo, o compromisso social dos profissionais nessa tarefa é essencial para a qualidade do cuidado na Atenção Primária em Saúde.

5.10. VACARIA/RS

Após contato com os coordenadores da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e, em seguida, com as Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), executou-se a pesquisa de campo em Vacaria/RS. Participaram da pesquisa equipes das unidades básicas de saúde, dentre coordenadores, profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde.

Figura 81. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo o Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB), agosto de 2018

Município	Nº de Habitantes	Total de Equipes de Saúde da Família	Cobertura Populacional da ESF	
			%	N (Pessoas)
Vacaria/RS	65.397	13	68,58	44.850

Não foram identificadas nas falas dos participantes de Vacaria-RS as categorias de universalidade, equidade e integralidade.

CATEGORIA: INTERSETORIALIDADE

Sobre a intersectorialidade, os participantes da pesquisa ressaltaram a integração com outros setores para as ações de prevenção e controle das arboviroses no município, conforme revelam a nuvem (Figura 82) e a fala a seguir.

Figura 82. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade, obtida na entrevista em Vacaria/RS



Fonte: Autoria própria

[...] tivemos a ideia de contatar com algumas empresas da área adstrita mesmo, e que liberasse seus funcionários. Então teve um posto de combustível que liberou um lavador, o lavador de carros, e nos ajudou. E também teve uma agroindústria que liberou um funcionário também, que nos ajudou. (DEN)

Um estudo sobre a estrutura organizacional para a prevenção e o controle das arboviroses no Distrito Federal aponta a falta de mobilização da população, que não se identifica como motivada pelos gestores a tomar parte ativa nas estratégias de enfrentamento ao mosquito da dengue; a dificuldade de acesso dos agentes à população de maior renda; a dificuldade do governo em operacionalizar a intersetorialidade, sensibilizando construtoras para a destinação adequada dos entulhos e lixos da construção civil, abundante no DF, além da dificuldade de destinação adequada do lixo da população em geral (FERREIRA, 2021).

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO SOCIAL

No que se refere à participação social, os participantes revelam, por meio da nuvem (Figura 83) e da fala a seguir, a integração da comunidade no controle das

arboviroses no município.

Figura 83. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Vacaria/RS



Fonte: Autoria própria

A maioria [das pessoas da comunidade] abraçou a causa. O pessoal gostava de sair, ir pro rio, passar a tarde lá limpando. (DEN)

[O projeto] foi escrito, com a participação popular. (DEN)

Quanto à participação e à mobilização social, Fernandes *et al.* (2017) revelam estratégias metodológicas, mais particularmente a atuação nos territórios mais vulneráveis. Além disso, discutem visões diferenciadas de participação sociopolítica dos atores locais a partir da elaboração de mapas de ação e plenárias regionais, em um processo de trabalho centrado na lógica dos direitos. Reforçam também a importância da comunicação de base popular e democrática, que deve ser a referência para que os vários processos de trabalho sejam compartilhados, retroalimentando as práticas locais e permitindo sua difusão.

CATEGORIA: ACESSO (TERRITÓRIO, UTILIZAÇÃO, RELAÇÕES)

Quanto ao acesso, foi mencionado o acesso da vigilância em saúde nos

domicílios por meio dos agentes de combate às endemias. Essas informações estão expressas na nuvem (Figura 84) e nas falas a seguir:

Figura 84. Nuvem de palavras da categoria Acesso, obtida na entrevista em Vacaria/RS



Fonte: Autoria própria

[...] a gente é dividido em microáreas, e a minha microárea é que era a mais próxima dos logradouros, onde tinha pessoas que criavam animais, pessoas que moravam perto do pesque e pague que tem ali, sabe. Então a minha microárea era a mais atingida porque ficava perto das matas ciliares ali, tá. Então durante as visitas domiciliares eu comecei a fazer esta busca ativa, daí as pessoas começaram a se queixar que tinha muito mosquito a certa hora do dia e eu comecei a notar dentro do trabalho do ACS, e não era uma, duas famílias, era a maioria das famílias. (ACS)

As arboviroses são um grande desafio de saúde pública atualmente no Brasil, e as ações de prevenção e controle dessas doenças são baseadas na estratégia de gestão integrada proposta em políticas de saúde, nas quais os atores centrais são o Agente de Combate às Endemias (ACE) e o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Pessoa *et al.* (2016) ressaltam em seu estudo a dificuldade no processo de integração do ACS e dos ACE para o controle da dengue, a inclusão dos ACE na atenção primária na ESF e a inexistência de acompanhamento e avaliação das ações integradas.

CATEGORIA: GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

que a proposta de controle das arboviroses visa à mudança das práticas gerenciais e das técnicas de atenção à saúde, buscando a redefinição do sujeito, do objeto, da base tecnológica, dos espaços de atuação e do processo de trabalho nesse setor. Apoiada nos conceitos de democracia e participação social, a Vigilância em Saúde propõe a horizontalidade de saberes e práticas e revela novas formas de relação no trabalho em saúde. A integração entre os profissionais e destes com a população é compreendido como crucial para a identificação das necessidades de saúde e o planejamento das ações.

CATEGORIA: TRABALHO EM REDE/COESÃO

No que se refere à categoria coesão/compromisso social, observou-se a parceria dos profissionais de saúde com a comunidade no combate às arboviroses. Essas informações estão descritas na nuvem (Figura 86) e na fala a seguir:

Figura 86. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coesão, obtida na entrevista em Vacaria/RS



Fonte: Autoria própria

E daí a gente fez reuniões com a comunidade, e daí o pessoal se mobilizou. Os próprios proprietários desses locais [...] também se mobilizaram. E a gente marcava tal dia da semana [para] fazer a limpeza, daí [...] todos os agentes, com a ajuda da comunidade, iam pra determinado local pra fazer a limpeza do rio, pra depois passar o biolarvicida, que tem que ser passado com o rio limpinho, não pode ter nenhuma matéria orgânica. (ACS)

Sobre o compromisso social no combate às arboviroses, Fernandes *et al.* (2017) acreditam que, sem mobilização social e participação da sociedade na concepção, implementação, monitoramento e avaliação da Vigilância em Saúde, atuaremos de forma episódica em situações de crise sanitária, tal como vivenciado na emergência sanitária do período de 2015/2016, difundindo na cultura e na sociedade brasileiras “endemias de estimação”, que nos assombram há pelo menos três décadas.

5.11. JOÃO PESSOA/PB

Após contato com os coordenadores da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e, em seguida, com as Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), executou-se a pesquisa de campo em João Pessoa/PB. Participaram da pesquisa equipes das unidades básicas de saúde, dentre coordenadores, profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde.

Tabela 10. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo o Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB), agosto de 2018

Município	Nº de Habitantes	Total de Equipes de Saúde da Família	Cobertura Populacional da ESF	
			%	N (Pessoas)
João Pessoa/PB	811.598	192	81,62	662.400

Não foram identificadas nas falas dos participantes de João Pessoa/PB as categorias de universalidade, intersetorialidade, participação social, integralidade e trabalho em rede/coesão/compromisso social.

CATEGORIA: EQUIDADE

Quanto à categoria e princípio da equidade, os participantes do município mencionaram a comunicação e a adequação da linguagem para a atenção à saúde de populações vulneráveis. Essas informações seguem na nuvem (Figura 87) e na fala a seguir.

Figura 87. Nuvem de palavras da categoria Equidade, obtida na entrevista em João Pessoa/PB



Fonte: Autoria própria

Como a gente fez de HIV, a gente fez de violência contra mulher, a gente fez de hipertenso, a gente fez de hanseníase, tudo na linguagem popular. (ACS5)

Utilizar uma linguagem acessível a toda a população é importante para o acesso equânime às orientações em saúde. O desenvolvimento de habilidades para ter acesso, compreender, avaliar e aplicar orientações para cuidar da saúde é denominado na literatura como “letramento em saúde”. Esse conjunto de competências representa um importante recurso para a promoção da saúde e da equidade no território e na atenção primária à saúde (MARQUES *et al.*, 2018).

CATEGORIA: ACESSO (TERRITÓRIO, UTILIZAÇÃO, RELAÇÕES)

Sobre o acesso, os participantes da pesquisa relataram o desenvolvimento de ações voltadas ao alcance, pela população, da promoção da saúde e da prevenção de agravos, bem como a utilização do letramento em saúde para o mesmo fim. Essas informações estão expressas na nuvem (Figura 88) e nas falas a seguir.

Figura 88. Nuvem de palavras da categoria Acesso, obtida na entrevista em João Pessoa/PB



Fonte: Autoria própria

Profissionais de saúde, de toda a cidade, que tiveram interesse em ir, e... pessoas da cidade né, curiosos que acabavam ficando pra ver as programações, porque era muita coisa né? E além do palco montado tinha muita atividade acontecendo. Aferição de sinais vitais, pressão, glicemia, e tal, isso atraía o povo. E na hora da peça tinha muita gente assistindo. (ACS1)

[...] a gente queria passar uma linguagem popular pra comunidade, que ela entendesse as problemáticas, né. (ACS1)

O letramento em saúde é um importante indicador de saúde, assim como a autopercepção, pois é estratégico no sentido do pensamento e do cuidado da própria saúde; também está relacionado ao bem-estar do usuário e à sua satisfação com a vida. Em um estudo realizado por Marques *et al.* (2018), observou-se que usuários com melhor percepção de letramento em saúde tendem a ter melhor avaliação da própria saúde, ampliando assim o acesso a informação segura e conseqüentemente benefícios para a sua saúde.

CATEGORIA: GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

No que se refere à gestão do processo de trabalho na atenção primária à saúde, os

participantes da pesquisa revelaram dificuldades em identificar uma liderança para a equipe, o que pode dificultar o desenvolvimento de ações integradas e coordenadas, conforme expresso na nuvem (Figura 89) e nas falas a seguir.

Figura 89. Nuvem de palavras da categoria Gestão do Processo de Trabalho, obtida na entrevista em João Pessoa/PB



Fonte: Autoria própria

É assim, pra gente retomar a gente precisa que ACS1, ele queira. Porque aí eu quero dizer assim, a carga melhor vem dele, porque ELE é quem vai escrever o roteiro agora e que não tem a companheira [ex ACS]. Então... ele atua, eu atuo, ACS4... agora, se não tem o roteirista, se não tem assim... tipo... o cabeça, nós ficamos de mãos atadas. (ACS3)

Os processos de trabalho na APS devem estar organizados, para que a equipe de saúde possa garantir melhores resultados. A liderança nesse cenário é essencial, uma vez que se trata de um ambiente altamente dinâmico, com um fluxo intenso de usuários. Em um estudo de revisão, observou-se que a liderança é considerada segundo os seguintes aspectos: trabalho em equipe, gerenciamento da unidade, tomada de decisão, condutas assistenciais, supervisão do trabalho da equipe e ser um profissional destacado na unidade (OLIVEIRA MATTOS; BALSANELLI, 2019).

5.12. CAMPINAS/SP

Após contato com os coordenadores da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde e, em seguida, com as Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), executou-se a pesquisa de campo em Campinas/SP. Participaram da pesquisa equipes das unidades básicas de saúde, dentre coordenadores, profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde.

Tabela 11. Número de habitantes, total de equipes de saúde da família e cobertura populacional da ESF, segundo o Núcleo de Tecnologia da Informação (NTI/DAB), agosto de 2018

Município	Nº de Habitantes	Total de Equipes de Saúde da Família	Cobertura Populacional da ESF	
			%	N (Pessoas)
Campinas/SP	1.182.429	146	42,58	503.528

Não foram identificadas nas falas dos participantes de Campinas-SP as categorias de universalidade, equidade, integralidade e gestão do processo de trabalho.

CATEGORIA: INTERSETORIALIDADE

Quanto à categoria e princípio da intersetorialidade, os participantes do município comentaram a parceria com outros setores, como o departamento de limpeza urbana, a prefeitura, o serviço social e o próprio setor saúde, naquilo que se conhece por intrasetorialidade. Essas informações estão descritas na nuvem (Figura 90) e nas falas a seguir.

Figura 90. Nuvem de palavras da categoria Intersetorialidade, obtida na entrevista em Campinas/SP



Fonte: Autoria própria

Teve [parceria] com o DLU [que participou da experiência], que é o departamento de limpeza urbana. (ACS E1)

Teve controle de endemias [nos setores que originaram a Experiência], de dengue... (APOIO E1)

Ah, e a gente esqueceu dos projetos, a gente faz baile também né Rose com os idosos, uma vez por mês o ônibus da prefeitura vem e busca eles, eles vão junto e foram também o CRAS que oferece pra eles também tem aulas de artesanato, coral, tem tido isso, a gente tem bastante coisa. (ACS E1)

Os desafios que envolvem a operacionalização da intersectorialidade na prática podem estar relacionados a um conceito restrito de saúde como objeto de seu trabalho, ou seja, o modelo biomédico, limitando-se a atuação profissional à equipe ou à rede intrassetorial. A intersectorialidade surge como estratégia de cuidado em rede, uma vez que prioriza a integração de diferentes setores para a resolução de problemas comuns.

Podemos ressaltar ainda a importância da intersectorialidade ao apoiar e estruturar a produção do cuidado, ao ampliar a realidade local integrando conhecimentos, setores, atores, extrapolando a atuação do setor saúde (MENDONÇA; LANZA, 2021).

CATEGORIA: PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Quanto à participação social, os participantes da pesquisa relataram dificuldades no exercício do empoderamento popular, tal como demonstrado na nuvem (Figura 91) e nas falas a seguir.

Figura 91. Nuvem de palavras da categoria Participação Social, obtida na entrevista em Campinas/SP



Fonte: Autoria própria

Na época não, na época o conselho local não estava ativo. Então durante a implementação do projeto não teve participação do conselho local. (COOR E1)

Então acho que [as instâncias de pactuação da Experiência] foi Distrital, VISA, local e os catadores [que participaram na implementação da experiência]. A comunidade propriamente dita / foi uma ação local mesmo, essas três instâncias basicamente. (APOIADOR E1)

Não tem assim uma formalidade de passar o projeto para a população, é a dinâmica do trabalho que vai socializando o projeto. (COOR E1)

Em estudo que tratou da participação social na APS e da Agenda 2030, destacaram-se como pressupostos a participação social e o direito à cidade, e buscou-se potencializar a vocalização dos usuários que avaliaram os serviços de Atenção Primária e seus atributos. Dialogando com a Política Nacional de Atenção Básica e o preconizado pelas conferências internacionais de Atenção Primária em Saúde, valorizou-se a participação social como uma forma de enfrentamento dos múltiplos aspectos presentes

na construção da saúde universal, reforçando-se assim a essencialidade da atuação da população na construção do SUS e da saúde coletiva e global (CATANANTE *et al.*, 2017).

CATEGORIA: ACESSO (TERRITÓRIO, UTILIZAÇÃO, RELAÇÕES)

No que se refere ao acesso, os participantes do estudo destacaram o acesso dos catadores de lixo e profissionais de reciclagem aos serviços de saúde, como expresso na nuvem (Figura 92) e nas falas a seguir.

Figura 92. Nuvem de palavras da categoria Acesso, obtida na entrevista em Campinas/SP



Fonte: Autoria própria

Territorialmente, esse bairro não é muito amplo, a proximidade não é muito distante não [dos catadores]. (COOR E1)

A população é adscrita, tem a divisão territorial né? Ai tem, por setor censitário... (COOR E1)

Então, na época a gente tinha uma realidade diferente, tinha um distanciamento dessas pessoas... que faziam reciclagem... Então a gente sentiu uma certa dificuldade porque tinha gente de todo tipo... que reciclava... E as meninas [ACS] sempre traziam essa dificuldade... (VIEPI E1)

E o que foi bem legal é que depois o resultado do trabalho, as meninas [ACS]

passaram a ter um acesso melhor a eles [catadores]. (VIEPI E1)

Os catadores de resíduos sólidos nos grandes centros urbanos constituem-se como população essencial no ciclo da reciclagem e na redução dos danos ambientais, e possuem essa tarefa como fonte de renda. Mas as condições de trabalho são por muitas vezes insalubres e de alto risco para a saúde, uma vez que tal população tem contato direto com todos os tipos de resíduos, inclusive infectados e hospitalares.

Essa numerosa população integra um grupo que vivencia exclusão social em sua trajetória de vida e saúde, bem como escassez de estudos; dessa forma, fazem-se necessários estudos e ações voltadas para essa população, de forma a ampliar o acesso e qualidade da atenção à sua saúde (PAULO, 2018).

CATEGORIA: INTEGRALIDADE

No que se refere à categoria e princípio da integralidade, os participantes da pesquisa relataram as dificuldades da atuação em rede e de garantir a continuidade do cuidado dos indivíduos, conforme descrito na nuvem (Figura 93) e na fala a seguir.

Figura 93. Nuvem de palavras da categoria Integralidade, obtida na entrevista em Campinas/SP



Fonte: Autoria própria

É assim, a demanda de busca de tratamento é muito grande, então acho que isso ai está em primeiro lugar. Agora a promoção a gente faz diariamente... / Educação em saúde, promoção... Mas o peso, a demanda maior é o tratamento. (COORD/APOIO E1)

Observa-se no relato dos participantes da pesquisa que a continuidade do cuidado está comprometida na rede de atenção à saúde. A percepção sobre a integralidade na prática da APS, resgatada em ensaio reflexivo de Da Silva *et al.* (2018), foi a de que ela depende de ações coletivas e participativas, e deve ser articulada em “Redes de Atenção à Saúde” para ter impacto positivo sobre os determinantes sociais que causam desgaste à saúde da população.

CATEGORIA: TRABALHO EM REDE/COESÃO

No que se refere ao trabalho em rede/coesão e compromisso social, os participantes do estudo mencionaram a participação dos catadores de resíduos sólidos nas ações de promoção da saúde e o protagonismo. Essas informações estão representadas na nuvem (Figura 94) e nas falas a seguir.

Figura 94. Nuvem de palavras da categoria Trabalho em Rede/Coessão, obtida na entrevista em Campinas/SP



Fonte: Autoria própria

[...] então foi feita uma promoção em saúde praticamente lá no ambiente, e aí a meta foi uma forma de eles [catadores] se juntarem / Que eles aprendessem e fizessem sozinhos, né... (APOIO E1/ACS3)

Foi oferecido também de a gente fazer uma cooperativa, mas eles não aceitaram porque eles acham que eles ganham mais dinheiro assim [de

forma autônoma]. (ACS E1)

Eles [catadores] não fazem uma organização, ficam no individual, fazendo o trabalho deles, se comunicando [entre eles, sem vínculo com o serviço]. (VIEPI E1)

O trabalho em rede, a coesão e o compromisso social dependem do trabalho no sentido da continuidade do cuidado, que deve ser operacionalizada de forma multidisciplinar e intersetorial, alinhada com os diferentes problemas de saúde de cada região do país, considerando a cultura, o estilo de vida, a crença e a posição social da população assistida.

Dessa forma, o envolvimento governamental, dos profissionais da saúde e dos usuários do sistema em conjunto deve colocar em prática os princípios que regem o SUS, e construir e fortalecer vínculos que resultem na prevenção de doenças e na promoção da saúde (DA SILVA *et al.*, 2018).

6. RECOMENDAÇÕES

O projeto **Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil** teve seu desenvolvimento considerado exitoso, no tocante aos seus objetivos, desenho metodológico, visita ao campo/municípios (Unidades de Análise), na apresentação dos resultados e discussões com os referenciais teóricos atualizados no campo da Saúde Coletiva/Saúde Pública.

Para além dos resultados aqui apresentados, recomenda-se:

1. Seguir induzindo a realização de Mostras Nacionais sobre as Práticas Exitosas na Estratégia Saúde da Família / Atenção Primária à Saúde;
2. Prover as Instituições de Ensino e Pesquisa para a realização de estudos que possam acompanhar, *in loco*, os avanços e principais resultados das experiências consideradas exitosas;
3. Apoiar o fortalecimento dos bancos de dados provenientes das pesquisas, em âmbito nacional e internacional, servindo de referência à realização de outras pesquisas em âmbito municipal;
4. Socializar o desenho metodológico aplicado ao projeto junto a outras Instituições de Ensino e Pesquisa, ampliando o escopo de pesquisas dessa natureza;
5. Estimular os processos de gestão da informação e tradução do conhecimento junto aos profissionais de saúde, gestores do SUS e a população em geral, a fim de que apoiem a tomada de decisões;
6. Estimular, em parceria com os gestores estaduais e municipais do SUS, a elaboração de agendas de pesquisas estruturantes e estratégicas que favoreçam a qualificação e o fortalecimento das práticas das Equipes da Estratégia Saúde da Família, no tocante às ações da integralidade, equidade, participação social e intersetorialidade.

Outrossim, os resultados dessa pesquisa, apoiaram a ampliação e fortalecimento da Unidade de Estudos e Pesquisas em Saúde da Família, do Núcleo de Estudos em Saúde Pública, da Universidade de Brasília, resultando hoje, na elaboração de projetos de mestrado e de doutorado, no âmbito da Estratégia Saúde da Família / Atenção Primária à Saúde de forma comparada no Brasil e em outros países.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLE, G.G. Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social. **Interface (Botucatu)**, vol. 11, n. 23, p. 409-425, 2007.

AMARANTE, P., & Torre, E. H. G. (2018). “De volta à cidade, sr. cidadão!”-reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública*, 52, 1090-1107.

ALMEIDA, N. F, A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento) In: *Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, vol.33 n.83, set/dez 2009.

AMORIM MCS. Perillo E. O National Health Service–NHS o sistema de saúde da Inglaterra. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 16, n. 1, p. 53-54, 2014.

ANDION, C.; SERVA, M., Por uma visão positiva da sociedade civil: uma análise histórica da sociedade civil. *Cayapa Revista Venezolana de Economía Social*, v.7, n. 7, p. 7-24, 2004.

ANDRADE, Monica Viegas et al. Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/49VLVL4QXF8f6QYjJ9p6yMB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2021

ARKEMAN, M. et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Cien. Saúde Colet.**, vol. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.

ASSIS, A. D. de. Itinerário terapêutico em situação de comorbidade: desafios para a integralidade do cuidado em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, [S. l.], v. 11, n. 29, p. 33-46, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69319>. Acesso em: 30 nov. 2021.

ASSIS, M.M.A.; KANTORSKL, L.J.; TAVARES, L. Participação Social: Um espaço em construção para a conquista da cidadania. **R. Bras. Enferm.** Brasília, v. 48, n. 4, p: 329-340, 1995.

AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS. Australian Government.2011 Census. Available in: <http://stat.abs.gov.au>

_____. Health Service Usage and Health Related Actions, 2014-15.
Available
in: <http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/4364.0.55.002Main+Features12014-15>

AUSTRALIAN INSTITUTE OF FAMILY STUDIES. Australian Government, 2017.
Available in: <https://aifs.gov.au/cfca/publications/What-community-development>

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. Australia's health system. Available in: <https://www.aihw.gov.au/>

AZEVEDO, E.; PELICION, M.C.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis: Rev de Saude Coletiva**, vol. 22, n. 4, p.:1333-1356, 2012.

BANCO MUNDIAL. Comercio de mercaderías (% del PIB). Organización Mundial de Comercio y Estimaciones del PIB del Banco Mundial. Grupo Banco Mundias: 2017. Disponível em: <https://datos.bancomundial.org/indicador/TG.VAL.TOTL.GD.ZS?view=chart>. Acesso em : 05/09/2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, A. C., do Nascimento, K. C., da Silva, L. K. B., & dos Santos Silva, J. V. (2018). A estratégia saúde da família no processo de matriciamento da saúde mental na atenção básica. *DESAFIOS-Revista Interdisciplinar Da Universidade Federal Do Tocantins*, 5(1), 121-127.

BAXTER, M. et al. *Estimating the impact of better management of glycaemic control in adults with type 1 and type 2 diabetes on the number of clinical complications and the associated financial benefit*. **Diabet Med**. vol. 33, p.:1575-81, 2016.

BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz et al. O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 618-25, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/12771/13431>. Acesso em: 01 dez. 2021

BITTENCOURT, Marina Noll *et al.* Consultório na rua: as práticas de cuidado com usuários de álcool e outras drogas em Macapá. **Escola Anna Nery**, v. 23, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/FRGrbpPPVCZSxrxBzKwP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2021

BIGGS, Amanda. **Medicare - Background Brief**. *Parliament of Australia: Parliamentary Library*. Canberra, ACT: Commonwealth of Australia, 29 de Outubro de

2004. Available in:
https://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/Publications_Archive/archive/medicare

BITRE (*Bureau of Infrastructure, Transport and Regional Economics*). *Road deaths in Australia 1925–2008*. Canberra: BITRE. 2010.

BITRE. *Road trauma in Australia, 2016: statistical summary*. Canberra: BITRE. 2017.

BONFADA, Diego et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, p. 555-560, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8VxDmKwerjyknyc5hVj5FNt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2021

BRASIL Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (volume 1): Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica** (39). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 116p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.698, de 14 de outubro de 2019. Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipe de Saúde da Família Fluvial/Unidade Básica de Saúde da Família Fluvial (ESFF/UBSF), Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) e Unidade Odontológica Móvel (UOM), com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 de outubro de 2019a. p.136.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. 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 da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 de novembro de 2019b.

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**, 21 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Para entender o controle social na saúde* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a

mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev Bras saúde materno infantil**, vol. 3, n. 1, p. 113-125, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota técnica nº 3/2020 DESF/SAPS/MS. **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previnde Brasil**. Brasília, 28 de Janeiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS): a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde Sistema. **Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília. 1988.

_____. _____ disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/CNSB/brasil_sorridente.php> acesso em 31/01/2013

_____. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990.
Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

_____. LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasusgestorestrabalhadoressus4ed.pdf>> acesso em 08/01/13.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus2004.pdf>> acesso em 8/01/13.

_____. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde - Pacto pela Saúde – Política Nacional de Atenção Básica. Vol. 4. Available in: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021

_____. Ministério da Saúde. Redes de produção de saúde / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão Do SUS. Brasília: Ministério da saúde, 2009. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf> acesso em 21/01/13.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde 2012-2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012, 112p.

_____. Portaria n. 154/GM de 24 de janeiro de 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf>. Acesso em: 30/01/2013.

_____. 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). Brasília, 2017.

_____. Presidência da República. Decreto n. 6.286 de 5 de dezembro de 2007 que institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p.2, 5 dez. 2007.

BUSS P. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. Fiocruz, 2010. Available in: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/artigos/334-o-conceito-de-promocaoda-saude-e-os-determinantes-sociais>

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho de equipe de saúde. IN: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CAMPOS, C.V.A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008.

CARMO, M.E.; GUIZARDI, F.L. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, p. 1265-1286, 2017.

CARVALHO, M.F. *et al.* Intersetorialidade: diálogo da Política Nacional da Promoção da Saúde com a visão dos trabalhadores da Atenção Básica em Goiânia. **Tempus Acta de Saúde Coletiva**, Brasília: NESP, v.1, n. 1, p. 44-55, 2009.

CASOTTI, E., & Gabriel, J. D. O. Organização da atenção em saúde bucal na cidade do Rio de Janeiro: resultados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. **Revista de APS**, 2016, 19 (2).

CATANANTE, G. V., Hirooka, L. B., Porto, H. S., & Bava, M. D. C. G. G. C. (2017). Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 3965-3974.

CENTRAL. **Highlands Primary Care Partnership Strategic Plan** 2017-2021. Available in: <http://www.chpcp.org>

CEPAL. *Agencia Española de Cooperación Internacional e OEI. Coesão Social. Inclusão e Sentido de Pertencer na América Latina e no Caribe*. Santiago de Chile: ONU, 2007. Disponível em: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/29354/CohesionPortugues.pdf> acesso em 21/01/13.

CHIESA AM, DO NASCIMENTO DDG, BRACCIALLI LAD, DE OLIVEIRA MAC, CIAMPONE MHT. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enferm.** 2007 Abr/Jun; 12(2):236-40

CKAGNAZARAFF, I. B.; MELO, J.S.C.M. Implementação de programa intersetorial de políticas públicas – o caso BH Cidadania. In: **SEMINÁRIO EM ADMINISTRAÇÃO FEA- USP**, 8, 2005, São Paulo. Anais... São Paulo: USP, 2005. Disponível em:
<<http://www.ead.fea.usp.br/Semead/8semead/resultado/trabalhosPDF/328.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

COELHO, Juliana Sousa. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 138-151, 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4Wt8xWdgTMWXNkyqBmkpR7G/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2021

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B.; GUIMARÃES, J.M.X. Participação social na atenção básica à saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista de APS**, v. 12, n. 4, 2009.

CORDEIRO, S.V.L. et al. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 644-649, 2014.

COSTA, J.P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate**, vol.38, n.103, p.733-743, 2014.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 563-613.

COTTA, RMM; CAZAL, MM; MARTINS, PC. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.5, p. 2437-2445.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, 2011.

CUNHA, C. R. H. D.; HARZHEIM, E.; Medeiros, O. L. D.; D'Avila, O. P.; Martins, C.; Wollmann, L.; & Faller, L. D. A. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25, 2020, 1313-1326.

DALLARI SG *et al.* Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, p. 592-601, 1996.

DAMACENO, Adalvane Nobres et al. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 14, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/IONE%20BARROS/Downloads/36832-207433-1-PB.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2021

DE FARIA, L. F.; DINIZ, C. M.; MARTINS, J. B.; & SARTO, M. F. A saúde indígena na Atenção Primária: a equidade e a humanização do atendimento pelo Sistema Único de Saúde. **Revista de APS**, 23, 2020.

DE JESUS, S. S., Freitas, M. Y. G. S., Servo, M. L. S., Santana, N., da Maia Lima, C. F., & Ribeiro, L. S. Elementos constituintes do cuidado para indígenas com tuberculose:(des) conexões que desafiam a integralidade do cuidado. **CIAIQ2019**, 2, 2019, 1761-1769.

DE OLIVEIRA MATTOS, J. C., & Balsanelli, A. P. (2019). A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Enfermagem em foco*, 10(4).

DIAS, M.S.A. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4371-4382, 2014.

DECLARAÇÃO DE JACARTA. 1997. In: BRASIL. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.49-51.

DEPARTMENT OF HEALTH, Australian Government. Infographic, 2018. Available in: <https://beta.health.gov.au/resources/publications/australias-health-landscape-infographic>

_____. National Immunisation Strategy for Australia, 2013–2018. Canberra: Department of Health.

_____. Telehealth, 2015. Available in: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/e-health-telehealth>

DIAS, Maria Dionísia do Amaral; BERTOLINI, Grazielle Cristina dos Santos; PIMENTA, Aparecida Linhares. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, p. 137-148, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/wDmQTKWfzL8mztnmX5RPkfq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2021

DIMENSTEIN, Magda. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicol. estud.*, Dez 2001, vol.6, no.2, p.57-63. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf> > acesso em 08/01/2013.

DONABEDIAN A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973. p 419-73.

DUARTE, C. M. R, Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? In: Ciênc. Saúde coletiva vol. 5 no. 2, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000200016&script=sci_arttext] Acesso: 16/12/2012

ESCOREL, S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais, 2013.

ESCOREL S. **Os Dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Brasília, DF: OPAS; 2001.

_____. Equidade em Saúde, In: Verbetes, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: [<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>]. Acesso: 16/12/2012

FAUSTO MCR, MATTA GC. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: Corbo AMD, Morosine MV, Pontes ALM (Orgs.). Modelos de atenção e saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

FAGUNDES, D. M., Thomaz, E. B. A. F., Queiroz, R. C. D. S., Rocha, T. A. H., Silva, N. C. D., Vissoci, J. R. N. & Facchini, L. A. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, 34. 2018.

FERNANDES, V. R., Luz, Z. P. D., Amorim, A. C. D., Sérgio, J. V., Silva, J. P. V. D., Castro, M. C., ... & Gondim, G. M. D. M. (2017). O lugar da vigilância no SUS—entre os saberes e as práticas de mobilização social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 3173-3181.

FERREIRA, H. R. D. S. J. (2021). Estrutura organizacional e avanços na prevenção e controle da Dengue e outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* no Distrito Federal.

FERRO, L.F. *et al.* **Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia da Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios**. 2014.

FORATORI-JUNIOR, G. A.; PUCCA JUNIOR, G. A. *Smiling Brazil: recognizing history to reinforce the constant struggle for equity in Dentistry*. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 10, p. e75101018745, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i10.18745. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18745>.

Acesso em: 28 nov. 2021.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FREIRE, D. E. W. G., Freire, A. R., Lucena, E. H. G. D., & Cavalcanti, Y. W. Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 30. 2021.

FREITAS, Daniel Antunes *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista Cefac**, v. 13, p. 937-943, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/fYdFrbrz5YHsqgyqTxj9QhR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2021

FREIRE, P. (1998). Educação e Mudança. São Paulo: Paz e Terra. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redesproducaosaude.pdf>> acesso em 08/01/2013.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1670-1681, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rNtZtKWqhvgmjWS83QzGT4R/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2021

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 177-198, 1995.

GONDINHO, B. V. C.; GUERRA, L. M.; BULGARELI, J. V.; PROBST, L. F.; CORTELLAZZI, K. L.; POSSOBON, R. de F.; PEREIRA, A. C.; OLIVEIRA, V. A. da S. Percepção de coordenadores de saúde bucal sobre a rede de atenção à saúde bucal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 31, 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.8637. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8637>. Acesso em: 29 nov. 2021.

GUIMARÃES, R.M. A teoria da equidade reversa se aplica na atenção primária à saúde? Evidências de 5 564 municípios brasileiros. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e128, 2018.

GIL, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GREWOOD, E. Metodologia de la investigación social. Buenos Aires: Paidós, 1973,

In: MUNIZ, R.M. Relaciones Intergubernamentales y política de médio ambiente en Brasil: un enfoque de gestión intergubernamental. Madrid: Universidad Complutense, 1998 (Tese de Doutorado em Ciência Política e Administração).

HARZHEIM, E.; LIMA, K.M.; HAUSER, L. **Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro**. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.

HAYACIBARA, Mitsue Fujimaki et al. Experiência de clínica ampliada em odontologia na Universidade Estadual de Maringá. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, p. 178-183, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/ncJLPSjV6gGGC4HW6SXZfQd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2021

HEALTH DIRECT.AUSTRALIAN GOVERNMENT.Department of Health. Available in: <https://www.healthdirect.gov.au/>

HEALY J, MCKEE M. Delivering health services in diverse societies. In: Healy J, McKee M, eds. Accessing health care: responding to diversity. Oxford, Oxford University Press, 2004.

HEALY J, SHARMAN E, LOKUGE B. Australia: Health system review. Health Systems in Transition 2006; 8(5): 1–158. Available in: <http://www.who.int/iris/handle/10665/107803>

HERMAN, W.H. *et al.* Effectiveness and cost-effectiveness of diabetes prevention among adherent participants. *Am J Manag Care*, vol. 19, p.:194-202, 2013.

HERRERA, M.J.R. **Importância da visita domiciliar em um grupo de acamados do bairro Tupi - Lajedo**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2015.

IGLESIAS, A., & Avellar, L. Z. (2019). Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 1247-1254.

JUNQUEIRA, L.A.P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade* 6(2):31-46, 1997.

KONFLANZ, A. L.; RODRIGUES JUNIOR, S. A.; FERRETTI, F.; LUTINSKI, J. A. *Health promotion carried out by the Oral Health Strategy in municipalities in southern Brazil. Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 10, p. e433101018814, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i10.18814. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18814>. Acesso em: 28 nov. 2021.

KRINDGES, Andressa; GEREMIA, Camila Todeschatto; KROTH, Darlan Christiano. **AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA SOB O PRISMA DA INTERSETORIALIDADE: UM ESTUDO MULTICASOS**. X Jornada de Iniciação Científica e Tecnológica da UFFS. v. 1 n. 10 (2020).

LANDGRAF, J., Imazu, N. E., & Rosado, R. M. Desafios para a Educação Permanente em Saúde Indígena: adequando o atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 24, e190166, 2019.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saude soc.**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LANDERDHAL, MC; UNFER, B; BRAUN, K; SKUPIEN, J. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático?. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2431-2436. ISSN 1413-8123.

LEAL JÚNIOR, F. J.; LEAL, M. G. de A.; DA SILVA, J. W. M.; SOUZA, Águida R. S.; VIANA, M. C. A.; PINHEIRO, W. R. *Integrality in oral health in primary Health Care: an integrative review*. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 11, p. e311101119529, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19529. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19529>. Acesso em: 29 nov. 2021.

MARQUES, S. R. L., Escarce, A. G., & Lemos, S. M. A. (2018, May). Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. In *CoDAS* (Vol. 30). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):335-342, 2007.

MACHADO, M.H. Gestão do trabalho em saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gestrasau.html> Acessos em dezembro de 2012.

MACRI J. Australia's Health System: Some Issues and Challenges. *J Health Med Econ*. 2016, 2:2

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of non-transmissible chronic diseases. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MATUMOTO, Silvia et al . Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, fev.2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 10 dez. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100002>.

MATTA, G.C disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/uni.html>>. acesso em 15/12/2012.

MATTIONI, F.C. O Exercício da Integralidade em uma equipe da Estratégia Saúde da Família: Saberes e Práticas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2011 Abr-Jun.

MEDIBANK Company overview history. Available in: <https://www.medibank.com.au/about/company/overview/history/>

MELO, E.A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*, v. 42, n. spe1, p. 38-51, 2018.

MENDES, A. M., Leite, M. S., Langdon, E. J., & Grisotti, M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e184, 2018.

MENDES, E.V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015.

MENDES. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDONÇA, A.V.M; SOUSA, M.F.; SANTANA, P. **Dez anos do PSF em Camaragibe: eis as nossas riquezas**. Rio de Janeiro, CEBES, 2004.

Mendonça, E. M., & Lanza, F. M. (2021). Conceito de saúde e intersetorialidade: implicações no cotidiano da atenção primária à saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(2), 155-164.

MENDONÇA, E. M.; LANZA, F. M. *Intersectoriality perspectives on the daily life of Primary Health Care in Brazil: a theoretical reflection*. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 11, p. e2549119834, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i11.9834. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9834>. Acesso em: 29 nov. 2021.

MENEZES, E.L.C.de et al. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na Atenção Primária à Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 4, p. 888-903, 2017.

MORETTI, Andreyra Cristina et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1827-1834, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15suppl1/1827-1834/pt>. Acesso em: 01 dez. 2021

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad Saúde Pública**, vol. 33, n. 1, e00206316, 2017.

MOURA, B.L.A. *et al.* Atenção Primária à Saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, v. 10, supl. 1, p. s69-s81, 2010.

MENDES, E.V (1999) apud PONTES, AP. M et al.O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: O Que Pensam Os Usuários. *Rev. Enfermagem*. V. 13 P.501. 2009

As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p.: 97.

MENDONÇA MHM, VASCONCELLOS MM, VIANNA ALA. Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Sup 1):S4-S5

MEPyD - Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. Oficina Nacional de Estadística - ONE. Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Poblacion 1950-2100. REPÚBLICA DOMINICANA: Indicadores del crecimiento demográfico estimados y proyectados por quinquenio, (Período 1950-2050). Cuadro No. 2.50-1. El portal de las estadísticas dominicanas. MEPyD - Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo, 2014. Disponível em: <https://www.one.gob.do/demograficas/proyecciones-de-poblacion/indicadores-demograficos-basicos>. Acesso em 05/09/2018.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Viceministerio de Planificación y Desarrollo. Dirección de Desarrollo Estratégico del Sector Salud. Modelo de Atención en Salud para el Sistema Nacional de Salud. Santo Domingo, República Dominicana: 2017.

MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T.; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciênc. saúde coletiva*, v.9, n.3, 2004.

NATIONAL Geographic Society. Australia. Available in: <https://www.nationalgeographic.com/travel/destinations/oceania/australia/>

NEVES, M., Giordani, J. M. D. A., & Hugo, F. N. Atenção primária à saúde bucal no

Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24, 2019, 1809-1820.

NEVES, R.G. et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, e00072317, 2018.

NOGUEIRA, R. P A impotência da Equidade, In: Saúde, equidade, e gênero: Um desafio para as políticas públicas. ABRASCO, Editora UNB, 2000.

OCO-URB-AL III (2011). Identificación, sistematización e intercambio de experiencias exitosas para la cohesion social local. Disponível em: <http://www.urb-al3.eu/uploads/documentos/experiencias_exitosas_web.pdf> acesso em 21/01/13.

OLIVEIRA, V.C. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. **Saúde e sociedade**, vol. 13, n. 2, p. 56-69, 2004.

OPAS (Organização Panamericana de Saúde). Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2011.

OPAS/OMS. Indicadores Básicos 2017. Situación de Salud en las Americas. OPAS/OMS: 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Available in: <http://www.who.int/countries/aus/en> PAHO. República Dominicana. Saúde nas Américas, edição 2012: Volume Regional. Organização Pan-America da Saúde, 2012.

PAIM, JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, v. 12, n. 2, 2010.

PAULO, Ana Caroline Lucena. Catadores de resíduos sólidos: o acesso a atenção primária na Estrutural/DF. 2018. 44 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

PEREIRA, Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA, Solange Maria. Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 12, n. 1, p. 114-127, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3215/321527373009.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2021

PESSOA, J. P. D. M., Oliveira, E. S. F. D., Teixeira, R. A. G., Lemos, C. L. S., &

Barros, N. F. D. (2016). Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2329-2338.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2021

PROTASIO, A.P.L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate*, vol.38, n.spe, p.209-220, 2014.

PUCCA JUNIOR, G. A.; GABRIEL, M.; ALMEIDA CARRER, F. C. DE; PALUDETTO JUNIOR, M.; LUCENA, E. H. G. DE; MELO, N. S. DE. ACESSO E COBERTURA POPULACIONAL À SAÚDE BUCAL APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL “BRASIL SORRIDENTE”. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. Pág. 29-43, 3 jul. 2020.

PAPOULA, S.R. O processo de trabalho intersectorial das equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores. Dissertação de mestrado em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2006. 186 p.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersectoral approach: a practical experience or a challenge to be met? The Collective Subject Discourse of nurses in the Family Health Centers of the Western District – Ribeirao Preto, Brazil. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.15, p.331-48, mar/ago 2004.

PLUYE P, POTVIN L, DENIS JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27:121-133, 2004a.

PLUYE P, POTVIN L, DENIS JL, PELLETIER J. Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promot Int*. 19(4): 489-500, Dec 2004.

POLÍTICA Nacional de Atenção Básica – PNAB, PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.

PORTO M.F., MARTINEZ-ALIER J. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, Suppl 4, p.503-512, 2007.

RADNOFSKY, Louise (14 February 2008). "Burmese rebel leader shot dead". The Guardian. London. Archived from the original.

RAIMUNDI, D.M.; FERREIRA, F.F.; LIMA, F.C.A.; SIQUEIRA, V.C.A. Análise de uma Clínica da Família, visão dos enfermeiros do serviço. **Rev. Esc. Enferm. USP**, vol. 50, n. spe, p.: 130-138, 2016.

REIS, M.A.S. dos et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 655-666, 2007.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 438-446, 2004. Disponível em: scielo.br/j/csp/a/wVPbHKyx9zyYKLMN7C6dCdh/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 01 dez. 2021

ROMAGNOLI, R. C.; AMORIM, A. K. de M. A.; SEVERO, A. K. de S.; NOBRE, M. T. Intersetorialidade em Saúde Mental: Tensões e Desafios em Cidades do Sudeste e Nordeste Brasileiro. *Revista Subjetividades, [S. l.]*, v. 17, n. 3, p. 157–168, 2018. DOI: 10.5020/23590777.rs.v17i3.6075. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/6075>. Acesso em: 30 nov. 2021.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, p. 1027-1034, 2005.

RATHE M, MOLINÉ A. Sistema de salud de República Dominicana. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 2:S255-S264.

REPORT on Government Services, Australian Government. Productivity Commission. Primary and community health, chapter 10/volume E, 2015. Available in: <https://www.pc.gov.au/research/ongoing/report-on-governmentservices/2015/health/primary-and-community-health>

REPÚBLICA DOMINICANA. Constituição Federal da República Dominicana. República Dominicana, 2015

_____. Lei 123-15. Serviço Nacional de Saúde da República Dominicana. República Dominicana, 2015.

REYES J, WOOD J, BEUTELS P, MACARTNEY K, MCINTYRE P, MENZIES R et al. 2017. Beyond expectations: postimplementation data shows rotavirus vaccination is likely cost-saving in Australia. *Vaccine* 35:345–52.

RIBEIRO, Edilza Maria, PIRES, Denise, BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar- abr, 2004.

RIZZOTTO, M.L.F. disponível em:

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/focsau.html>>. acessado em 30/01/2013.

SANTANA, P.R. et al. As ações intersetoriais e a estratégia saúde da família na ótica de gestores, profissionais e usuários da saúde no município de João Pessoa, Paraíba. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 3, n. 2, p. 76-87, Abr./jun., 2009.

SANTOS, B. S, Uma concepção multicultural de direitos humanos. Disponível em: [<http://www.scielo.br/pdf/ln/n39/a07n39.pdf>] Acesso: 16/12/2012

_____. Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SANTOS, C.T.B. **A atenção primária à saúde e a integralidade: estudo comparado entre o Brasil e a Venezuela**. 2016. 143 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M.de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

SCALCO, N.; NUNES, J. A.; & LOUVISON, M. Controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: uma estrutura silenciada. **Saúde e Sociedade**, 29, e200400, 2020.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, vol. 20, n. 6, p.1487-94, 2004.

SILVA, D.A.J.; TAVARES, M.F.L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde debate**, vol. 40, n. 111, p.:193-205, 2016.

SILVA, K. B. et al. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface: comunic saúde educ**, v.16, n.40, p.249-59, 2012.

SILVA, M. D. F. F., da Silva, E. M., da Silva Oliveira, S. L. S., Abdala, G. A., & Meira, M. D. D. (2018). Integralidade na atenção primária à saúde. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 1, 394-400.

SAPAG, Jaime C e KAWACHI, Ichiro Capital social y promoción de la salud en América Latina. Rev. Saúde Pública, Feb 2007, vol.41, no.1, p.139-149. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-89102007000100019>> acesso dia 08/01/2013.

SERAPIONI, Mauro and ROMANI, Oriol. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.11, pp. 2411-2421. ISSN 0102-311X.

SHERIDAN S, QUINN H, HULL B, WARE R, GRIMWOOD K & LAMBERT S
2017. Impact and effectiveness of childhood varicella vaccine program in Queensland, Australia. Vaccine 35:3490–7.

SÍCOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, set./out. 2010.

SORJ, Bernardo e TIRONI, Eugenio. Cohesión Social en América Latina: un marco de investigación in Cohesión social en Iberoamérica: algunas asignaturas pendientes. Disponível em: <<http://www.pensamientoiberoamericano.org/sumarios/1/cohesion-social-en-iberoamerica-algunas-asignaturas-pendientes/>> acesso em: 21/01/13.

SOUSA MF. Programa Saúde da Família: estratégia de superação das desigualdades na saúde? Tese (doutorado) – Universidade de Brasília, 2007.

SOUZA ECF, VILAR RLA, ROCHA NSPD, UCHOA AC, ROCHA PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

SOUZA, TO; DA SILVA, JM; DA NÓBREGA, SS; CONSTÂNCIO, JF; Controle social: um desafio para o Conselho de saúde. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 215-21.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s100-s110, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FfXvbyY4mGmKMzmWb75DTwn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2021

SOUZA, L.P. et al. Práticas Integrativas e Complementares no cuidado à saúde mental e aos usuários de drogas. **Id Online Revista De Psicologia**, v. 11, n. 38, p. 177-198, 2017.

STARFIELD B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviço e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud publica. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPAS, 1992, p.37-44. (Publicación científica, 557).

TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C.; NASCIMENTO, M.C. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. **Saúde em debate**, v. 42, p. 174-188, 2018.

TIMÓTEO, Aryanna Vanessa Gomes *et al.* Caracterização do trabalho e ações desenvolvidas pelas equipes do Consultório na Rua de Maceió-AL. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2757/716>. Acesso em: 01 dez. 2021

VECCHIA, Marcelo Dalla; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 183-193, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MTj7868khx8KFL9ZJHbmytK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2021

WALKER, R.J.; GEBREGZIABHER, M.; MARTIN-HARRIS, B.; EGEDE, L.E. *Relationship between social determinants of health and processes and outcomes in adults with type 2 diabetes: validation of a conceptual framework*. **BMC Endocr Disord**, vol. 14, n.82, 2014.

WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço**. Belo Horizonte: COOPMED; 2009.

VASCONCELOS, C.M; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/facfisio/files/2012/06/refe.-SUS-Vasconcelos-e-Pasche.pdf>> . acessos em 15 de dez. 2012.

_____. Sistema Único de Saúde . In: CAMPOS, G.W.S. et al (orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec e Fiocruz, 2006. cap. 16, p. 531-562.

VASCONCELOS WRM, OLIVEIRA-COSTA MS, MENDONÇA AVM. Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de

2006 a 2013. RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2016 abr.-jun.; 10(2) | [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278.

WESTERN Victoria PHN Annual Report, 2017. Available in: www.westvicphn.com.au

WESTERN Victoria PHN Needs Assessment, November 2016. Available in: https://westvicphn.com.au/images/Western_Victoria_PHN_Needs_Assessment_nov_2016_updated.pdf

WHITAKER, Francisco. Rede: uma estrutura alternativa de organização. Mutações sociais, Rio de Janeiro, ano 2, n. 3, mar./maio 1993. Disponível em: <http://inforum.insite.com.br/arquivos/2591/estruturalternativaorganizacao.PDF> acesso em 08/01/13.

WILSON, R. M.; et al. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust. 1995 Nov 6;163(9):458-71.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Discussion document on the concept and principles. In: . Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1984. p.20-3.

_____. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

YIN RK. **Estudo de caso**. Planejamento e métodos. Porto Alegre. Bookman, 2001.

8. APÊNDICES

APÊNDICE I – FOTOS

(Visitas *in loco* - Manaus)













A photograph of a wall display. At the top is a banner with the text "RODA DE GESTANTES" in large, colorful, sequined letters. Below the banner, it says "NESTE LOCAL DE 7:30 AS 8:10" and "TODAS AS QUARTAS-FEIRAS". In the center of the banner is a small illustration of a pregnant woman. Below the banner are two posters. The left poster is titled "AMAMENTAÇÃO. UM GANHO PARA A VIDA TODA." and features a photo of a smiling couple with a baby. The right poster is titled "VIGIA DE VINCULAÇÃO A MATERNIDADE." and contains text about breastfeeding support.

RODA DE GESTANTES

NESTE LOCAL
DE 7:30 AS 8:10

TODAS
AS
QUARTAS-FEIRAS

AMAMENTAÇÃO. UM GANHO PARA A VIDA TODA.

Você não sabe o que seu filho vai ser quando crescer? Mas com lactação materna, você o ajuda a chegar lá.

Amamenta, não deixa para lá. O amamentar é um ato de amor e de proteção. Quando há o amamentar, o bebê se desenvolve melhor.

VIGIA DE VINCULAÇÃO A MATERNIDADE.

SECONDA-FEIRA A DIA SÁBADO	MATERNICIDADE QUATRO PRESIDENTES
SEGUNDA-FEIRA À TERÇA-FEIRA: 08h às 10h	TERÇA-FEIRA À QUINTA-FEIRA: 08h às 10h
QUARTA-FEIRA À SEXTA-FEIRA: 08h às 10h	









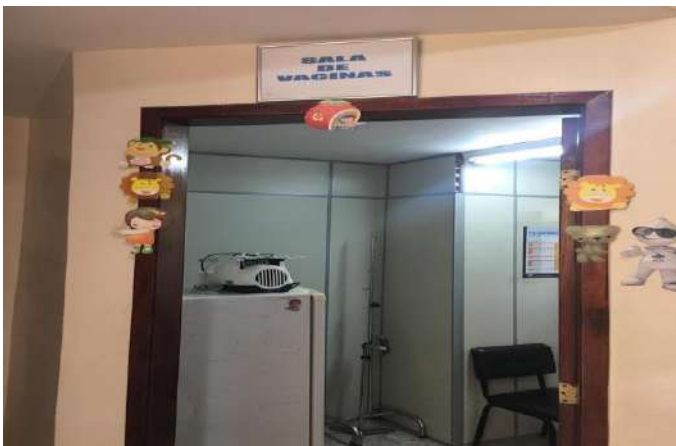


CANOAS





MACAÉ



CAMPO GRANDE



RECIFE



APÊNDICE II – ETAPA I – MEMÓRIA-SÍNTESE DA OFICINA

O roteiro foi dividido em 3 macro categorias: Política, Organização e Sinais da Realidade, sendo cada um destrinchado em subcategorias específicas do eixo. A macro-categoria POLÍTICA é composta pelas seguintes subcategorias: universalidade, equidade, intersetorialidade e participação social. Já o eixo ORGANIZAÇÃO, engloba as categorias Acesso, Gestão do Processo de Trabalho e Integralidade. E por último, SINAIS DE REALIDADE, são analisadas as categorias Uso de indicadores para monitoramento e avaliação, Sustentabilidade e Trabalho em Rede/Compromisso Social/Coesão Social.

De uma maneira geral, a pesquisa procura entender e identificar três políticas: Política da Atenção Primária a Saúde, a Política da Promoção da Saúde e a Política de TICS e Comunicação e Saúde. Para tal se concentra em um foco central: procura comparar as práticas das equipes da saúde da família ou similares (no caso dos outros países) nas ações da promoção em Saúde. As TICS entram como uma política transversal a essas práticas.

As perguntas do roteiro de estudos buscam identificar quais são essas políticas e se elas são existentes e em seguida verificar como elas são organizadas para que fato aconteçam e quais são seus reflexos na realidade das práticas. Fazendo o caminho inverso, o estudo procura entender como e se os resultados sinalizados (Sinais da realidade) são resultados dessa política e organização, verificando as potencialidades, a abrangência, sustentabilidade e os desdobramentos desses resultados na sociedade/comunidade). Como podemos entender melhor no quadro abaixo:



A categoria Política é visualizada como uma macro-política. A partir do sistema de saúde do país, foca-se como se dá a política da atenção primária, com base nos valores do SUS: Universalidade, Intersetorialidade (procurando saber a política ou ação da APS é integrada com outros setores – infraestrutura, educação, etc), Equidade e participação.

A categoria organização procura entender como essas políticas refletem no processo organizativo, e como este pode garantir a efetividade delas. (exemplo: o acesso- forma organizativa- garante a universalidade-política?). O estudo também leva em conta, nessa categoria, se o modo de organizar a atenção pode garantir o conjunto de necessidades dos usuários de forma a trabalhar com todos os níveis de complexidade, além de atentar na maneira como a APS aparece integrada com a Promoção da Saúde. No contexto brasileiro, destaca-se a integralidade dos diferentes níveis de atenção a saúde (conceito trabalhado no Brasil: atenção integral). As subcategorias do eixo ORGANIZAÇÃO, foram pensadas a partir das categorias do eixo anterior (Política) para entender como as políticas são capilarizadas e quais são seus resultados, analisados no próximo Eixo (sinais de realidade).

A macro categoria Sinais de Realidade é a observação da convergência e divergência entre discurso e prática, a partir das experiências selecionadas. A partir de ações da promoção da saúde o estudo procura verificar como cada um dos casos estudados refletem (positiva ou negativamente) as políticas e sua respectiva organização dentro dos municípios onde foram realizadas as experiências.

Em resumo, o estudo procura entender a política, em seguida como ela é organizada para poder entender melhor, por último, quais são os sinais da realidade percebidos na experiência e se refletem ou não a forma de organização e as políticas e planos do município. De modo geral, essa trajetória de pesquisa procura saber se os casos selecionados promoveram saúde, ou seja, se a atenção básica está cumprindo a função dela que é a promoção da Saúde. Observando a voz dos sujeitos para identificar potencialidades e limitações.

ETAPA II - CONSOLIDADO CATEGORIAS

MACRO CATEGORIA POLÍTICA

ANÁLISE UNIVERSALIDADE

O Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado na Constituição federal de 1988 e nas Leis Orgânicas Federais 8080/90 e 8142/90, deve em suas ações e serviços de saúde ser desenvolvido de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Carta Magna, obedecendo aos princípios fundamentais (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social).

Embora o direito à saúde tenha sido difundido internacionalmente, desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, somente 40 anos depois o Brasil

reconheceu formalmente a saúde como direito social. Antes de 1988 somente os trabalhadores com carteira de trabalho assinada e em dia com as contribuições pagas à previdência social tinham garantido por lei o direito à assistência médica, através dos serviços prestados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). (Paim, 2009).

Segundo Matta (2009), a universalidade tem sido considerada na ciência política como uma noção relacionada ao campo do direito, mais especificamente ao campo dos direitos humanos. Ou seja, os direitos que são comuns a todas as pessoas, como um direito positivo que visa à manutenção da vida individual e social no mundo moderno.

Na Saúde, essa definição é reafirmada, caracterizando a saúde como um direito de cidadania, algo comum a todos sem distinção de escolaridade, renda, religião ou qualquer outra forma de discriminação e um dever do estado brasileiro.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988)

Neste sentido, abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento a toda população brasileira (Mendes apud Pontes, 2009).

Para tal, Fausto (2007) afirma que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apresentada como um modelo adotado por diversos países desde a década de 1960 para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático.

Em uma versão distinta dessa apresentada, a APS em alguns momentos e por alguns autores, é descrita como uma estratégia de atenção focalizada em populações de baixa renda, caracterizando uma atenção à saúde seletiva, de tecnologias simples e limitadas. Essa noção replica ao princípio da universalidade, descrito na Constituição Brasileira, que estabelece que o Estado deve proporcionar, para toda a população, o acesso à saúde, assim como outros bens e serviços públicos.

Muitas críticas têm sido feitas às políticas, programas e projetos focalizados e seletivos, particularmente pelos efeitos perversos que acarretam, na medida em que consolidam as desigualdades já existentes, uma vez que se dão no marco de agudas desigualdades

sociais. Além de introduzirem uma precariedade e descontinuidade, as políticas focalizadas são assistencialistas, abrem espaço à arbitrariedade dos que têm o poder de decidir sobre quem irá ser beneficiado pela política e qual o rol de necessidades a serem satisfeitas. (RIZZOTTO, 2013).

Nesse estudo, os autores acreditam que No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012)

Em 1994, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família, que atualmente é denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), uma vez que não possui caráter programático, e sim características estratégicas na mudança do padrão de atenção à saúde.

Mendonça (2008), diz que o Saúde da Família define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de um vínculo social entre população e profissionais, em contato permanente com o ambiente territorial. Assim, atualizou-se a perspectiva da APS dentro das políticas públicas brasileiras, cujo objetivo é a proteção social pela garantia da universalidade e integralidade da atenção.

Em 2008, por meio da Portaria Nº 154/ GM, o Ministério da Saúde cria os Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (Brasil, 2008).

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações

intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. (BRASIL, 2012).

Para Campos (2011), o Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa.

Tal interação é percebida na experiência de implantação do matriciamento em saúde mental nas unidades de saúde da família do município de Florianópolis – SC. O presente estudo realizou entrevistas em duas unidades de saúde com profissionais matriciados, e quando questionados sobre a cobertura dessa metodologia no serviço de saúde, temos que: “O matriciamento é efetivado em todos os centros de saúde, é 100%”(PSQ3).

O matriciamento realizado por essas equipes de Saúde da Família e o NASF representa um planejamento estratégico da atenção em saúde, interligando diferentes projetos e funções profissionais. As equipes envolvidas no cuidado devem atuar de forma transdisciplinar, visando à integralidade do atendimento. Na fala de um dos entrevistados é evidenciado o resultado positivo do trabalho de matriciamento realizado em Florianópolis e reafirmado o princípio da universalidade na oferta desse serviço.

No município de Amparo – SP, a universalidade foi apresentada por um dos entrevistados como um desafio para o SUS, pois, há uma grande demanda por serviços odontológicos e poucos profissionais contratados. Surge então a dificuldade de atender á todos que necessitam.

A partir do momento em que você deixa de ter o dentista na escola, e o dentista está na Unidade de Saúde da Família e a Estratégia Saúde da Família trabalha com todas as pessoas e o SUS fala em direito de todos, universalidade, tudo isso "boom"! Foi uma demanda muito grande e com excessos gigantes de necessidades. (GT1)

Essa fala se refere á mudança que houve na prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil que se caracterizava anteriormente por um acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos, e gestantes. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. (BRASIL, 2013).

Essa lógica de atendimento foi modificada a partir de 2004 com a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente, que define o acesso como

um dos seus princípios norteadores.

Acesso: buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento. (BRASIL, 2004).

Ainda no estado de São Paulo, temos a experiência de Campinas, no qual um dos entrevistados, se referindo ao acesso dos usuários aos serviços de saúde nos diz que: “[...] É aberto a todos... é porta aberta” (COOR E1). Demonstrando nessa fala que a universalidade é garantida no serviço através do acesso não excludente.

Diferente das cidades já apresentadas, em João Pessoa – PB os pesquisadores reconhecem a universalidade na experiência estudada, apesar de não haver trechos ilustrativos dessa categoria nas entrevistas. Pode-se discutir, portanto que a universalidade talvez não tenha sido evidenciada nos fragmentos de entrevista, por ser algo subentendido ao sistema de saúde brasileiro e que, é fundamentalmente incorporado à experiência a ponto de não ser referenciada pelos entrevistados.

Nas experiências de Ourilândia do Norte – PA e Vacaria - RS não houve registro e nem fatos que sugerissem a presença desta categoria, pois, nos dois casos o que ocorreram foram ações programáticas, voltadas para um grupo específico limitando-se a resolução das necessidades de saúde apresentadas na época da experiência.

Referências

BRASIL, disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/brasil_sorridente.php> acesso em 31/01/2013

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional da

Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria n. 154/ GM de 24 de janeiro de 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf>. Acesso em: 30/01/2013.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde soc., São Paulo, v. 20, n. 4, 2011.

Fausto MCR, Matta GC. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: Corbo AMD, Morosine MV, Pontes ALM (Orgs.). Modelos de atenção e saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

MATTA, G.C disponível em:

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/uni.html>>. acesso em 15/12/2012.

MENDES, E.V (1999) apud PONTES, AP. M et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: O Que Pensam Os Usuários. **Rev. Enfermagem**. V. 13 P.501. 2009

Mendonça MHM, Vasconcellos MM, Vianna ALA. Atenção Primária à Saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(Sup 1):S4-S5.

PAIM, JS. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

RIZZOTTO, M.L.F disponível em:

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/focsau.html>>. acessado em 30/01/2013.

ANÁLISE EQUIDADE

O conceito de equidade deriva do latim: “aequitas, ātis 'igualdade, equidade’” (Houaiss, ano , p.), de onde se pode notar que é ligado desde sempre com o conceito de igualdade. De fato, desde as discussões filosóficas em Platão e Aristóteles, passando pela teoria do direito, até sua aplicação em sociologia ou política, o conceito de equidade aparece como ferramenta para diferenciar aquela que seria uma igualdade idealista, abstrata e homogênea, de uma igualdade de fato, que levasse em conta o mundo concreto e suas heterogeneidades.

[...] a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime. (Sposati, 1999, p.128).

Quando se fortalece a ideia de cidadania e com ela o “direito a ter direitos”, se fortalece também a noção de igualdade entre os indivíduos. A igualdade perante a lei era a conquista mirada, de modo que o debate não se detinha nas questões de reprodução social de desigualdades, e quando sim, só alcançava seu aspecto macro, focado nas grandes estruturas sociais e econômicas. Foi somente depois, numa discussão mais contemporânea, que a ideia de igualdade foi deixando de ser focado no indivíduo ou na estrutura, para se voltar a grupos identitários e minorias políticas, fazendo com que a ideia de igualdade fosse sendo substituída pela ideia de equidade.

Equidade introduz a diferença e surge no período contemporâneo associada às minorias (termo inclusivo que nomeou primeiramente as mulheres, povos indígenas e grupos étnicos, mas que hoje em dia incorpora temáticas diversas como a do louco e a do negro). (Scorel, 2013).

Equidade entendida como direito, mas não mais um direito individual ou formal, mas um direito que leva em conta pertencimentos, identidades, e que almeja garantir a possibilidade do exercício pleno das capacidades dos sujeitos e das comunidades.

No Brasil, no que se refere ao uso do termo na área da saúde, o termo equidade vem sendo usado principalmente na sua dimensão política, ao aliar a ideia de igualdade à de justiça social. A ideia de superar iniquidades (seu oposto) aparece então como obrigação

moral social:

Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social. (Whitehead, 1992).

Não haveria como fugir então de juízos de valor. O conceito de equidade exigiria tal juízo, pois lida diretamente com valores normativos.

A equidade, segundo Perelman, corresponde então a um instrumento da justiça concreta concebida para resolver as antinomias entre as diversas fórmulas da justiça formal. A equidade significa dessa forma um produto de uma intervenção sobre situações de conflito. (Silva e Almeida Filho, 2000:7).

É importante salientar esse aspecto na medida em que muitas vezes, em um contexto de busca por eficiência e racionalização economicista a equidade é confundida com focalização e pretexto de negação de universalidade. O discurso é algo como: “Diante dos poucos recursos, o Estado deve voltar-se para quem mais precisa e deixar que a iniciativa privada controle o resto”.

No extremo, está a conhecida redefinição de equidade sustentada pelos economistas de agências internacionais, que tomam a equidade como sinônimo de distribuição ‘focalizada’ de recursos do orçamento social para os mais carentes. (Nogueira, 2000).

Essa redefinição não se sustenta se colocada frente a um contexto em que se entende a saúde como direito de todos e dever do estado. A carga política do termo equidade no Brasil e neste trabalho vai no sentido inverso: a busca por equidade como um esforço de garantia de acesso universal “de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades” (Marx, 1875, s/d).

A posição oficial do governo federal frente à promoção da equidade pode ser lida:

A redução das desigualdades sociais é uma das mais importantes diretrizes que orientam as políticas do atual governo brasileiro. As desigualdades em saúde persistentes e passíveis de ação de mudança são chamadas também de iniquidades. Sobre esse assunto,

o Ministério da Saúde e as demais esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm atuando, por meio de seus respectivos pactos, implementando metas sanitárias.

Estas políticas buscam incorporar as causas que determinam os processos de saúde e as condições de vida, resguardando os limites do setor saúde e desafiando as práticas intersetoriais como reais produtoras de mudanças no nível de saúde dos grupos sociais. Consideram-se como causas determinantes da saúde: as condições de classe social, escolaridade, segurança alimentar, acesso a serviços e bens públicos que constituem a qualidade de vida, assim como a discriminação que ainda prevalece na sociedade, especialmente, o racismo, a homofobia e a misoginia.

O objetivo comum destas políticas se insere na concepção da justiça social nas quais as iniquidades em saúde possam ser tratadas além das desigualdades e das diferenças culturais e étnicas entre os diversos grupos. Esse enfoque, além de caracterizar os diferentes tipos de iniquidades em saúde, remete ao campo político da incorporação de valores éticos e morais explícitos na solidariedade como base do tecido social. (Brasil, 2013).

Seria possível perceber na literatura e estudos atuais alguns caminhos típicos ao se debruçarem na investigação da equidade em saúde. Um deles iria em direção da análise das condições de saúde de determinado grupo, e dos determinantes (ou determinação) social dessas condições:

Mas a maior parte das diferenças de condições de saúde são socialmente determinadas e não decorrem de variações naturais, ou de livres escolhas pessoais por estilos de vida mais ou menos saudáveis. Os pobres, grupos social e economicamente vulneráveis pagam o maior tributo em termos de saúde acumulando a carga de maior frequência de distribuição de doenças, sejam estas de origem infecciosas, sejam crônico-degenerativas ou ainda as originadas por causas externas. (Escorel, 2013)

Um outro iria no sentido de investigar o acesso aos serviços de saúde, e em que medida grupos com a mesma necessidade de serviço são atendidos desigualmente a depender de sua distribuição geográfica e social.

Neste caso adota-se o conceito de equidade horizontal, mantendo as desigualdades existentes previamente à entrada no sistema enquanto na equidade vertical o tratamento é desigual para indivíduos com necessidades distintas. (Escorel, 2013)

Há ainda os estudos que focam na institucionalidade do Sistema de Saúde, mirando na descentralização do poder decisório e do controle social, e por fim, a investigação em relação à presença da equidade enquanto princípio orientador das políticas.

Dois aspectos sobressaem na análise da equidade nesta dimensão:

- a predominância de políticas universais vs. políticas residuais e seletivas (focalização com cestas “mínimas”);
- a distribuição dos recursos financeiros – “o verdadeiro indutor das políticas de saúde” (Barbosa, 2001). Estudos e modelos sobre equidade na alocação de recursos financeiros (Porto, 1997; Lucchese et al., 2001). (Escorel, 2013)

A atual pesquisa sendo desenvolvida tentar notar, nas experiências pesquisadas, não só as dimensões assinaladas acima, como também de que forma aparece a aplicação concreta desses princípios.

No caso de Vacaria houve indícios de que a desejada equidade não foi alcançada, com entrevistados que indicam isso explicitamente (grifo meu):

Então começou a virar a tal da lista de espera, que as pessoas chegavam e falavam ‘ah, eu quero dentista’ então daí falava ‘ah, põe o nome aqui’. Montava o livro de espera - que é o tal do livro preto que a gente fala - que **fere absurdamente a questão da equidade, porque ali é nada mais do que colocar o nome do que a pessoa quer, mas você não reconhece a necessidade de um e a necessidade do outro.** (GT).

A tentativa de organizar o processo de trabalho e prover um acesso mais rápido parece não ter conseguido superar a iniquidade do atendimento. Em outros casos, como o de Florianópolis, não há uma negação tão clara dos entrevistados, mas tampouco se encontram trechos ilustrativos da presença da categoria.

Houve boas notícias, porém. Em João Pessoa se pôde observar nos temas das peças apresentadas uma preocupação com as iniquidades:

Como a gente fez de HIV, a gente fez de violência contra mulher, a gente fez de hipertenso, a gente fez de hanseníase, tudo na linguagem popular (ACS5).

Ourlândia do Norte serviu de exemplo de respeito à diversidade e heterogeneidade do

tecido social ao fazer um atendimento diferenciado a uma população com necessidades e interesses específicos de sua microcultura: os indígenas locais. Ao adaptarem-se à realidade da população que precisa de atendimento, os profissionais de Ourilândia saíram de noções homogeneizadas e engessadas de igualdade em direção à heterogeneidade reconhecida pela equidade.

[...] e esse hospital atende de forma prioritária, também, os indígenas que precisam de tratamento especializado.(DSEI-KA2).

Houve ainda um caso em que se chegou à conclusão que a categoria equidade não se aplicaria: Vacaria. Isso porque neste caso particular o que houve foi uma ação programática com um objetivo específico de acabar com a infestação de mosquitos. Julgou-se que neste caso não faria sentido falar em equidade já que não se estava lidando com situações de iniquidades a serem resolvidas.

Diante disso é importante notar que a categoria equidade se está presente com tamanha importância nos mais diversos estudos não só sobre saúde, mas sobre quaisquer políticas sociais, é devido à constante reprodução social de iniquidades. Se não é possível, nem desejável acabar com as desigualdades para gerar uma espécie de igualdade homogênea, é sim possível mirar na equidade, já que é ela o conceito que abarca a diversidade sem inferioridade. O conceito de equidade atualiza e politiza o conceito de igualdade, como nas palavras de Boaventura de Souza Santos: “tenho o direito a ser igual sempre que a diferença me inferioriza; e tenho o direito a ser diferente sempre que a igualdade me descaracteriza”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, N. F, **A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento)** In: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, vol.33 n.83, set/dez 2009.

DUARTE, C. M. R, **Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?** In: Ciênc. saúde coletiva vol.5 no. 2, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232000000200016&script=sci_arttext] Acesso: 16/12/2012

SCOREL, S. **Equidade em Saúde, In:** Verbetes, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: [<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equasau.html>]. Acesso: 16/12/2012

SCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**, 2013.

NOGUEIRA, R. P **A impotência da Equidade**, In: Saúde, equidade, e gênero: Um desafio para as políticas públicas. ABRASCO, Editora UNB, 2000.

SANTOS, B. S, **Uma concepção multicultural de direitos humanos**. Disponível em: [<http://www.scielo.br/pdf/ln/n39/a07n39.pdf>] Acesso: 16/12/2012

ANÁLISE INTERSETORIALIDADE

A ação intersetorial, um dos pilares da promoção da saúde (OPAS, 1986), ocorre quando diferentes setores sociais relacionam-se para agir conjuntamente sobre problemas de saúde e para alcançar melhores resultados em saúde (WHO, 1996).

No campo da saúde pública brasileira, a intersetorialidade é reconhecida como fundamental para a consolidação da Reforma Sanitária e articulação das políticas públicas, no sentido de que os problemas de saúde devem ser abordados de forma intersetorial (BRASIL, 2004). Na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, a intersetorialidade é citada no sentido de que a esfera federal contará com comissões intersetoriais para promover a articulação de políticas e programas de diferentes setores de interesse para a saúde (BRASIL, 1990).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, independente da esfera de governo, mas, especialmente, pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), a valorização da intersetorialidade e a adoção da sua lógica precisa ser assumida (BRASIL, 2004). Requer-se a ação intersetorial desses profissionais porque a ESF apresenta o conceito ampliado de saúde como pressuposto para a sua atuação, e, sendo assim, utiliza conceitos e práticas da promoção da saúde.

Neste estudo, os resultados indicaram que existem diversas iniciativas intersetoriais e intrasetoriais dentro das ações da ESF. O conceito da intrasetorialidade foi incorporado neste estudo como articulação de diferentes departamentos dentro do setor saúde. Destaca-se que tal conceito foi utilizado a fim de valorizar as práticas ocorridas nos diversos pontos do setor saúde mesmo que (ainda) não sejam intersetoriais.

Observou-se que, em alguns casos, a intersetorialidade foi confundida/compreendida como uma ação intrasetorial ou desconhecida, conforme seguem os respectivos exemplos:

Inicialmente, foi a equipe mesmo [que trabalhou na ficha], né? A *intersectorialidade local*, daqui, de todos, TODOS, porque foram, assim, todos envolvidos: as agentes comunitárias, os técnicos, enfermagem, médica, psicóloga que estava aqui na época. TODOS participaram disso, dessa criação (OD1-AMPARO).

Eu não consigo enxergar parceiros além da gente mesmo, é uma conduta nossa mesmo. A Universidade Federal de Santa Catarina envia os alunos pra gente também, porque é uma experiência fundamental pra eles passarem pela assistência primária [...]. Até pouco tempo atrás era uma vez por semana só a visita deles aqui, mas com a mudança do

currículo eles passam um período imerso aqui manhã e tarde e aí dá pra vê o que se faz (ENF1-FLORIANÓPOLIS).

Carvalho et al. (2009) também encontraram a presença de confusão e desconhecimento acerca do termo intersectorialidade entre profissionais e gestores (n= 91) da atenção básica na região norte do município de Goiânia, a partir de um estudo quanti-qualitativo que objetivou analisar a visão e o tipo de ações intersectoriais para promoção da saúde na atenção básica. Segundo os autores, alguns participantes confundiram o conceito de intersectorialidade com integralidade da atenção ou intrasectorialidade, e ainda, outros demonstraram desconhecimento sobre o assunto.

Tal confusão também foi encontrada por Paula et al. (2004), que entrevistaram enfermeiros da ESF de Ribeirão Preto, São Paulo, e utilizaram o discurso do sujeito coletivo para descobrir a compreensão desses sobre intersectorialidade e quais eram as articulações que faziam com os equipamentos sociais. Os autores perceberam que os profissionais não compreendiam o conceito de intersectorialidade na sua magnitude, ou seja, não ultrapassaram a perspectiva setorial ou departamental, e que, muitas vezes, o termo foi confundido com interdisciplinariedade.

Dentre as ações intrasectoriais realizadas por profissionais de Amparo e Campinas, observou-se, respectivamente, que elas ocorrem a partir da articulação com profissionais da assistência social e da vigilância em saúde:

[...] esse instrumento, ele já foi construído por vários profissionais que acompanham a equipe quando a gente foi fazer a avaliação social. Por exemplo: ali vai ter renda, então a gente chamou a assistente social da rede para poder ajudar a gente a falar o que que a gente vai considerar renda: ‘ter casa ou não ter casa é um critério?’ [...] enfim, a gente foi incluindo essas pessoas, né (GT1-AMPARO).

Teve controle de endemias [nos setores que originaram a Experiência], de dengue... (APOIO E1-CAMPINAS).

A setorialização do trabalho desempenhado, conforme observado nessas experiências, embora engajem atores de outros pontos do sistema, é comum nas práticas realizadas na saúde pública (JUNQUEIRA, 1997). Atingir a intersectorialidade, na prática, representa um grande desafio para o setor saúde em virtude da fragmentação histórica do modelo de atenção à saúde (SÍCOLI E NASCIMENTO, 2003).

No que tange à presença da categoria intersectorialidade, esta ocorreu entre o setor saúde

da maioria das experiências estudadas e educação, assistência social, segurança pública, defesa civil, desenvolvimento social, limpeza urbana e comunicação. Verificou-se, também, a articulação do setor saúde com organizações não governamentais (ONG), cooperativas e setor privado. Ressalta-se, porém, que entre as experiências estudadas apenas na de João Pessoa essa categoria não foi encontrada, e que os resultados se limitaram ao apresentar quais eram os arranjos intersetoriais presentes na realização das experiências.

Iniciativas de ação intersetorial no contexto da ESF, com diferentes intensidades de integração, são demonstradas em outros estudos. Santana et al. (2009), ao investigarem a relação entre ações intersetoriais e a ESF a partir de gestores, profissionais e usuários em um distrito sanitário da cidade de João Pessoa, Paraíba, informaram que, na visão dos profissionais, há uma tentativa por parte desses em promover a intersetorialidade, a qual ocorria de forma incipiente, na época da investigação, "[...] mesmo entre os espaços instituídos pelo governo [...]" com essa finalidade (p. Sem número). Entretanto, os autores afirmaram, a partir do discurso dos profissionais da ESF, que estes apresentaram potencial para o trabalho intersetorial, porém não tinham a governabilidade necessária para promover esse trabalho, tendo em vista a sua complexidade.

Em contrapartida, Papoula (2006) ao estudar o processo de trabalho intersetorial de 34 equipes da ESF implantadas em Petrópolis, no Rio de Janeiro, entre 1998 a 2004, verificou que as equipes buscavam resolver problemas da comunidade com setores governamentais e não governamentais, sendo que muitas vezes, a depender do setor envolvido, as respostas eram efetivas.

Neste estudo, a presença da intersetorialidade nas práticas das equipes da ESF pode demonstrar, que de certa forma, há aproximação dos profissionais ao paradigma da promoção da saúde e à noção de saúde na perspectiva ampliada. Esse aspecto é ainda um desafio para a concretização da intersetorialidade, pois a saúde pública necessita de profissionais capazes de entender a complexidade dos determinantes da saúde para, então, estabelecer ações intersetoriais que possam influenciar em tais determinantes (SILVA E RODRIGUES, 2010).

Nos achados deste estudo, percebeu-se que a intersetorialidade ocorreu principalmente com o setor educação, caracterizando-se, assim, esse resultado como uma convergência, visto que foi a articulação mais comum entre as experiências (Amparo, Florianópolis e Ourilândia). A integração saúde-educação foi feita por meio de programa de residência na unidade de saúde, do Programa Saúde na Escola e de ações isoladas de saúde escolar, conforme demonstrado a seguir:

A UFSC envia os alunos pra gente também por que é uma experiência fundamental pra eles passar pela assistência primária (ENF1-FLORIANÓPOLIS). REPETE PARTE DE TRECHO JÁ EXPOSTO, pode?

Agora tão todas as escolas no Programa Saúde na Escola, então tem o articulador da equipe da saúde da família e os articuladores da escola que sentam juntos pra discutir as demandas, sempre. Trabalha conjuntamente com a equipe de saúde da família (PSQ3-FLORIANÓPOLIS).

[...] além das ações de promoção, a gente faz um mural, no começo do ano, com todos os dentistas, praticamente. E eles vão para a escola e eles fazem uma avaliação odontológica com todas as crianças e daí separa quem precisa ser enxergado como indivíduo e quem pode ser enxergado como coletivo. Esses que são identificados como risco, ou seja, ele precisa ser visto individualmente, ele tem uma residência, que é identificada, e daí há uma comunicação (GT1-AMPARO).

Às vezes com escola a gente tinha [integração], só com escola, dentro da própria aldeia, a gente fez isso [...] De vez em quando a gente fazia [...]. Inclusive o pessoal da educação, eles ajudavam muito na questão da saúde bucal, colocando as crianças para escovar os dentes de manhã depois que merendava, entendeu? Eles ajudavam, ajudaram muito assim, ajudaram na conservação do meio ambiente, para não está colocando lixo, tudo, ensinando (ENF1-OURILÂNDIA).

Resultado similar é apresentado no estudo de Silva e Rodrigues (2010), no qual foi verificado que a articulação entre saúde-educação é a mais significativa. Esses autores analisaram as práticas intersetoriais de equipes da ESF na área de abrangência de um centro de saúde de Belo Horizonte, por meio de observações e entrevistas com profissionais de saúde e informantes-chave de equipamentos sociais locais (igrejas, escolas, creches, núcleo de ação social e núcleo intersetorial regional).

Papoula (2006), no estudo já exposto anteriormente, verificou a presença da efetividade na integração saúde-educação ao calcular a taxa de retorno dos setores contatados para estabelecer parceria. A taxa foi calculada a partir "[...] da porcentagem de equipes que referiram o número de contatos realizados com os setores e que opinaram que eles respondem às suas solicitações “na maioria das vezes” (p. 82).

É consensual que o setor educação é um importante aliado para o desenvolvimento de ações de saúde, sobretudo no campo da promoção de saúde (OPAS, 1986). Diversas iniciativas brasileiras de saúde escolar são efetivadas intersetorialmente com equipes de saúde, como, por exemplo, no contexto das Escolas Promotoras de Saúde (BRASIL, 2006) e do Programa Saúde na Escola (Brasil, 2007; 2012).

As articulações com o setor assistência social e ONG compõem a segunda convergência encontrada. Percebeu-se que a intersetorialidade ocorreu para resolver problemas de saúde e desenvolver ações.

Com Assistência Social a gente tem muita aproximação e ao mesmo tempo muita necessidade de alinhamento conceitual aí, porque tem disparidade de entendimento e tal, mas de qualquer maneira se mantêm as comissões, são fervorosas (PSQ3-FLORIANÓPOLIS).

Ah, e a gente esqueceu dos projetos, a gente faz baile também, né, R., com os idosos. Uma vez por mês o ônibus da prefeitura vem e busca eles. O Centro de Referência de Assistência Social que oferece pra eles, também tem aulas de artesanato, coral, tem tido isso, a gente tem bastante coisa (ACS E1-CAMPINAS).

Mas tem outra parceria importante que nós tivemos na realização também dessas ações, que foi a da Pastoral da Criança, com a suplementação alimentar” (DSEI-KA2-OURILÂNDIA).

No relato de PSQ3-Florianópolis, o entrevistado expressou que há dificuldade no diálogo entre saúde e assistência social. Silva e Rodrigues (2010) também apresentaram esse aspecto no trabalho intersetorial de equipes da ESF de Belo Horizonte, estudo já citado previamente. Para as autoras isso acontece em virtude da falta de consenso entre os profissionais das áreas, o que também é apresentado no estudo de Ckagnazaraff e Melo (2005).

Outros estudos demonstraram a integração saúde-assistência social no contexto da ESF, como em Silva e Rodrigues (2010) e Papoula (2006). Neste, em particular, descobriu-se que a assistência social era o setor mais procurado pelas equipes da ESF, porém, entre os setores procurados, esse não era o setor que mais respondia aos problemas encaminhados pelas equipes.

As instituições religiosas, seguido das ONG, foram as que mais responderam positivamente às solicitações das equipes de saúde no estudo de Papoula (2006), sendo

que, nesse caso, as ONG eram menos contatadas pelos profissionais em relação às instituições religiosas. Ainda nesse estudo, pode-se visualizar setores comuns, acionados pela saúde, aos encontrados na presente pesquisa, a saber: defesa civil, educação, meio ambiente (limpeza urbana) e desenvolvimento social. Cabe destacar que, nos achados de Papoula (2006), a defesa civil foi o órgão governamental mais procurado pelas equipes de saúde e o que as deu mais retorno ao ser acionado.

Em uma das experiências analisadas, foi observada uma particularidade na participação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome no que diz respeito aos limites logísticos para viabilizar a entrega de alimentos à população dentro do prazo de validade dos produtos. Não achei nada sobre isso no relatório, nem observação do pesquisador, nem em trechos do entrevistado, como fazer isso?: (NA DISCUSSÃO INCLUIR LIMITES LOGÍSTICOS DA NÃO ENTREGA DEVIDO À VALIDADE DO INSUMOS - consideração da Dais)

Tem uma parceria também com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que eles fornecem cestas de alimentos [...], só que assim, as parcelas que a gente recebe, é, assim, não são/ não são mensalmente, por exemplo. Elas são... [...] seis (etapas) [...] duas vezes ao ano. [...] E aí temos uma dificuldade imensa também de distribuir essas cestas, porque o transporte aqui na maioria das aldeias é feito aéreo, e acaba sendo, assim, um volume grande quando chega e a gente precisa fazer a distribuição, porque são itens de alimentos que têm prazo de vencimento, às vezes, curto, e dificuldade também para armazenamento, embalagem, carga e descarga. (ON5)

Alguns achados foram compreendidos pelos pesquisadores como singularidades da categoria intersectorialidade, a parceria da saúde com o setor privado, em Vacaria, e o trabalho intersectorial a saúde, catadores de lixo, Departamento de Limpeza Urbana e cooperativa de reciclagem de lixo, em Campinas.

[...] tivemos a ideia de contatar algumas empresas da área adstrita mesmo, e que liberasse seus funcionários, então teve um posto de combustível que liberou um lavador, o lavador de carros, e nos ajudou. E também teve uma agroindústria que liberou um funcionário também, que nos ajudou (DEN-VACARIA).

Até porque na própria cooperativa foi ensinado pra eles, como que recicla, como que separa. Então hoje a gente tem uma coleta que passa duas vezes por semana, coletando os

lixos. Cada um coloca, você olha em frente às casas nos dias de coleta você já vê tudo separadinho. E temos também um depósito de ferro velho aqui que eles trazem também, tem muita gente que eles separam e trazem pra vender pra eles mesmo se manterem, então você vê direto, eles trazem carriola, junta... (ACS E1-CAMPINAS).

A inclusão do setor privado nas práticas de promoção da saúde foi anunciada pela primeira vez como fundamental para intervir nas questões de saúde no relatório da IV Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em Jacarta (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997). Essa inclusão também é assumida pelo Ministério de Saúde, entendendo que as secretarias de saúde municipais precisam viabilizar parcerias com o setor privado para fortalecer a atuação das equipes da ESF (BRASIL, 2001). Além disso, atualmente, pode-se perceber a recorrente presença do setor privado/empresariado na implementação das iniciativas de Cidades Saudáveis, como, por exemplo, na cidade de Curitiba (MOYSES et al. 2004).

Embora a parceria público-privado na experiência de Vacaria não tenha um caráter continuado, mas ocorreu em virtude do engajamento comunitário no bairro em que a experiência se desenvolveu, a colocação seguinte reflete o envolvimento das empresas em Vacaria. Para Andion e Serva (2004), nas duas últimas décadas, houve maior sensibilização e envolvimento do setor privado nas questões sociais, sobretudo através de projetos de responsabilidade social.

A respeito da parceria estabelecida na experiência de Campinas, sabe-se que participação da cooperativa foi o cerne da experiência, pois promoveu, juntamente com os demais setores, a realização de cursos para os catadores não-membros de cooperativas a fim de combater o problema da dengue e informar o trabalho realizado na cooperativa, além da saúde prestar ações assistenciais. A finalidade desse tipo de articulação vem na direção do conceito de intersetorialidade, pois buscou solucionar problemas de saúde individuais e coletivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDION, C.; SERVA, M., Por uma visão positiva da sociedade civil: uma análise histórica da sociedade civil. **Cayapa Revista Venezolana de Economía Social**, v.7, n. 7, p. 7-24, 2004.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

- _____. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília, 2001.
- _____. Conselho Nacional de Saúde Sistema. Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.
- _____. Presidência da República. Decreto n. 6.286 de 5 de dezembro de 2007 que institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p.2, 5 dez. 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde 2012-2015**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012, 112p.
- CARVALHO, M.F. et al. Intersetorialidade: diálogo da Política Nacional da Promoção da Saúde com a visão dos trabalhadores da Atenção Básica em Goiânia. **Tempus Acta de Saúde Coletiva**, Brasília: NESP, v.1, n. 1, p. 44-55, 2009.
- CKAGNAZARAFF, I. B.; MELO, J.S.C.M. Implementação de programa intersectorial de políticas públicas – o caso BH Cidadania. In: SEMINÁRIO EM ADMINISTRAÇÃO FEA-USP, 8., 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2005. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Semead/8semead/resultado/trabalhosPDF/328.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012.
- DECLARAÇÃO DE JACARTA. 1997. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.49-51.
- JUNQUEIRA, L.A.P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade* 6(2):31-46, 1997.
- MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T.; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc. saúde coletiva**, v.9, n.3, 2004.
- SANTANA, P.R. et al. As ações intersetoriais e a estratégia saúde da família na ótica de gestores, profissionais e usuários da saúde no município de João Pessoa, Paraíba. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 76-87, Abr./jun., 2009.

SÍCOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, set./out. 2010.

OPAS (Organização Panamericana de Saúde). **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2011.

PAPOULA, S.R. O processo de trabalho intersetorial das equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores. Dissertação de mestrado em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2006. 186 p.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersectoral approach: a practical experience or a challenge to be met? The Collective Subject Discourse of nurses in the Family Health Centers of the Western District – Ribeirao Preto, Brazil. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.15, p.331-48, mar/ago 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

ANÁLISE DE CATEGORIAS – PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação social é inserida na gestão do SUS com base na lei nº 8.142 (BRASIL, 1990) a qual institucionaliza a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, na qual ressalta a necessidade da participação em cada esfera de governo, porém sem legitimar a função do poder legislativo, com base na Conferência de Saúde e Conselho de Saúde.

A lei cita Conferência de Saúde como segmentos sociais reunidos a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para formulação da política de saúde (BRASIL, 1990) e Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas de caráter permanente e

deliberativo de segmentos variados da sociedade na formulação de estratégias e no controle e na execução da política de saúde em cada instância correspondente ressaltando também a representação do usuário como maioria tanto nas Conferências quanto Conselho de Saúde. (BRASIL, 1990)

Analisando os 6 municípios visitados por suas experiências exitosas em ações da estratégia saúde da família, em sua maioria existe uma divergência entre os entrevistados quando questionados se havia participação social no planejamento e inserção das práticas premiadas, ou se participação social foi apenas para conhecimento da prática *in loco* como foi o caso de Amparo, Campinas, nos quais alguns entrevistados diziam que não houve participação da comunidade mesmo contando com o conselho local de saúde:

Que eu saiba não [o povo não participou da implantação e elaboração dessa Experiência]. Não, que eu me lembre. (ACS1- AMPARO)

Neste caso a população apenas foi informada sobre a mudança, o que foi mencionado como um ponto negativo na Experiência e até mesmo uma dificuldade já que nesta experiência o Conselho de Saúde é ativo, porém de forma questionadora e informativa sem uma gestão participativa como nos seguintes trechos:

“Agora houve sim, timidamente uma tentativa de explicar para a população no próprio conselho tutelar que eu fui chamado, e no conselho municipal, houve uma explicação em relação ao porquê de tirar o dentista da escola né. O duro vai ser se um dia eu tiver a conclusão que não devia ter tirado né (risos).” (GT1 – Amparo)

Então tem algumas unidades que o usuário quer saber como é que é o odonto, aqui, entendeu? Então o conselho local é geralmente o que dispara esse tipo de discussão, se o conselho é mais dinâmico a coisa aparece, se o conselho é mais tímido / porque nesses 6 ou 7 conselhos que a gente tem, o do São Dimas eu acho que é o mais forte.” (GT2 - Amparo)

É comum se observar a situação como o caso de Amparo em que a população não faz parte do planejamento da ação e apenas é informada quando o projeto já está feito e implementado ou já quase implantado, relatos de Campinas provam isso:

Então acho que [as instâncias de pactuação da Experiência] foi Distrital, VISA, local e os catadores [que participaram na implementação da experiência]. [...] foi uma ação local mesmo, essas três instâncias basicamente.” (APOIO1 - Campinas)

A ausência do Conselho de Saúde restringe ainda mais a participação social nos projetos, onde ela é vista apenas neste espaço:

“Na época não, na época o conselho local não estava ativo. Então durante a implementação do projeto não teve participação do conselho local.” (COOR E1)

Ocasionalmente então na situação em que a população nem é informada, o processo de trabalho demonstra que houve alguma mudança no cotidiano das pessoas:

Não tem assim uma formalidade de passar o projeto para a população, é a dinâmica do trabalho que vai socializando o projeto.” (COORE1-Campinas)

Neste caso os trechos corroboram a conclusão de trabalho de Cotta ET al (2008) em que percebe-se que a participação social se resume a existência de conselhos de saúde e na sua ausência não se encontra fatores que comprovem ações de mobilização social em prol da saúde planejamento das ações para a garantia do serviço.

Com o intuito de valorizar e fortalecer o que já é preconizado em lei o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS (BRASIL, 2009) reforçando a valorização da participação social e controle social especialmente os conselhos e as conferências, e reforça o protagonismo da população na luta por saúde na ampliação de espaços de articulação e trocas de saberes além de integração com as ações de auditoria e ouvidoria, monitoramento e avaliação para aprimoramento da gestão do SUS.

Analisando a participação efetiva da população e dos conselhos encontramos trechos interessantes nos municípios de Vacaria e Ourilândia do Norte, respectivamente:

A maioria abraçou a causa. O pessoal gostava de sair, ir pro rio, passar a tarde lá limpando” ressaltando além “[o projeto] foi escrito, com a participação popular”(V2 - Vacaria)

Nesta experiência e neste caso encontramos algumas singularidades visto que o município investe na participação social por meio de conselhos, tanto a nível municipal quanto a nível local, todos os centros de saúde têm conselho, assim como os serviços de assistência especializada e o ambulatório de DST/AIDS. Além disso, relatos da pesquisa informam que a prática de enviar aos conselheiros correspondências informando sobre a reunião mensal acontece há mais de 10 anos e no caso dessa experiência a iniciativa partiu de uma mobilização social local que sentiu a necessidade de uma ação junto a saúde:

“[o projeto] foi escrito, com a participação popular” (V2 - Vacaria).

Em razão da valorização da participação da comunidade nas ações de saúde, Ourilândia do Norte também retrata bem essa realidade, de forma a estimular a participação da sociedade por meio da gestão do serviço:

[...]eles [indivíduos da comunidade] são convidados, aí existem também os Conselhos Locais de Saúde, então dependendo dos assuntos que vão ser discutidos, a gente chama, faz a reunião lá, dentro da comunidade mesmo, e aí aqueles conselheiros lá, eles vão ver o que a comunidade quer, a necessidade da comunidade, e vão anotar e quando for na reunião distrital eles passam para o Distrito/ o conselheiro local/ distrital que está lá na aldeia, ele vai para reunião e ele coloca lá e é discutido a nível de Distrito no Conselho.”(ON2 – Ourilândia do Norte).

A pesquisa também demonstrou críticas e fatores que dificultam a implementação e ação da participação social, como no caso de Florianópolis em que se observou a existência por meio dos conselhos de saúde, tanto o municipal quanto os locais (distritais). No entanto, todos os informantes concordam que a participação dos usuários (que não são conselheiros) é bastante tímida, e ocasionalmente, acaba representando somente nichos de interesses particulares:

Teve aprovação do Conselho, tudo passa por aprovação através do conselho (...)O que eu percebo isso é uma opinião pessoal, é que a participação popular é importante, mas os conselhos estão sendo deturpados na prática como nichos de interesses particulares, tá? Então assim, é muito pró-forma e é muita barganha que tem no final, sabe, assim, sendo bem sincera, E aí é um nicho do vereador tal, o nicho de uma categoria de um conselho

regional de uma determinada profissão que aparelha aquilo, ou de um determinado partido. Então assim, os conselhos, eu não vejo como locais de participação popular efetiva mesmo, sabe? [...] Eu posso dizer que sim, porque passou pela aprovação do conselho, mas o conselho muitas vezes está muito distante do usuário que deveria ser...” (FLN3 – Florianópolis)

Ou, outro caso singular que se observa é em Ourilândia do Norte em que a escolha do conselheiro é política e deve, neste caso, ser obrigatoriamente um indígena recriando a reflexão de que a escolha do conselheiro realmente representa aquele segmento e pode fazer parte da roda de discussão:

“[...] geralmente a gente deixa, a gente deixa, não. É para ser assim: a critério da comunidade, a comunidade escolhe [seu agente indígena de saúde], a gente não interfere. Só que era para ser uma pessoa que sabe ler, que sabe em português, escrever e que tenha um/ né, mas aí eles escolhem ‘Ah, é meu sobrinho, é sobrinho do Cacique, é genro do Cacique’ e é assim que eles escolhem, mas a gente não pode interferir porque isso tem que ser partido deles.” (ON2 – Ourilândia do Norte)

Para Serapione et. Al (2006) é uma tarefa árdua se questionar mais o posicionamento e a participação do conselheiro usuário visto que apenas para o mesmo sua representatividade e ação é baseada completamente no trabalho voluntário, além do indivíduo estar lá na condição de representar uma necessidade como no caso de Florianópolis o paciente que necessita de apoio psicossocial:

“A gente tem um conselho local de saúde que está ainda engatinhando, têm as nossas reuniões enfim, mas ainda não tem uma participação plena da população, têm pessoas que estão participando da comunidade, mas que em geral já tem uma história de participação em movimentos populares, mas eu não vejo o usuário participando, não vemos o nosso paciente participando (...) As pessoas são pouco participativas estão envolvidas ou no trabalho ou na família, no próprio sofrimento e não consegue ainda partir pra outras possibilidades.” (FLN1).

Neste estudo, sinaliza-se que o mero funcionamento regular do conselho não garante que exista efetivo controle social, como no trabalho de Souza et. Al (2010) citando que alguns casos falta para o conselheiro de saúde capacitação para a sua atuação, permitindo-lhe

que os mesmo tomem as decisões corretas e conscientes, exercendo sua função com clareza. O conselheiro municipal de saúde tem um desafio e uma responsabilidade por deliberar e representar a população de um município em que esta muitas vezes desconhece a existência e a importância, desconhecendo também o quanto se pode conquistar através de um Conselho de Saúde realmente ativo.

Portanto, como última análise foi observado com base em todo o referencial teórico e trechos das entrevistas que o conselho de saúde ora é um espaço de apresentação de resultados sem planejamento ascendente e gestão participativa ora um recinto de mobilização social, questionamento e criticidade que vai além de ações institucionalizadas e oriundas do setor saúde como o caso de Vacaria. Porém é importante ressaltar as debilidades de se manter um conselho ativo, devido interesses políticos, particulares e culturais.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 44 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

COTTA, RMM; CAZAL, MM; MARTINS, PC. **Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2437-2445. ISSN 1413-8123.

LANDERDHAL, MC; UNFER, B; BRAUN, K; SKUPIEN, J. **Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático?.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2431-2436. ISSN 1413-8123.

SERAPIONI, Mauro and ROMANI, Oriol. **Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.11, pp. 2411-2421. ISSN 0102-311X. SOUZA, TO; DA SILVA, JM; DA NÓBREGA, SS; CONSTÂNCIO, JF; **Controle social: um desafio para o Conselheiro de saúde.** Rev Bras Enferm, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 215-21.

MACRO CATEGORIA ORGANIZAÇÃO

EIXO ORGANIZAÇÃO

CATEGORIA ACESSO

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, devendo ocorrer no local mais próximo da vida das pessoas. É fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Assim, a AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, e as Unidades Básicas de Saúde desempenham um papel central na garantia, à população, de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (PNAB, 2012).

O acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos e de qualidade, com acolhimento dos usuários, vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde é uma diretriz da AB brasileira. (PNAB, 2012).

Sousa (2007) retrata que os termos “acesso” e “acessibilidade” são usados por alguns autores de forma indistinta e geralmente imprecisa, enquanto outros fazem sua diferenciação.

Donabedian (1973) diferenciou os tipos de acesso. Para ele, o acesso sócio-organizacional inclui características de recursos que facilitam ou atrapalham os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento. O acesso geográfico, por outro lado, envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessários para alcançar e obter os serviços.

Segundo Starfield (2002), existem diversos tipos de acessibilidade a serem considerados com relação aos serviços de saúde, como acessibilidade geográfica, psicossocial e em

relação ao tempo. Assim, acessibilidade envolve tanto a localização do estabelecimento próxima à população que atende, quanto os horários e os dias em que está aberto para atendimento, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e a percepção da conveniência desses aspectos por parte da população. A ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida ou seja adiada. Sousa (2007) traz a definição de acesso como a inter-relação estabelecida entre os indivíduos, família e comunidades, gestores e equipes do PSF permeada pelo vínculo e pela co-responsabilidade, num exercício permanente de geração de oportunidades e capacidades entre os sujeitos nos processos de cuidar da saúde-doença-morte como expressões de respeito, autonomia e participação. Nessa pesquisa, assume-se esse conceito de acesso, de Sousa, que considera as relações, incluindo-se, na mesma categoria, a definição de acessibilidade de Starfield (2002).

Experiência realizada para organizar/facilitar o acesso

Nas falas dos entrevistados de Amparo, Campinas, Florianópolis e João Pessoa, pode-se observar que a origem das ações da Experiência estava relacionada à necessidade de organizar e facilitar o acesso da população aos serviços de saúde da Atenção Básica.

As experiências de Amparo e Florianópolis, como se pode observar nos trechos destacados, estavam voltadas à organização da demanda dos serviços de saúde: o primeiro, da saúde bucal; o segundo, da saúde mental.

As ações desenvolvidas no município de Amparo tinham como objetivo planejar o acesso ao atendimento odontológico de forma equitativa e integrar toda a equipe com a proposta de saúde bucal para atendimento familiar, com a elaboração de um instrumento de avaliação de risco. A ideia inicial da ficha era que fosse feita toda a reorganização do acesso à saúde bucal, buscando-se superar barreiras de acesso através da busca-ativa, porém não houve continuidade dessa busca, devido à grande demanda.

“O que que isso [ida do dentista que estava na escola para a UBS] gerou? Uma demanda enorme para a saúde bucal, porque parece que ‘abriu a porteira’ (risos), porque antes o adulto não tinha acesso dentro da escola.” (GT1-AMPARO)

“[...] já tiveram várias fases [na organização da saúde bucal utilizando-se o instrumento], mas, na fase mais recente, a partir do momento em que a pessoa manifesta o desejo, a necessidade de fazer uma avaliação [da saúde bucal], fazer um tratamento, aí elas [ACS]

falam da ficha. Neste momento, é a partir do momento em que a pessoa demanda. Isso atualmente, né. Porque no começo foi uma coisa mais de busca-ativa e oferecer [o atendimento], né.” (COOR-AMPARO)

“Na zona rural, [...] a gente foi reclassificando aqueles indivíduos também do livro para a ficha, mas esse era o trabalho que a SB [saúde bucal] fazia. Não o agente comunitário, porque não tinha também como eles irem até as fazendas e fazer a reorganização. E a gente também fazia por indivíduo lá, não por família.” (ACD1-AMPARO)

Em Florianópolis, assim como diversos outros municípios brasileiros, havia uma demanda psiquiátrica reprimida, o que dificultava o acesso aos serviços de saúde. Também as barreiras na comunicação entre os profissionais da rede de saúde e a localização geográfica de oferta do serviço foram apresentadas como um obstáculo ao acesso dos usuários.

“Mesmo porque a proposta inicial era: vamos juntar com psiquiatras e psicólogos, regionalizá-los, [...] porque eles estavam aglomerados, ou no centro, ou no norte.... vamos distribuir, montar essa equipe. Esses psicólogos e psiquiatras não vão ficar mais juntos. Vamos fazer uma proposta com eles e [eles] vão ter tempo formalizado para sentar com as equipes de Saúde da Família.” (PSQ3-FLORIANÓPOLIS).

Já as experiências de Campinas e João Pessoa tinham como objetivo facilitar o acesso da população à AB, desenvolvendo ações que fossem convidativas. Em Campinas, a experiência era voltada para catadores de material reciclável que moravam e/ou trabalhavam na área. O objetivo era facilitar o acesso dessa população à UBS, com vistas, inclusive, à equidade, além de informar os catadores sobre questões referentes à saúde, principalmente voltada à prevenção da dengue, e ao trabalho de reciclagem desempenhado por eles, com auxílio de uma cooperativa.

“Então, na época a gente tinha uma realidade diferente, tinha um distanciamento dessas pessoas... que faziam reciclagem... Então a gente sentiu certa dificuldade, porque tinha gente de todo tipo... que reciclava... E as meninas [ACS] sempre traziam essa dificuldade...” (VIEPI E1-CAMPINAS).

“E o que foi bem legal é que depois o resultado do trabalho, as meninas [ACS] passaram

a ter um acesso melhor a eles [catadores].” (VIEPI E1-CAMPINAS).

Em João Pessoa, o teatro foi utilizado como uma forma de chamar a população a conhecer e utilizar os serviços da AB, além de informá-la sobre questões importantes relacionadas à saúde. Foi mencionada a importância de uma linguagem clara e de fácil compreensão por parte da comunidade, o que é necessário para garantir o acesso aos serviços que são ofertados.

“Profissionais de saúde, de toda a cidade, que tiveram interesse em ir, e... pessoas da cidade né, curiosos que acabavam ficando pra ver as programações, porque era muita coisa né? E além do palco montado tinha muita atividade acontecendo. Aferição de sinais vitais, pressão, glicemia, e tal, isso atraía o povo. E na hora da peça tinha muita gente assistindo” (ACS1-JOÃO PESSOA).

“[...] a gente queria passar uma linguagem popular pra comunidade, que ela entendesse as problemáticas, né.” (ACS1-JOÃO PESSOA)

Já a experiência de Ourilândia do Norte era voltada para a recuperação nutricional de crianças indígenas com baixo peso ou com risco nutricional enquanto a de Vacaria foi uma baseada na intersectorialidade, numa ação conjunta da saúde com a iniciativa privada e a comunidade para a limpeza dos córregos, a fim de evitar a endemia de mosquitos borrachudos.

Fatores que facilitam o acesso

Os entrevistados dos municípios de Amparo, Campinas, Florianópolis, Ourilândia e Vacaria citaram fatores facilitadores para o acesso. Em Amparo, onde foi reorganizada a saúde bucal, foi citada a importância das equipes ampliadas de Saúde da Família e do acolhimento. Como menciona Starfield (2002), a oferta de ações e serviços é uma das dimensões do acesso.

“O adulto, o idoso e as pessoas que estavam de fora da escola, eles tinham espaços de acesso prejudicados porque tinha, em um ou em outro serviço, um postinho que tinha dentista, né. Com a Estratégia Saúde da Família mudou completamente. Por quê? Porque você deixa de atender o escolar por ser escolar e passa a atender a família.” (GT1-

AMPARO)

Também o acolhimento é um importante fator para a melhoria desse acesso. Conforme a PNAB (2012), o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Esse acolhimento, porém, ainda está em processo de construção nas Unidades de Saúde da Família, apesar de sua implantação ter iniciado, de forma pioneira, já na década de 1990. (SOUZA et al, 2008).

“O que me conforta um pouco, assim, para mim, na hora de dizer isso, é que a gente tem a parte do acolhimento, então a gente já explica também: ‘Se tiver dor, né, se cair uma obturação, vem ao acolhimento’. Daí a gente explica como funciona o acolhimento, então dá certo conforto, tipo assim: ‘Vocês não estão desamparados de tudo até chegar a ficha, né.’ Se tiver uma dor, um problema, eles têm como vir resolver esse dente, né. [...] Então aí dá uma ‘aliviadinha’.” (ACS-AMPARO)

A importância da oferta para garantir o acesso também foi observada em Florianópolis, com a abordagem da necessidade do atendimento de saúde mental e do matriciamento nas próprias UBS.

“Encaminhando direto, na prática, como ficava uma fila de espera enorme, [...] quem atende é o médico de família. Você está atendendo toda a demanda, porque você não tem acesso a outro [médico]. Se a gente abrir, colocar esses espaços presenciais [com profissionais da saúde mental], você [médico de família] vai ter acesso direto, vai conseguir discutir os casos que são os maiores pepinos para você, e aí conseguir o acesso mais rápido à consulta (psiquiátrica)” (PSQ3-FLORIANÓPOLIS).

Na visão dos pesquisadores deste estudo, também a informatização do sistema realmente parece tornar potencialmente melhor o acesso e o cuidado. A facilidade de informação sobre os centros de saúde e suas atividades, através de blogs, por exemplo, o sistema informatizado de atendimento e o prontuário eletrônico pareceram ter bons resultados na garantia do acesso da população, em Florianópolis.

No município de Ourilândia do Norte, foi vista a peculiaridade da saúde indígena, que faz parte de um subsistema do SUS e que, por isso, possui os mesmos princípios. Levar as

ações de saúde para as aldeias, considerando a realidade de cada local, é um fator facilitador do acesso.

Sim. “A gente trabalhou dentro do Posto de Saúde Indígena. Na verdade, não é bem um PSF registrado, mas é um Pólo, [...] é o posto que a gente tem lá e era dentro do Posto de Saúde que a gente trabalhava essas ações. [...] Na aldeia, a gente fazia esse trabalho na aldeia. [...] Um (posto de saúde) em cada aldeia” (ENF1-OURILÂNDIA).

Starfield (2002) discute também que é fundamental, para a garantia do acesso, o profissional falar a língua dos usuários. No caso da saúde indígena, esse é um ponto que ainda precisa ser aprofundado. Na visita a Ourilândia, os pesquisadores perceberam que poucos profissionais falavam a língua dos povos indígenas atendidos e que isso fazia muita diferença. A interculturalidade deve ser uma questão debatida e exercida também no âmbito da saúde, bem como o respeito às práticas de saúde tradicionais, desenvolvidas, muitas vezes, pelo pajé.

Em Campinas, a questão da territorialização, base da Estratégia Saúde da Família e essencial para o acesso da população adscrita, foi mencionada. Como descrito na PNAB (2012), a AB deve ser descentralizada e capilarizada, de forma que as pessoas tenham a oferta das ações e serviços próximos a sua casa.

“Territorialmente, esse bairro não é muito amplo, a proximidade não é muito distante não [dos catadores]. [...] A população é adscrita, tem a divisão territorial né? Ai tem, por setor censitário...” (COOR E1-CAMPINAS)

Em Vacaria, a organização do processo de trabalho, bem como a territorialização, também foram fatores importantes para o acesso da população. Vale destacar a importância da busca-ativa, realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para se conhecer a realidade de saúde da comunidade adscrita.

“[...] a gente é dividido em microáreas, e a minha microárea é que era a mais próxima dos logradouros, onde tinha pessoas que criavam animais, pessoas que moravam perto do pesque e pague que tem ali, sabe. Então a minha microárea era a mais atingida porque ficava perto das matas ciliares ali, tá. Então durante as visitas domiciliares eu comecei a fazer esta busca ativa, daí as pessoas começaram a se queixar que tinha muito mosquito a

certa hora do dia e eu comecei a notar dentro do trabalhado do ACS, e não era uma, duas famílias, era a maioria das famílias” (ACS-VACARIA).

Fatores que dificultam o acesso

No município de Amparo, os entrevistados mencionaram alguns fatores dificultadores para o acesso à Estratégia Saúde da Família, em especial no que tange à saúde bucal. A mudança do local de trabalho da Equipe de Saúde Bucal, que deixou de ofertar ações focalizadas exclusivamente para os escolares e passou a atender toda a comunidade, com acesso universal, foi um fator que facilitou o acesso para os demais indivíduos, porém, como consequência, dificultou o acesso de parte do grupo que era atendido anteriormente, mesmo existindo ações intersetoriais da UBS com a escola.

“Só que essa criança que foi identificada lá [na escola], foi avisado na unidade e a unidade sabe onde ela mora, sabe o nome, sabe quantos dentes cariados ela tem e tudo. A logística é bacana, [mas] as barreiras sociais e as dificuldades para ela chegar à unidade estão muito além da gente saber que ela existe e que ela mora na rua tal. E você chega lá e é um menininho de 8 anos que cuida da irmã de 2 anos porque a mãe está trabalhando o dia inteiro e não tem quem fique com a criança. E a gente precisa atender. Estou dando um exemplo grosseiro, mas o que eu estou querendo dizer é isso: a gente tem que ter uma logística e até uma comunicação em rede aqui para falar ‘olha, tem tal criança aqui’, mas as coisas não são tão ‘redondinhas assim’. A gente tirou a dentista da escola [...]: é um salto, mas tem uma perda. Esse menininho de alto risco [...], quando a gente tinha um dentista na escola, a gente pegava. Hoje, a gente não consegue pegar na unidade.” [...] nós não tiramos o acesso, a gente continuou o acesso, mas colocamos uma barreira no meio, né, porque eles têm outros complicantes [...]” (GT1-AMPARO)

Outro aspecto mencionado estava relacionado especificamente ao instrumento desenvolvido na experiência, o qual ajudou na organização da demanda para a saúde bucal, de acordo com o princípio da equidade, porém não foi suficiente para garantir o acesso e eliminar as barreiras:

“Há uma sensação de que levanta a demanda, mas você, de certa forma, não pode dar uma resposta para isso, o que não deixa de acontecer. Quer dizer, você vai à procura do cara que fala ‘Ah, eu estou com dor, ah, eu estou com...’ Tá, e quanto tempo vai levar

para ele? Eu acho que essa sensação que dá [...] para vocês, e não é só para vocês, eu acho que para todo o mundo, assim, é que a ficha é um norte, mas ela não resolve o problema da, da lista de espera.” (GT1-AMPARO)

Por fim, como bem retrata OD1, a organização da demanda, sozinha, não é capaz de garantir o acesso. É preciso levar em consideração o conjunto de questões que influenciam na possibilidade do usuário chegar ou não ao serviço de saúde. Um obstáculo importante é o horário de funcionamento das Unidades Básicas, que há algum tempo já vem sendo discutido no Brasil, com alterações em alguns municípios, porém não sendo uma realidade nacional o horário alternativo ou expandido. Isso deixa de fora importante parcela da população trabalhadora, que fica impossibilitada de cuidar de sua saúde na AB. Assim, a porta de entrada desses usuários acaba se tornando, muitas vezes, o hospital, já em situações de doença, e eles deixam de ter acesso a bastantes ações de promoção e prevenção da saúde, reforçando o modelo curativista (STARFIELD, 2002).

“[O usuário tem dificuldade em ir à unidade] Porque está trabalhando, porque o patrão não liberou, porque isso, porque aquilo. Então, eu acho que, talvez no futuro, [deva] se pensar em algum horário alternativo para [atendimento]... não sei, cinco às sete, não sei.” (OD1-AMPARO)

Segundo a PNAB (2012), para garantir o maior acesso possível, o vínculo, e os demais atributos da AB, o processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo a atingi-los. Também é ressaltada a importância da definição do território e da população sob responsabilidade das UBS e das equipes e do planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais, com a recomendação de se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários.

Singularidade

Também em Amparo, foi observada uma singularidade em relação ao que o município tem feito para tentar superar os obstáculos encontrados para que se possa garantir o acesso dos usuários ao serviço de saúde da AB. Nesse caso, foi apresentado o equipamento transportado para o atendimento na saúde bucal:

“Hoje, a gente tem um equipamento transportado - que foi a sacada que a gente teve - que ele vai para a escola, fica um tempo, trata só aquelas crianças que precisam e depois ele muda de escola... Só que a gente não tem um número de [equipamento] transportável suficiente e nem profissional suficiente para conseguir pegar essas crianças de alto risco no lugar onde elas estão - não confinada, mas que ela, pelo menos um momento, ela está ali. Porque na hora que se passa a responsabilidade para a família levá-lo à unidade, essa família tem uma complexidade tão grande, que muitas vezes ela não consegue chegar.”
(GT1-AMPARO)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973. p 419-73.

SOUSA, M.F. **Programa Saúde da Família: estratégia de superação das desigualdades na saúde?** Tese (doutorado) – Universidade de Brasília, 2007. 268 p.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviço e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA, E.C.F.; VILAR, R.L.A.; ROCHA, N.S.P.D.; UCHOA, A.C.; ROCHA, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

Organização – Gestão do Processo de trabalho

Um dos focos deste estudo foi caracterizar na organização, a gestão do processo de trabalho das experiências municipais visitadas da III Mostra Nacional de Produção de Saúde da Família de 2008.

O trabalho em saúde, segundo Matumoto et al. (2005) pode ser visto como um conjunto de tarefas empenhadas pelos trabalhadores, com constante interação que objetiva a “realização da tarefa assistencial, do atendimento integral, de reconstrução dos modos de lidar com os saberes e disciplinas, necessários para o atendimento em saúde” (p. 13). Na Estratégia de Saúde da Família o objetivo do trabalho das equipes de saúde é realizar na perspectiva da família, a integralidade na assistência, de maneira contínua, visando qualidade e resolutividade nos serviços, buscando sempre atender a necessidade da população adscrita (RIBEIRO et al, 2004).

A gestão do trabalho em saúde é um eixo fundamental na estrutura organizacional dos serviços em saúde, sendo que a qualidade e a produtividade são resultados da forma que este é realizado. A gestão do trabalho em saúde acredita que o trabalhador é um elemento chave para a transformação do meio de trabalho, sendo ele entendido como um agente transformador para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde: “o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, co-participação, e co-responsabilização de enriquecimento e comprometimento mútuos”. (MACHADO, M.H.)

Na análise da categoria de gestão do processo de trabalho foram identificadas as seguintes dimensões nas experiências visitadas: a) fatores que facilitam: trabalho em conjunto em saúde, autonomia, educação permanente, uso de fichas e planilhas no processo de trabalho, b) fatores que dificultam: centralização, ausência de liderança, mudanças na gestão, não adaptação de instrumento; c) fatores de singularidade: análise do contexto de saúde.

O trabalho em conjunto com as equipes e suas coordenações foi uma similaridade que pode ser observado em algumas experiências, tal aspecto pôde ser visto nos municípios de Amparo, Florianópolis e Vacaria. Esse trabalho em conjunto pode ser notado pela realização de reuniões e encontros esporádicos das equipes de saúde da família e outros participantes. Os entrevistados expressaram que mesmo com os consensos das reuniões, cada equipe tem a autonomia de fazer o trabalho voltado para a realidade de sua população adscrita. Em Amparo, essa relação foi relatada no seguinte trecho de fala de um agente comunitário de saúde:

Eu acho uma boa relação [dos ACS com a equipe de Saúde Bucal]. A gente tem liberdade de chegar lá, com a dentista, e estar conversando, né, sobre a ficha ou sobre qualquer outro assunto. Eu não vejo problema de conversar com eles. Nem de alguma dúvida que a gente tenha ou alguma coisa que a gente não concorde. (ACS)

Em Florianópolis também é evidenciado o trabalho em conjunto conforme foi explicado por uma enfermeira:

Eu acho que a estratégia principal (para assegurar a continuidade ou expansão da experiência) talvez seja a questão das regionais estarem coordenando tudo isso, então a regional no meu modo de vista fomenta e dá os limites, isso facilita bastante. A regional garantindo, por exemplo, uma tarde de matriciamento, a gente organizando essas agendas, coincidindo a agenda do dia com a do psiquiatra, havendo essas comunicações, fomentando essas comunicações internas entre nós e o pessoal do NASF e daí a coisa anda, deixando os objetivos claros, sendo assertivo é a estratégia que se precisa né? Por que aí vence a resistência que existe em algum grau em vários profissionais. (ENF1).

No município de Vacaria o trabalho conjunto da equipe foi um fator essencial para os resultados da experiência:

“[...] a gente tinha tudo especificado, [...] na reunião de equipe [...] a gente já organizava tudo: ‘tal dia a gente vai sair, tal dia vai ter que fazer a limpeza nos córregos, na segunda-feira, no km 4 tal lugar, na quarta-feira em um ponto específico em outro lugar’. Então, era tudo organizado com a equipe e secretaria de saúde” (DEN).

Conforme aponta Ribeiro et al. (2004), o modo de trabalho da equipe de saúde da família permite a ampliação das ações de promoção em saúde, maior adesão da população aos serviços e principalmente a autonomia de “introduzir práticas assistenciais inovadoras”. Para Campos, G.W.S. (1997), o trabalho em saúde para ser resolutivo precisa de certo grau de autonomia, por acreditar que ela confere independência ao profissional é necessário que ele execute suas ações com responsabilidade, desta forma, ele designa “autonomia- responsável” para um processo de trabalho em saúde no qual os agentes de transformação se comprometam e se envolvam na realização de tarefas.

A autonomia do processo de trabalho em saúde do município de Amparo se destaca, cada equipe fez alterações na ficha de saúde bucal conforme considerou pertinente. Entretanto,

um aspecto que demonstrou divergência entre os entrevistados, foi que muitos não demonstraram ter se adaptado ao instrumento:

“A própria equipe da odonto tem, tem processos de trabalho um pouco diferentes, usa a ficha de forma diferente. Uma equipe continua aquele processo familiar, de chamar pela família e fazer a orientação, enfim; e a outra equipe preferiu fazer / usar a ficha mais com pontuação individual e não pontuação familiar, né. E foi, na verdade, eu acho que é uma polêmica que vem desde a época em que [a ficha] foi implantada [...]” (COOR).

“Tinha uma demanda na odonto, entendeu? Agora a ficha não partiu de nós [ACS], né. A ficha veio para a equipe para ela ser aplicada, e aí que teve toda uma discussão: ‘Vai ser assim’ ‘Ah, eu concordo aqui, não concordo ali, faz assim...’” (ACS).

Já em Florianópolis a autonomia apresenta convergência:

“Nós temos aqui quatro equipes, cada equipe ela tem a sua autonomia dentro do seu processo de trabalho. Temos uma coordenação da unidade, que sou eu quem responde. E aí a gente procura trabalhar... Padronizar algumas coisas. Mas nada impede que a equipe tenha seu próprio planejamento em relação a sua área de abrangência” (MED2).

Quanto à educação e capacitação das equipes, nota-se que nas experiências visitadas de Ourilândia do Norte, Florianópolis e Vacaria que este foi um processo relevante na implantação e desenvolvimento das experiências. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2011), a estratégia da educação permanente é um fator-chave para o trabalho das equipes de saúde da família, sendo considerado um elemento de gestão essencial para que a partir dele haja a “análise coletiva dos processos de trabalho, identificando-se os nós críticos [...] na atenção e/ou na gestão [...], estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde” (p.11). Em Vacaria o processo educativo foi feito com os agentes comunitários:

“[...] daí a gente teve junto com Centro Estadual de Vigilância em Saúde um treinamento né, todos os agentes de saúde, um treinamento de uma semana com aulas teóricas e práticas. Daí, ali a gente aprendeu a medir vazão de rio, como passar o biolarvicida, e, então, depois de todo este trabalho a gente foi colocar isso dentro da comunidade [...]” (SEC).

No contexto de Florianópolis, no qual eles trabalharam com o matriciamento em saúde mental, houve uma capacitação para toda a equipe com o tema:

“O matriciamento inicialmente ele é muito complicado, porque sai do encaminhamento e parte para a responsabilidade da equipe, então geralmente gera insegurança por parte do profissional que não tem muito ainda o manejo, questão da própria experiência com os casos clínicos mais sérios. Então, inicialmente houve uma rejeição por parte dos profissionais [...] só que daí o município também gerou uma capacitação em saúde mental e aí eu acho que facilitou um pouco essa absorção das equipes em relação ao matriciamento” (MED2).

No município de Ourilândia do Norte, a educação é feita pela passagem do conhecimento de quem trabalha a mais tempo para os novos membros da equipe, dada a singularidade deste caso, por se tratar do trabalho em saúde para os indígenas:

“O que a gente tem feito, assim, é utilizar daqueles profissionais que trabalharam desde o início, né, e esses profissionais repassar essa/essa experiência com os novos. Acompanhar, né, na entrada das aldeias, é, repassar de uma forma assim, na verdade, de uma forma de treinamento em serviço, de acompanhamento de novos profissionais. Mas como as áreas são distantes e dispersas, assim, a população indígena, acaba que não dá pra acompanhar todos” (DSEI-KA2).

Percebe-se que o uso desses processos de educação no trabalho das equipes de saúde, potencializa as ações realizadas, oferecendo mais opções para enfrentamento de problemas que podem ocorrer, sendo então uma estratégia de apoio desse trabalho na atenção básica (PNAB, 2011). Para Machado, M.F.A.S. *et al.*, a educação permanente juntamente com a capacitação profissional fazem parte da discussão da integralidade na atenção na ESF, devendo “estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde” (p.338).

O uso de planilhas e fichas para auxiliar no processo de trabalho das equipes de saúde ocorreu nos municípios de Vacaria e Ourilândia do Norte. Em Vacaria para pesquisa foi feito o uso da ficha epidemiológica:

“Então dentro da própria visita do ACS a gente perguntava, fazia uma pesquisa. Tinha uma ficha epidemiológica que a gente preenchia, e a gente entregava folders educativos explicando a vida, como funciona a vida do mosquito pras pessoas entender como é que é” (ACS).

Em Ourilândia do Norte o uso da planilha foi utilizado para organizar o processo de trabalho e reuniões da equipe com a coordenação específica indígena. Entretanto, pelo relato da enfermeira entrevistada, o uso da planilha e a realização das reuniões não são feitos mensalmente como previstos:

“Todo o Distrito tem (palestras), inclusive a gente tem uma ‘planilhazinha’ que a gente preenche depois, eu acho que eu tenho aqui [...] que a gente preenche depois. Isso aqui era para ser feito mensalmente, é obrigatório ter uma, mas ela pode ser várias no meio, depende da necessidade, entendeu? Ela é (...) um padrão, para o distrito inteiro” (ENF1).

As dificuldades encontradas variam conforme o contexto de cada município. No município de Campinas a centralização da gestão foi um fator que dificulta, não havendo reuniões em grupo na tomada de decisão:

“É porque assim, vem o projeto a gente faz a pactuação a nível distrital e implanta na unidade, coordenador vem e socializa com a equipe e aí a gente divulga no conselho local” (COOR E1).

Em João Pessoa a dificuldade encontrada foi à ausência de liderança para a realização das peças de teatro:

“É assim, pra gente retomar a gente precisa que ACS1, ele queira. Porque aí eu quero dizer assim, a carga melhor vem dele, porque ELE é quem vai escrever o roteiro agora e que não tem a companheira [ex. ACS]. Então, ele atua, eu atuo, ACS4, agora, se não tem o roteirista, se não tem assim, tipo, o cabeça, nós ficamos de mãos atadas” (ACS3).

Na experiência de Ourilândia do Norte, foi bastante evidenciada a dificuldade da mudança de gestão na saúde indígena e das parcerias com as Organizações Não

Governamentais (ONG's):

“As ‘ONGs’, como vocês sabem [...] não deram certo. A intenção do governo era colocar ‘ONGs’ para administrar, que anteriormente o governo / alguns funcionários estavam desviando verbas, não estava dando certo. O que que o governo fez? ‘Não, eu vou fazer uma parceria, colocar ONG e funcionário nosso, para acompanhar, tá?’ Aí começou a existir desavença. ‘Acaba com as ‘ONGs’, as ‘ONGs’ estão/estão desviando dinheiro, agora vamos ter a nossa nova secretaria, botar gente responsável, funcionário responsável para administrar. Só pessoal do governo mesmo.’ Então, ele fez isso, acabou com as ‘ONGs’, entendeu? Pegou a administração novamente, e está começando a fazer os primeiros passos: uma nova secretaria, que não conhece, por pessoas que vieram de outro setor que não conhecem como é que se faz o trabalho. Então, nós estamos aqui engatinhado com eles que já trabalhavam. São/são/ de ONG's, entendeu? E que o governo, é, terceirizou. Pegou várias empresas: de transporte [...] de assistência, de restaurante. E está terceirizando tudo, e colocou seus funcionários, para fiscalizar e administrar, entendeu? [...] E caminhando, dando os primeiros passos. E nós, que somos da SESAI, temos que nos orientar com eles, estão mais experientes. [...] Então nós temos que estar aprendendo com eles” (SESAI1)

Em Amparo o instrumento se mostrou como um fator que também dificulta, pois segundo alguns entrevistados o instrumento não permite analisar o real diagnóstico de saúde bucal:

“Então, ela [a ficha] é assim: organiza de certa forma também, [...] dá uma pontuação [...] - que nem sempre, a nossos olhos, é uma pontuação, ahm, verdadeira, porque o que que a gente coloca nessa ficha? O que o paciente fala, né. Então se ele me falar: ‘Ah, eu estou com a boca cheia de cáries, eu estou com não sei o quê, não sei o quê’, eu vou colocar o que ele está me falando. Eu não vejo a boca dele para ter certeza de que a boca dele está daquele jeito, né. Então quem vê isso? A dentista, quando a pessoa senta / o paciente senta na cadeira, é que vai avaliar a real situação, né, da pessoa.” (ACS)

Outro fator encontrado na experiência de Amparo foi quanto ao foco do instrumento, referindo-se ao indivíduo e não mais a família, conforme pode ser visto na fala do agente comunitário:

“Então, eu acho, assim, que quando entrou a ficha, como ela falou, organizou, mas não,

não melhorou. Então agora, a nossa área está trabalhando, assim, pela ficha, mas individual. O paciente chega, a gente preenche a ficha da pessoa, na demanda, naquele momento, ou na casa que a gente vai, né, então aquela queixa do momento da pessoa, né. E não está sendo, assim, pela família toda, mas eu acho que deu uma melhora também, porque chegou a doutora L. também, mais uma dentista. (ACS)”

A análise do contexto de saúde da população se expressou de forma singular em Ourilândia do Norte, por se tratar de uma experiência com crianças indígenas do sul do Pará. A partir dos relatos dos entrevistados pode se identificar que a aproximação da cultura e dos saberes indígenas, favoreceu para que a organização do processo de trabalho de saúde trouxesse resultados positivos à experiência:

“A gente não dava (o suplemento alimentar) para eles levarem para a casa, nunca a gente trabalhou assim, porque se você dá para levar para a casa, quem menos come é a criança, que mais precisa. Então a gente preparava no Posto de Saúde e quando era na hora, eles já sabiam [...] Vinham com as crianças, a gente dava no copinho, aqueles que ainda não conseguiam no copinho, a gente dava na mamadeira, dava na colher, e aí eles tomavam e as crianças realmente melhoravam, a gente via que tinha resultado.” (ENF1).

Observa-se então, que as experiências de Amparo, Florianópolis e Vacaria apresentaram convergências em suas considerações, das quais podem se observar que o trabalho em conjunto e a autonomia da equipe apresentaram semelhanças entre si. A educação permanente enquanto estratégia na execução das experiências esteve presente nos municípios de Vacaria, Ourilândia do Norte e Florianópolis. Nos métodos utilizados no processo de trabalho foi observado o uso de fichas e planilhas nas experiências de Vacaria e Ourilândia do Norte. A singularidade se apresentou em Ourilândia do Norte pela análise do contexto de saúde dos indígenas para a elaboração das ações do trabalho em saúde. RIBEIRO et al, 2004, apontou em seu estudo que as potencialidades hoje para enriquecer o processo de trabalho em saúde estão justamente na autonomia e também na aproximação dos trabalhadores com os resultados dos seus serviços, para efetivação das ações a autora também explana que os uso de indicadores apontam as direções que devem ser trabalhadas, buscando sempre aprimorar a forma de planejamento do trabalho em saúde.

Já as dificuldades e divergências variaram entre os municípios, a centralização foi um aspecto encontrado na experiência de Campinas, em João Pessoa a ausência de liderança

dificultou o trabalho da equipe, no município de Ourilândia do Norte a mudança de gestão na saúde indígena e parcerias com ONG's foram dificultadores, em Amparo o novo instrumento de avaliação de saúde bucal gerou divergências quanto a sua efetividade e seu foco ao indivíduo e não mais a família. Em seu estudo RIBEIRO et al, 2004, aponta que as dificuldades na construção do trabalho em saúde na ESF podem ser evidenciados em “conflitos decorrentes da posição dos atores e de serviços na arena de construção de um novo modelo de produção da saúde, em face da lógica e condições do processo de trabalho em que se inserem” (p.445), tais percepções feitas neste estudo apresentam similaridades com as dificuldades encontradas na gestão do processo de trabalho das experiências visitadas.

Evidencia-se, que a análise que o processo de trabalho das equipes de saúde da família deve ser organizado considerando “em condições sócio- políticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência” (RIBEIRO et al, 2004, p. 445). O trabalho em conjunto nas diversas experiências visitadas apresentou-se como um desafio para os atores das ações, no qual gerou conflitos e/ou as potencialidades do processo de trabalho, gerando profissionais que buscam o rompimento de costumes, enfrentando e criando ações diferenciadas para a população atendida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, G.W.S. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho de equipe de saúde.** IN: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: HUCITEC, 1997.

MACHADO, M.H. *Gestão do trabalho em saúde.* Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gestrasau.html> Acessos em dezembro de 2012.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):335-342, 2007.

MATUMOTO, Silvia et al . **Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 dez. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100002>.

Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.

RIBEIRO, Edilza Maria, PIRES, Denise, BLANK, Vera Lúcia G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar-abr, 2004.

Análise Integralidade

Na análise a seguir são apresentados os resultados do eixo Organização caracterizando a categoria Integralidade. Para iniciar essa análise, é preciso resgatar o conceito de Integralidade que dará suporte as discussões levantadas.

Um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde é a Integralidade. Segundo Vasconcelos e Pasche a Integralidade “pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos. Esse princípio orienta a expansão e qualificação das ações e serviços de saúde do SUS que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter intersetorial.”

No município de Amparo, foi relatado que em questão à Integralidade, ainda há coisas que o SUS não cobre o exemplo dado, foi o da parte odontológica. Essa característica pode ser vista como um fator dificultador para a Integralidade. O entrevistado relata que há tratamento que o SUS não faz. Outro entrevistado relata a importância de não ter a atenção básica fragmentada.

Os dois trechos a seguir, resgatam informações de Florianópolis, que conseguem ilustrar dimensões trazendo conceitos importantes para a realização da integralidade:

“A gente tendo hoje o olhar no individuo como um todo né? Sabendo da inserção dele no ambiente domiciliar, no ambiente de trabalho, então assim, a gente vê a importância até porque, até ele chegar na especialidade, a atenção primária vai ter que tomar conta desse cuidado, E muitas vezes esse cuidado não requer somente a demanda do especialista. Então o apoio matricial nesse sentido, ele vem fortalecer a questão do acompanhamento da continuidade do cuidado” (MED2).

O entrevistado destaca a relevância de observar o indivíduo em sua concepção ampliada. Ele identifica a atenção primária como aquela responsável por esse cuidado. Identifica ainda, que esse cuidado não requer somente a demanda do especialista. Destaca que o apoio matricial fortalece esse acompanhamento proporcionando a continuidade do cuidado.

“Existem vários espaços de rede de integração dos diferentes níveis de complexidade pra discutir mensalmente. [...] Tem momentos de encontro entre profissionais de saúde mental e profissionais de saúde da família, pra discussão de casos de atendimento, visita domiciliar. [...] Depois tem espaços, também mensais, dessas equipes de saúde mental que dão apoio com os CAPS e o CAPS também tem interlocução com o hospital, fazendo uma linha de cuidado.” (PSQ3).

Para PAIM (2009,p.60) “a integralidade da assistência deve contemplar também a continuidade do atendimento, quando necessário, em distintos níveis: a atenção básica ou atenção primária à saúde, a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar”.

O trecho destaca os espaços existentes, onde os diferentes níveis de complexidade são integrados. Destaca também que as complexidades estão integradas, desde o encontro entre profissionais de saúde mental e profissionais da saúde da família, até a interlocução com o hospital.

Ourilândia também apresentou um trecho possuindo característica que remete à integralidade:

“Então a gente remove das aldeias para os municípios de referência, e dos municípios vêm, aqueles casos que dependem de um tratamento mais especializado, média e de alta complexidade e vêm para um Hospital Regional que fica em Redenção. [...] De todos os

municípios, é, da área de abrangência do Distrito, esses pacientes vêm para esse hospital aqui em Redenção” (DSEI-KA1).”

No registro a cima há referência à integração dos níveis de média e alta complexidade e de como eles se relacionam dentro dos municípios. Resgatando o conceito trabalhado por PAIM (2009,p.56) destaca-se que “a integralidade de assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”

Em João Pessoa e Vacaria, não houve registro e nem fatos que sugerissem a presença desta categoria.

Das seis experiências relatadas, podem-se observar semelhanças conceituais nos trechos selecionados de Florianópolis e Ourilândia que apresentaram convergências na compreensão textual de significados atribuídos envolvendo Integralidade.

Para reflexão das questões levantadas ao longo dessa categoria uma pergunta orientadora pode trazer um novo olhar às experiências estudadas: Os resultados apresentados podem dialogar com estudos anteriormente desenvolvidos sobre essa temática?

Um estudo realizado por Mattioni (2011,p.8) destaca que “o sentido de integralidade como percepção das diferentes dimensões e da complexidade do usuário, de forma que os integrantes da equipe concebem-no como um ser dotado dessas variadas dimensões” A discussão trazida por Florianópolis também compõe aspectos que incorporam a relevância de se perceber o indivíduo em sua variadas dimensões.

Machado (2006,p.6) afirma que “o princípio da integralidade deve estar articulado à urgência de se corrigir a tendência de um agir em saúde fragmentado e desarticulado, embasado em uma postura autoritária”; assemelhando-se ao relato do município de Amparo que fez referência a importância da atenção básica não estar fragmentada

Em Campinas, foi registrado que há muita demanda em busca de tratamento e que as ações de promoção e educação em saúde são realizadas diariamente, porém não está explícito se o serviço consegue dar conta dessa alta demanda. Machado et all. (2006,p.6) entende a prática da educação em saúde como “um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social.”

Diante desses referenciais pode-se inferir que as discussões abordadas nessa categoria dialogam com estudos existentes proporcionando uma maior compreensão de como a

Integralidade se insere nas práticas dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MACHADO, M.F; MONTEIRO,E.S; QUEIROZ, D.T; VIEIRA, N.F; BARROSO, M.G. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual.** Ciência & Saúde Pública, 2007.

MATTIONI, F.C. **O Exercício da Integralidade em uma equipe da Estratégia Saúde da Família: Saberes e Práticas.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Abr-Jun.

PAIM, J.S. **O que é o SUS.** Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

VASCONCELOS, C.M; PASCHE, D.F. **O Sistema Único de Saúde. Disponível em:** <http://www.ufjf.br/facfisio/files/2012/06/refe.-SUS-Vasconcelos-e-Pasche.pdf> . acessos em 15 de dez. 2012.

MACRO CATEGORIA SINAIS DA REALIDADE

USO DE INDICADORES PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

SUSTENTABILIDADE

Desde 1984 a Organização Mundial de Saúde (OMS) identifica a sustentabilidade entre os princípios fundamentais da promoção da saúde. Segundo Sícoli e Nascimento (2003, p. 109), “a sustentabilidade remete a um duplo significado: criar iniciativas que estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte”.

Atualmente, a equipe da coordenação da Política Nacional de Promoção da Saúde do Brasil, considera a sustentabilidade como um “conjunto de iniciativas com objetivo de garantir a continuidade, a manutenção e a durabilidade de processos, ações, projetos e políticas que resultem na melhoria da qualidade de vida a médio e longo prazos”

(BRASIL 2012, p.31)

Predomina assim, desde a década de 1980, uma associação de sustentabilidade ao sentido de continuidade. Com esta perspectiva, das 06 experiências brasileiras participantes deste estudo, segundo os entrevistados, somente observou-se sustentabilidade em Amparo e Florianópolis. Em Campinas, João Pessoa e Ourilândia não houve consenso entre os entrevistados sobre a sustentabilidade das ações. Fato que pode ser identificado nos relatos a seguir:

“O projeto não continua. Foi um projeto que aconteceu naquela época e não foi dado continuidade.” (COOR E1)

“É, na verdade o trabalho continuou, como foram feitas essas ações e essas palestras, enfim esse início, e aí a gente automaticamente, no decorrer das ações(...)” (VIEPI E1)

“A nossa (experiência), infelizmente, não está mais (acontecendo)” (ENF1). Esta participante manifestou a negação da sustentabilidade da experiência premiada no começo da entrevista. Já, ao final do encontro, considerou: “[...] Com o advento da SESAI, mudou tudo, mudou governo, mudou, né, então aí a gente está tentando trabalhar assim, ainda trabalha o programa, mas não mais com o fôlego que ele tinha antes, entendeu? Não parou, só que não é mais nos moldes em que a gente trabalhava antes.(...)” (ENF1).

Mas, a equipe de pesquisa se perguntou: todas as experiências deveriam continuar ou se manter para sempre? Considerando que algumas experiências se traduziram em programas com objetivos, metas e prazos com começo, meio e fim, ainda assim se aplica a expectativa da noção de sustentabilidade como continuidade ou durabilidade?

A partir destas inquietudes, os autores da pesquisa tanto em Vacaria quanto em Campinas identificaram relatos que evidenciam que ainda que a experiência não continue, as aprendizagens ou novas competências oriundas da experiência foram incorporadas no cotidiano e podem ser acessadas quando necessárias:

“Na verdade essa premiação [...] serviu como um despertar de que a intersetorialidade é o caminho. [...] Agora a gente está centrado mais nas práticas integrativas e complementares, principalmente, as plantas medicinais.

Eu acho que nós aprendemos que não adianta fazer nenhum projeto individualizado, então esse programa... [...] tem a agricultura, [...] o trabalhador rural, (...)Na verdade a saúde acaba sendo o centro mesmo, mas assim, nós estamos conseguindo movimentar todas essas secretarias e esse agentes que estão trabalhando agora” (DEN).

Pluye e colaboradores (Pluye et al 2004 e 2004) fizeram uma revisão para “reconceitualizar” sustentabilidade. Um dos resultados é que a “institucionalização” aparece como o mais comum dos sinônimos, embora outros termos sejam também utilizados, como “continuidade”, “durabilidade de recursos”, “adoção”, “apropriação”, “colonização”, “consolidação”, “durabilidade”, “encaixe”, “incorporação”, “integração”, “longevidade”, “manutenção”, “nesting”, “permanência”, “perpetuação” “persistência”, “routinização” e “viabilidade” (Pluye et al 2004, p. 121).

Suas análises apontam três graus de sustentabilidade alta, média e baixa, dependendo das presenças ou não de rotinas organizacionais ou de padrões institucionais.

Fatores Críticos da Sustentabilidade

Vários autores têm discutido os fatores críticos para a sustentabilidade das políticas, programas e ações de promoção da saúde.

Dificultam

GESTÃO:

Descontinuidade administrativa

Compreensão dos altos e baixos da implementação à institucionalização de uma ação.

“Há pouco tempo, a gente retomou a questão da ficha, até porque a ficha, ela tende a ter um período de ânimo e depois ela vai caindo no esquecimento. [...] acho que é uma falha até nossa, da gestão. Eu acho que a gente já teve momentos de construção mais coletiva da saúde bucal. Inclusive, ela está refletindo um pouco sobre o processo de trabalho das unidades.” (GT1)

MUDANÇA DE ENDEREÇO DA POPULAÇÃO ADSCRITA

“Quando a pessoa faz o tratamento, é chamada na triagem, aí a gente grampeia a ficha junto com o prontuário odontológico. É tudo passadinho. Agora, do contrário, se ela ainda está na espera para ser chamada, elas [as fichas] ficam numa pasta. Mas não é caso para a gente pensar, não? Que você teria que mandar: no caso do paciente mudar de endereço, você teria que mandar essa ficha. [...] é uma coisa para reunião.” (GT1)

TRABALHADORES

Falta de envolvimento/compromisso profissional/ Resistência

DIFICULTA / “[...] nós sentamos para discutir sobre ele [instrumento]. A gente tem um monte de problema, tem agente comunitário que não concorda, tem agente comunitário que não quer aplicar no território em todos os domicílios, então está aplicando naqueles que estão procurando, enfim, existem as resistências que fazem parte do processo [...]” (GT1)

FACILITAM

Participação em eventos/competições e premiação

SINGULARIDADE AMPARO “Muita gente, depois que a gente apresentou isso lá na Mostra Saúde da Família, eu recebi vários e-mails, acho que o M. também, perguntando, questionando algumas coisas. Alguém querendo já implantar... no Brasil. Foi bem divulgada essa Mostra Saúde da Família, teve uma repercussão muito grande. Então, eu recebi e-mail de Salvador, do Sul, do Amazonas, de vários lugares, eu recebi e-mail.” (OD1)

GERAL - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

PORTO M.F., MARTINEZ-ALIER J. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 23, Suppl 4, p.503-512, 2007.

PLUYE P, POTVIN L, DENIS JL, PELLETIER J. Program sustainability: focus on organizational routines. **Health Promot Int.** 19(4): 489-500, Dec 2004

PLUYE P, POTVIN L, DENIS JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. **Evaluation and Program Planning**, 27:121-133, 2004a.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, 7(12):101-22, 2003.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud publica. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPAS, 1992, p.37-44. (Publicación científica, 557).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Discussion document on the concept and principles. In: _____. Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1984. p.20-3.

Discussão da Categoria: Trabalho em Rede, Compromisso Social e Coesão Social.

Na análise a seguir são discutidos os resultados do eixo Sinais de Realidade comparando e caracterizando a categoria Trabalho em Rede, Compromisso Social e Coesão Social. Apesar da desafiadora escolha por analisar três conceitos em uma mesma categoria, não é difícil identificar razões para eles aparecerem conjuntamente: os três refletem aspectos sociais e comunitários na relação entre os sujeitos, profissionais e instituições nos contextos das experiências selecionadas.

Um primeiro ponto que deve-se dar atenção é que, na abordagem desse estudo, o trabalho em rede não caracteriza necessariamente o trabalho nas redes de atenção a saúde, que ainda remetem ao modelo hegemônico assistencial, com os níveis de atenção hierarquizados, mas está mais relacionado às redes sociais em saúde, ou seja a uma “forma de organização decorrente da associação entre diversos atores sociais (pessoas ou entidades) que se unem em torno de objetivos comuns no enfrentamento de problemas e situações diversas.” (BRASIL, p. 30, 2012).

A partir dessa aproximação, dentro da categoria em questão, entende-se trabalho em rede como iniciativas e estratégias que articulam e conformam organizações internas e externas às equipes da ESF, protagonizadas ou não pelo setor saúde, em torno do objetivo das práticas de Promoção da Saúde. Caracterizando o encontro entre os sujeitos e instituições em torno de um propósito comum, refletindo a vontade e responsabilidade coletiva de realizar determinado objetivo. Destaca-se também que o trabalho em rede é estruturado horizontalmente e em muitas situações pode ser mais favorável à realização de metas coletivas que uma estrutura hierárquica e vertical de trabalho. Por isso mesmo, demanda iniciativa e responsabilidade dos sujeitos, que são autônomos em sua ação, mas possuem vínculos de confiança, solidariedade e corresponsabilidade uns com os outros.

No município de Amparo- SP, apesar da proposta ter sido uma iniciativa de uma UBS específica, pôde-se perceber que a criação e aprimoramento do instrumento para planejar o acesso ao atendimento odontológico de forma equitativa, contou com a colaboração dos próprios profissionais que fariam uso da ficha, nas diferentes unidades de saúde do município. Segundo as entrevistas realizadas, a evolução e adaptação da ficha levou em conta a troca de saberes, o diálogo entre os profissionais, as singularidades territoriais e as práticas do dia-a-dia de cada equipe, apropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho.

Além disso, a partir das entrevistas teve-se a percepção que a realização do aperfeiçoamento e otimização do instrumento, tendo em vista o objetivo comum à ação, dependia mais do engajamento e conscientização dos sujeitos envolvidos, que da aplicação rigorosa do instrumento inicial, favorecendo a organização do processo em uma estrutura de rede horizontal onde “menos cabe comandar e controlar o que os outros fazem ou deixam de fazer: tem que se contar é com a lealdade de cada um para com todos, baseada na corresponsabilidade e na capacidade de iniciativa de cada um” (WITHAKER, p. 2, 1993) em prol de um objetivo comum, como elucida o trecho a seguir:

[...] a rede, cada unidade foi dando uma cara para esse instrumento, [...] foi começando a sofrer as alterações que cada equipe quis. A priori, nós achamos que não seria o melhor caminho, porque nós achamos que ‘estaria pronto’. Doce ilusão, ingenuidade nossa em achar isso! Deixamos quieto, deixamos, durante dois anos, cada um trabalhar no seu instrumento do jeito que quisesse. (GT1, AMPARO)

Considerando que “uma equipe se constrói na dimensão concreta das práticas, no que acontece no dia-a-dia dos estabelecimentos de saúde que se desdobra numa construção

em rede” (BRASIL, p.30, 2009), foi possível constatar a partir das falas selecionadas, que várias alterações foram feitas no instrumento, na medida que os profissionais compartilhavam suas vivências e traziam suas contribuições, o que aponta uma organização de rede no período de implantação do instrumento no município. O trecho a seguir destaca como a articulação e a troca de experiências entre os sujeitos em rede dentro do setor saúde, em Amparo, possibilitou o êxito da experiência:

[...] Todo mundo trouxe a sua contribuição, a partir daquele que viveu, que vivenciou, e a partir do instrumento que ele adaptou e criou no seu território. E, hoje, nós construímos um instrumento no nosso município de Amparo, [...] ele é um compilado de ideias e, hoje, ele está encontrado em todo o município. (GT1, AMPARO)

Na experiência analisada em Ourilândia do Norte- PA, verificou-se um outro aspecto importante do trabalho em rede: a possibilidade de articular e somar outros setores e equipamentos sociais fora do setor saúde para fortalecer a prática da promoção da saúde, impulsionando, assim, o conceito de redes. Muitas vezes, relações informais de confiança e colaboração, assim como articulações entre diferentes setores, possibilitam o trabalho estruturado em rede, favorecendo “um sistema de múltiplas conexões, em várias direções, que amplia nossa capacidade de criar e transformar os processos de trabalho, aumentando espaços de negociação entre todos os que participam de uma equipe de trabalho e, também, entre as diferentes equipes de trabalho de um serviço” (BRASIL, p.29, 2009). Como ilustra o trecho:

E na época, como o A. era muito articulado, ele conseguiu doação do governo do Estado, então veio muito leite, ele conseguiu junto com essa ONG que o R. trabalhava, que é um amigo dele, aquisição da massa, aquisição da solução de minerais, aí depois quando não/não/ terminou, as próprias ONG's compravam. A nutricionista calculava e era manipulada, na farmácia de manipulação, aquela solução, aí tinha um tanto para cada mamadeira, cada copinho, a gente colocava e as crianças tomavam. (ENF1, OURILÂNDIA DO NORTE).

O trabalho em rede pode reafirmar a emancipação dos sujeitos e favorecer o empoderamento – não apenas individual, mas comunitário – através do compartilhamento de poder (BRASIL, 2012). Dessa forma, a valorização da força da associação horizontal entre os sujeitos em torno de um objetivo possibilita movimentos

coletivos e espontâneos, aumentando assim, a viabilidade e o potencial de ação dos sujeitos, favorecendo o exercício do compromisso social.

Por sua vez, o compromisso social, outro conceito analisado na categoria, aparece como inerente e propulsor ao trabalho em rede. Tomando como referência Freire (1998), entende-se que compromisso corresponde a uma tomada de posição e ação por parte dos sujeitos ou atores sociais dentro da realidade concreta, ou seja na prática inserida em um contexto histórico e social. “A primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir” (FREIRE, p.8, 1998), sobre si e sobre o tempo histórico que está inserido, para que seja capaz de transforma-lo, agir em prol da mudança e desfazer o conformismo e a atitude automática que sustenta a falta de ação. Sujeitos comprometidos, são sujeitos “dinamizadores” (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000 apud DIMENSTEIN, 2001), que acreditam na possibilidade da mudança através da ação.

Foi possível verificar nesse estudo, que todos os trechos selecionados para ilustrar o conceito de compromisso social dentro da categoria em questão, convergem para uma situação comum: sempre partem de ações de profissionais do setor saúde que refletem criticamente sobre suas experiências e são capazes de propor, discutir e criar ações capazes de gerar mudanças. Essa perspectiva, aproxima-se mais uma vez de Freire quando se refere ao compromisso do profissional com a sociedade:

No caso do profissional, é necessário juntar ao compromisso genérico, sem dúvida concreto, que lhe é próprio como homem, seu compromisso profissional. Se de seu compromisso como homem, (...) não se pode fugir, fora deste compromisso verdadeiro com o mundo e com os homens, que é solidariedade com eles para a incessante procura da humanização, seu compromisso como profissional, além de tudo isto, é uma dívida que assumiu ao fazer-se profissional. (FREIRE, p.9, 1998)

Tanto em Ourilândia- PA quanto Florianópolis- SC, destaca-se o compromisso profissional com a qualidade e humanização das práticas, levando em consideração não só o vínculo com os usuários mas principalmente com outros profissionais de saúde inseridos no universo da experiência. Ambos resultaram, inclusive, em uma reorganização do processo de trabalho para que pudessem ser consolidados os objetivos da ação, como elucida o trecho de Florianópolis:

[...] eu escolhi ficar como psiquiatra de ambulatório mesmo, na atenção primária. E aí eu me assustei pela demanda que tinha e nenhuma ligação com os colegas, um ambulatório puro, só que era dentro de uma unidade de saúde. E aí eu comecei a pesquisar sobre isso, e vi alguns textos de referencia do Ministério da Saúde e tal, [...] porque eu tinha o conhecimento da equipe de saúde da família, como se estruturava e tal, que poderiam atender demandas de saúde mental também e não serem só encaminhadores. Aí a gente começou fazer um trabalho lá, com o apoio da coordenação local de ver as primeiras unidades que estavam interessadas. (PSQ3, FLORIANÓPOLIS)

Destaca-se também a disponibilidade e pró-atividade dos profissionais para buscar e compartilhar conhecimento e transforma-lo em ação de maneira horizontal e consequentemente reticular. Como ilustra o trecho a seguir, da experiência de Ourilândia do Norte:

O Doutor A. ele - no período que ele trabalhou aqui - ele sempre foi muito dedicado, né, ele trabalhava de forma exclusiva no Distrito e todas essas ações eram comunicadas. A gente discutia junto com os demais integrantes da equipe, os enfermeiros, e tudo. Então, um pessoal muito envolvido. E ele sempre, assim, ele trazia essas ideias, mas eram discutidas e aí foi aceito pela gestão do Distrito e pelos profissionais que acabaram realizando toda ação. (DSEI-KA2, OURILÂNDIA DO NORTE).

A ampliação do conhecimento – importantíssima para potencializar as possibilidades de ação – deve ser vista não só como busca por evidências científicas ou técnicas, mas principalmente da observação crítica do cotidiano do sujeito, ou seja, da ampliação de “seus conhecimentos em torno do homem, de sua forma de estar sendo no mundo, substituindo por uma visão crítica a visão ingênua da realidade” (FREIRE, p. 10, 1998) como é possível identificar nos trechos de Ourilândia:

A ideia inicial, é, ela partiu mais, assim, de uma observância da equipe, de sentir a necessidade de fazer algo mais, e assim houve algumas reuniões no Distrito para dar início a tudo isso, mas, é, partiu principalmente da observação da equipe. Principalmente do doutor A. que, é, como ele estava muito 'ligado' às áreas e vinha observando essa dificuldade, essa carência dos/das crianças, principalmente (DSEI-KA2, OURILÂNDIA DO NORTE).

Por outro lado, na medida que o compromisso não pode ser um ato passivo é preciso esforço e maleabilidade para ação. Dessa forma, compromisso social remete à disposição dos atores, mas também pode esbarrar na disponibilidade de agenda e espaços para a ação. Assim, os sujeitos muitas vezes encontram dificuldades na própria organização do processo de trabalho, se deparando com barreiras para efetivação de seu compromisso social. Uma problemática que se destaca “é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho.” (BRASIL, p.8, 2008). Frequentemente metas, horas à cumprir, agendas mal elaboradas e sem espaços e sem incentivo para ações não rotineiras, além da urgências para as soluções e a valorização “do que chamam ‘necessidade de não perder tempo’ ” (FREIRE, p.11, 1998) também prejudicam a possibilidade de ação e enfraquecem o compromisso social dos profissionais. “ ‘Para não perderem tempo, o que fazem é perdê-lo’ ” (FREIRE, p.11, 1998).

Essa situação, pode gerar frustração e desencorajar ações positivas. No caso de João Pessoa, a ação dos ACS através da prática teatral como mecanismo de diálogo com a comunidade, segundo os entrevistados, não era vista como parte de seu expediente, e a dedicação dos envolvidos na experiência tinha que ser fora do horário de trabalho: “A gente ensaiava aqui [extra expediente]”. (ACS1), “E sem contar que a gente tinha que dá visita daquele dia, tinha que trabalhar pra cobrir as visitas daquele dia [...] a gente se virava nos trinta”. (ACS4).

Fica evidente nos trechos ilustrativos, que o compromisso social e o trabalho em rede aparecem, com frequência, associados, destacando a possibilidade de um movimento desencadear e fortalecer o outro. O compromisso social pode possibilitar propostas de ação capazes de formar elos e encorajar possíveis atores; ao mesmo tempo a ação se aprimora e se fortalece através de uma rede de sujeitos que compartilha determinado objetivo. O compromisso social de um sujeito se desdobra socialmente – e nunca individualmente – em ação, favorecendo um processo reticular de troca de informações e corresponsabilidade. Por sua vez, o trabalho em rede é capaz de estimular e fortalecer o compromisso de seus atores com um objetivo coletivo. Encadeados, portanto, podem favorecer a sustentabilidade e efetividade da ação, além de propiciar o empoderamento e a participação social.

No caso da experiência de Amparo, observou-se o compromisso por parte de profissionais da Saúde Bucal e dos ACS, que reconheceram a demanda, angustiaram-se com a falta de resolubilidade do problema e propuseram ações para superar esses obstáculos. Estimulados pela ação dos ACS, outros atores como residentes da

UNICAMP, tomaram conhecimento e se mobilizaram, aumentando o alcance e fortalecendo o trabalho em rede:

Na época da criação da primeira ficha, havia residência da UNICAMP aqui, né? [...] essa unidade, era unidade de estágio de Saúde da Família do pessoal da UNICAMP. E tinha uma residente, na época, [...] que ela participou bastante. Ela se EMPOLGOU, ela deu muito gás para a gente, [...] eu queria fazer tudo no lápis, na régua, ela fazia tudo no computador. Então assim, até acho que alguns residentes que passaram por aqui, na época, se envolveram MAIS com a saúde bucal do que de costume. [...] Foi interessante, porque a equipe discutiu Saúde da Família! A equipe discutia o que era justo, o que não era, o que era equânime, o que não era. Foi uma época bem legal assim. Acho que foi uma época que tinha mais motivação também, eu acho que quando você discute, não sei... CRIA alguma coisa... acho que foi uma época de empolgação. (OD1, AMPARO)

Como ilustra o trecho acima, a troca de informações e a possibilidade ativa dos sujeitos em discussões são elos importantes de uma rede. Quando o conhecimento é compartilhado, a informação se descentraliza, se “distribui e se divulga para que todos tenham acesso ao poder que sua posse representa.” (WHITAKER, 1993), dando condições e motivando o sujeito a refletir e agir, ou seja favorecendo o ato comprometido dos indivíduos. Quando os sujeitos podem trocar saberes, discutir e criar conjuntamente alguma ação para atingir um objetivo, eles se tornam e se sentem parte essencial para o sucesso da ação, isso gera uma motivação, um sentido de pertencimento e autonomia no construto de projetos.

Essa discussão abre caminho para o debate do conceito de Coesão Social, também analisado nesta categoria. Seguramente, Coesão Social está longe de ser um conceito unívoco. Considerando a promoção da saúde também como um processo que permite que as pessoas incrementem o controle e a ação sobre sua saúde e de sua comunidade, trata-se de um processo, além de político, social, onde a coesão social torna-se um elemento importante. “La dimensión holística de promoción de salud implica la necesidad de abordar el tema de desarrollo comunitario como esencial, favoreciendo la acción cooperativa de la comunidad” (SAPAG, e KAWACHI, 2007).

A coesão social reflete a presença de fortes laços sociais, onde se inclui a confiança e as normas de reciprocidade (SAPAG, e KAWACHI, 2007) e se destaca o sentimento de pertencimento e inclusão dos sujeitos à comunidade e à sociedade da qual faz parte. A CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e Caribe, vem contribuindo para a

reflexão acerca da Coesão Social, definindo-a como: “a dialética entre mecanismos instituídos de inclusão e exclusão social e as respostas, percepções e disposições dos cidadãos diante do modo como tais mecanismos funcionam.” (CEPAL, p. 25, 2007)

Nesse sentido, essa relação dialética pode e deve motivar e favorecer o sentimento de pertencimento ao mesmo tempo que este torna-se, então, um pressuposto fundamental para a construção de um objetivo comum. Como manifesta um dos entrevistados de Amparo: “Isso tudo faz parte, acho que da construção coletiva de alguma coisa, que enquanto você não participa daquilo, aquilo não é SEU, você não se apropria, você não acha que é necessário.” (OD1)

A definição trazida pela CEPAL é interessante pois permite vincular dimensões sociais importantes que em geral se movimentam por caminhos distintos e podem parecer, inclusive, paradoxais:

[...] a política social e o valor da solidariedade difundido na sociedade (...) a transmissão de habilidades e a atribuição de poder aos cidadãos; as transformações socioeconômicas e as mudanças na interação social; a promoção de maior igualdade e de maior reconhecimento da diversidade; as lacunas socioeconômicas e o sentido de pertencimento. (CEPAL, p.25, 2007)

Assim, a Coesão Social é ao mesmo tempo um recurso que a sociedade e as instituições dispõe para se sentirem capazes e responsáveis para ação, apoiados por uma variedade de sujeitos dispostos a discutir e construir propostas; e é também um objetivo ideal dos indivíduos que, empoderados, tem condições de perseguir, pois sentem-se parte do processo, considerando que “a recriação e a garantia do sentido de pertencimento e de inclusão são, em si mesmas, um fim.” (CEPAL, p. 26, 2007). Em outros termos, é concomitantemente um fim e um meio. Como fim, também é “objetivo das políticas sociais na medida em que estas visam a que todos os membros da sociedade sintam que são parte ativa dela, como contribuintes para o progresso e seus beneficiários.” (CEPAL, p. 26, 2007). Por outro lado é também um meio já que “políticas de longo prazo destinadas a igualar oportunidades requerem um contrato social que lhes dê força e continuidade”, supondo o apoio e a ação dos sujeitos dispostos a discutir, conhecer e participar de ações acordadas. “Dicha perspectiva sostiene que la cohesión social, más que un modelo social empíricamente observable, constituye un horizonte de referencia al que puede aspirarse.” (OCO URB-AL, p. 17, 2011)

“A coesão social refere-se, pois, tanto à eficácia dos mecanismos instituídos de inclusão

social como aos comportamentos e apreciações de parte dos sujeitos que conformam a sociedade” (CEPAL, 2007). Na saúde, esses mecanismos estão ligados ao acesso, a universalidade, equidade e participação social, ou seja, na consolidação do direito à saúde através dos serviços e mecanismos governamentais que o garanta.

Já os comportamentos e as apreciações de parte dos sujeitos abrangem âmbitos tão diversos quanto a confiança nas instituições, o capital social, o sentido de pertencimento e solidariedade, a aceitação de normas de convivência e a disposição para participar em espaços de deliberação e em projetos coletivos. (CEPAL, p.24, 2007)

Vale destacar, a partir dessa reflexão, que o conceito de coesão social, longe de ser rigoroso, “trata-se de um objetivo ou horizonte político indistintamente associado a vários e desconcertados aspectos do desenvolvimento social” (CEPAL, p.9, 2007) e portanto transcende o setor saúde. Além disso, quando aplicado às ações de saúde, sua observação deve ser feita de maneira transversal às outras categorias analisadas como o acesso, a equidade, a universalização, integralidade, intersetorialidade e etc.

No entanto, a perspectiva desse estudo priorizou a voz dos gestores e trabalhadores vinculados às experiências selecionadas, onde procuramos identificar, para análise dessa categoria, trechos das entrevistas que reflitam aspectos e elementos de coesão social presentes na ação estudada, destacando a capacidade dos sujeitos e/ou instituições de se sentirem pertencentes e autônomos no construto de projetos e iniciativas, destacando não apenas o empoderamento individual mas, sobretudo sua possibilidade coletiva, comunitária e social.

Em Amparo, observa-se, nos trechos abaixo, que as unidades de saúde, assim como os profissionais que nelas atuam, possuíam bastante autonomia e disposição para opinar, discutir e construir conjuntamente o instrumento para planejar o acesso ao atendimento odontológico proposto, destacando a horizontalidade das discussões e o empoderamento dos sujeitos, situação propícia à coesão social :

Então, hoje, as unidades da Saúde da Família, elas se tornaram muito autônomas mesmo. Aqui tem uma gestão bem central, não é uma coisa vertical, nesse sentido. Então, essa coisa de como eles explicaram [a mudança no atendimento da SB] para a população, cada um fez do seu jeito e do jeito que quer. E mesmo essas unidades que estão falando ‘a gente não está aplicando o instrumento em todo mundo’, a gente não nem ousar dizer ‘ah, mas É pra aplicar’. Aqui, se fizer isso, é queimado em praça pública, porque aqui tem um

empoderamento da equipe, que isso é muito forte. Aqui, a rede tem competência para tirar a gente da gestão, para tirar a Secretaria, porque já tem um saber e um determinado empoderamento. Porque quando você tem uma gestão mais vertical, a coisa fica mais no poder da secretaria, mas se a coisa é mais transversal, empodera. (GT1, AMPARO)

“Foi, porque todo mundo [da equipe da Unidade] participou, né. Nós fomos contra, fomos a favor, fomos contra, a favor (risos). Um contra ou a favor, a gente participou, dando opinião contrária ou a favorável.” (ACS, AMPARO)

Começar por reconhecer e favorecer os elementos sociais e as possibilidades de redes, assim como o compromisso social dos sujeitos presentes em uma comunidade é fundamental para potencializar a participação de seus integrantes sob a perspectiva da promoção da saúde. (SAPAG e KAWACHI, 2007). Muitas vezes, os interesses individuais se sobrepõe sob o bem conjunto, principalmente quando o indivíduo não se coloca como parte de um todo – sem vínculos e sem sentimento de pertencimento. Isso pode se tornar um empecilho para a dinâmica coesa de uma sociedade. Nos trechos selecionados da experiência de Campinas, podemos verificar a dificuldade de adesão ao construto de uma cooperativa e a ênfase nos interesses individuais, podendo refletir a falta de coesão entre os catadores:

[...] então foi feita uma promoção em saúde praticamente lá no ambiente, e aí a meta foi uma forma de eles [catadores] se juntarem / Que eles aprendessem e fizessem sozinhos, né...” (APOIO E1 / ACS3, CAMPINAS)

Foi oferecido também de a gente fazer uma cooperativa, mas eles não aceitaram porque eles acham que eles ganham mais dinheiro assim [de forma autônoma].” (ACS E1, CAMPINAS)

Eles [catadores] não fazem uma organização, ficam no individual, fazendo o trabalhinho deles, se comunicando [entre eles, sem vínculo com o serviço]. (VIEPI E1, CAMPINAS)

Não é absolutamente frívola ou trivial a afirmação de que um grupo de indivíduos chegue a se converter em uma coletividade aglutinada em torno de um todo que é maior do que a soma de cada uma de suas partes individuais. Uma longa tradição de pensamento surge precisamente da afirmação que esta coesão é um processo de construção (SORJ e TIRONI, p.107, 2011) e não o resultado automático de uma comunidade ou de uma política social imposta verticalmente. A coesão social constrói-se e desenvolve-se sob

aspectos objetivos, mas também sob aspectos subjetivos dos sujeitos, como a confiança, a solidariedade e a identificação entre membros do grupo concomitante ao reconhecimento de suas diversidades. Além disso, deve-se considerar um contexto sócio-político-cultural que favoreça que cidadãos aceitem agir – e de uma maneira ideal, viver – em uma ordem coletiva, que lhe traga benefícios na medida em que ele é parte de uma coletividade e trabalha para o bem-estar dela, para isso é necessário esforço individual.

O sentido de pertencimento, também se revela quando um objetivo comum de uma ação é aceito como legítimo pelos sujeitos envolvidos, favorecendo o ato comprometido e o trabalho em rede em ações conjuntas. Quando os indivíduos de uma comunidade tornam-se corresponsáveis e a ação comum é assumida “por um número crescente de seus membros, que coloquem a serviço da realização dos seus objetivos sua capacidade de iniciativa e de ação” (WHITAKER,1993) a rede e o compromisso social se adensam e se fortalecem. Uma sociedade coesa, supõe o “apoio de uma vasta gama de atores dispostos a negociar e alcançar amplos acordos. Com essa finalidade, os atores devem sentir-se parte do todo e dispostos a ceder em seus interesses pessoais em benefício do conjunto.” (CEPAL, p.26, 2007).

A legitimação de um objetivo comum a todos, torna-se um elemento fundamental para uma ação coesa. Em Vacaria, um surto do borrachudo mobilizou ACS que perceberam que a infestação do mosquito era uma reclamação comum e estava prejudicando seriamente a qualidade de vida da comunidade. Por isso, em reunião da equipe, os ACS debateram sobre tal situação, o que repercutiu na decisão de encaminhá-la à Vigilância em Saúde de Vacaria, quando foi decidido iniciar o projeto. O projeto envolveu, então, esferas diferentes da sociedade em torno de um objetivo comum. Os ACS foram treinados para realizar a limpeza dos córregos e a aplicação de biolarvicida, que era disponibilizado pela Vigilância Sanitária do município, tendo o apoio da população local, pois desde o princípio do projeto, verificou-se que o engajamento comunitário era essencial. A proposta de ação foi bem recebida e aceita como legítima por todos. Essa articulação, compromisso e rede formada a partir de um objetivo comunitário constitui um exemplo exitoso para a coesão social:

E daí a gente fez reuniões com a comunidade, e daí o pessoal se mobilizou. Os próprios proprietários desses logradouros [...] também se mobilizaram. E a gente marcava tal dia da semana [para] fazer a limpeza, daí [...] todos os agentes, com a ajuda da comunidade, iam pra determinado local pra fazer a limpeza do rio, pra depois passar o biolarvicida,

que tem que ser passado com o rio limpinho, não pode ter nenhuma matéria orgânica (ACS).

Com a finalidade de resolver o problema compartilhado, os atores sentiram-se parte de um todo e dispostos a trabalhar por um bem conjunto. Em situações como esta, podemos perceber a disponibilidade dos cidadãos no apoio à democracia e com interesse no bem estar social. Nota-se também a confiança da comunidade nas instituições e nos gestores, a corresponsabilização favorecendo a consecução do objetivo comum.

A coesão social é um elemento importantíssimo para o sucesso de propostas e políticas sociais em uma perspectiva de desenvolvimento comunitário e promoção da saúde. A disposição dos cidadãos para apoiar projetos, participar ativamente de assuntos de interesse público e espaços de deliberação, assim como confiar nas instituições públicas, realizando parcerias e participando de capacitações, somados ao sentido de pertencimento e solidariedade com a comunidade, facilitam a celebração de pactos sociais, muitas vezes imprescindíveis para a realização de uma ação e para o respaldo de ações políticas orientadas para a diminuição de inequidades, e consecução da equidade e inclusão social (CEPAL, 2007).

O conceito de coesão social é um termo que se aproxima e se confunde com muitos outros, e está claramente vinculados com as idéias de equidade, justiça, cidadania e ética social. Além disso, assume características próprias em cada contexto e momento histórico. Um ponto frutífero dessa discussão é que “En términos conceptuales, más que claras definiciones en la materia, lo que puede reconocerse es la emergencia de un importante cuerpo de debates.” Da mesma forma, as experiências analisadas geram discussões interessantes a respeito do recorte desta categoria. Ao mesmo tempo, o debate conceitual, abre caminho para enfoques mais amplos possíveis em outros estudos, como a análise da coesão social, não em uma categoria específica, mas a partir de uma investigação transversal à todas as categorias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário temático : promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasusgestorestrabalhadoressus4ed.pdf>> acesso em 08/01/13.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus2004.pdf>> acesso em 8/01/13.

_____. Ministério da Saúde. Redes de produção de saúde / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf> acesso em 21/01/13.

CEPAL; Agencia Española de Cooperación Internacional e OEI. Coesão Social. Inclusão e Sentido de Pertencer na América Latina e no Caribe. Santiago de Chile: ONU, 2007. Disponível em: <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/29354/CohesionPortugues.pdf>> acesso em 21/01/13.

DIMENSTEIN, Magda. **O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva.** *Psicol. estud.*, Dez 2001, vol.6, no.2, p.57-63. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf>> acesso em 08/01/2013.

FREIRE, P. (1998). Educação e Mudança. São Paulo: Paz e Terra. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redesproducaosaude.pdf>> acesso em 08/01/2013.

OCO-URB-AL III (2011). Identificación, sistematización e intercambio de experiencias exitosas para la cohesión social local. Disponível em: <<http://www.urb->

[al3.eu/uploads/documentos/experiencias_exitosas_web.pdf](#)> acesso em 21/01/13.

SAPAG, Jaime C e KAWACHI, Ichiro **Capital social y promoción de la salud en América Latina**. *Rev. Saúde Pública*, Feb 2007, vol.41, no.1, p.139-149. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-89102007000100019>> acesso dia 08/01/2013.

SORJ, Bernardo e TIRONI, Eugenio. *Cohesión Social en América Latina: un marco de investigación in Cohesión social en Iberoamérica: algunas asignaturas pendientes*. Disponível em: <<http://www.pensamientoiberoamericano.org/sumarios/1/cohesion-social-en-iberoamerica-algunas-asignaturas-pendientes/>> acesso em: 21/01/13

WHITAKER, Francisco. *Rede: uma estrutura alternativa de organização. Mutações sociais*, Rio de Janeiro, ano 2, n. 3, mar./maio 1993. Disponível em: <<http://inforum.insite.com.br/arquivos/2591/estruturaalternativaorganizacao.PDF>> acesso em 08/01/13.

ETAPA III – MATRIZ METODOLÓGICA

CATEGORIA	ESTRATÉGIAS
ANALÍTICA	METODOLÓGICAS
Política	<ul style="list-style-type: none"> • Análise documental • Roteiro de entrevistas
Organização	<ul style="list-style-type: none"> • Transcrição de áudio das entrevistas • Categorização
Sinais da realidade	

APÊNDICE III – BANCO DE DADOS

Página na web que disponibiliza as informações alusivas ao desenvolvimento do projeto em todas as suas fases.

<http://www.estudoscomparados.unb.br>.



APÊNDICE IV – CARTA DE APRESENTAÇÃO DOS PESQUISADORES



Universidade de Brasília – UnB
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM Núcleo de Estudos de
Saúde Pública – NESP

Prezado Senhor,

Tenho a grata satisfação de apresentar os Professores /Pesquisadores vinculados ao Núcleo de Estudos em Saúde- Pública - NESP do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM da Universidade de Brasília, capital do Brasil.

Estes professores compõem o grupo de pesquisa do Projeto intitulado: **“Da Política Institucional aos Processos do Cuidar: Estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas Equipes da ESF no Brasil”**.

Informo que o projeto de pesquisa pretende cumprir os seguintes objetivos:

Geral

Analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes da ESF, tomando como referência os trabalhos premiados na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, no caso brasileiro e por estratégias em Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Fortaleza, Porto Velho, Manaus, Porto Alegre, São Paulo, Recife, Goiânia e Campo Grande no sentido de assinalar caminhos para a superação dos desafios atuais.

Específicos

a) Verificar as experiências exitosas nas práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes da ESF no Brasil;

- b) Identificar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes da ESF, no caso brasileiro e por estratégias nos municípios assimilados;
- c) Sistematizar e analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas nos municípios a partir das dimensões: política, organização, dos sinais da realidade.

Na condição de Coordenadora do referido projeto agradeço antecipadamente o apoio em participar desta pesquisa.

Para maior conhecimento do projeto, encaminho o protocolo da pesquisa, no aguardo do V. retorno.

Atenciosamente,

Apêndice V – Termo de consentimento livre esclarecido



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES NÚCLEO DE
ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA
PROJETO DE ESTUDOS COMPARADOS
Brasília – DF- Brasil

Termo de Consentimento

O Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, na condição de entrevistado (a), da pesquisa: **“Da Política Institucional aos Processos do Cuidar: Estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas Equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil”**. O estudo vem sendo desenvolvido pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília-DF Brasil, por intermédio da Unidade de Estudos e Pesquisa em Atenção Básica/Primária, estratégia política Saúde da Família.

O objetivo do estudo é **analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes da ESF, no caso brasileiro e por estratégias similares em Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Fortaleza, Porto Velho, Manaus, Porto Alegre, São Paulo, Recife, Goiânia e Campo Grande, no sentido de assinalar caminhos para a superação dos desafios atuais.**

A sua seleção se deve ao importante papel desempenhado na formulação, implementação e/ou avaliação de estratégias políticas de atenção básica/primária em âmbito nacional. Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista/informações aos

pesquisadores responsáveis pelo projeto, com duração prevista de 30 minutos por meio presencial ou virtual, de acordo com a sua disponibilidade.

Destaque-se que os resultados das análises finais sobre esse estudo são de propriedade intelectual do NESP, visto que serão consideradas informações provenientes de diversas fontes. Serão omitidos, preservados todos os nomes e formas de identificação dos entrevistados e evitadas citações diretas de falas no trabalho final a ser elaborado. Em situações específicas, se for necessária à referência a uma dada entrevista como fonte de informação, esta será, preferencialmente, identificada por código dos entrevistados.

Dessa forma o Senhor(a) tem liberdade de aceitar ou não em participar nessa pesquisa. Ressaltamos que sua participação como entrevistado(a) trará uma imensa contribuição para a compreensão do tema em estudo.

Endereço: SCLN 406 Bloco “A” salas 225, Asa Norte, Brasília/DF. Telefone (61)
3107-7950

Apêndice VI – Roteiro de coleta de dados



Universidade de Brasília

**Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM Núcleo de Estudos de Saúde
Pública – NESP**

E-mail: nesp@unb.br Telefones (61) 3340-6863

ROTEIRO DE COLETA

Experiências – Premiadas na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família³

Questões básicas da pesquisa:

- A promoção da saúde é hoje parte integrante da agenda política dos municípios investigados?
- Como os municípios individualmente conduzem diferentes iniciativas de estratégias de prática de promoção da saúde?
- A estratégia/política de Saúde da Família ou equivalente contribui para o fortalecimento das práticas de Promoção da Saúde?
- Quem são os atores envolvidos na formulação, implementação destas estratégias/políticas?
- Quais políticas e estratégias de expansão da atenção básica estimulam as práticas de promoção da saúde no âmbito do Programa Saúde da Família ou equivalente?
- Qual a natureza do suporte da comunidade/estado para dar sustentação às estratégias de promoção da saúde?
- A proposta contribui para a universalidade da atenção à saúde?
- Quais as características e formas de gestão?
- Qual o papel do gestor na política nacional de promoção da saúde e da atenção básica?
- Quais as instâncias de pactuação do sistema?
- Quais os princípios organizativos da proposta/estratégia?
- Como a gestão e organização se articulam com a política e o cuidado (atenção à

saúde)?

Questões para aprofundamento:

³ Realizado a II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família-Junho de 2004.

As concepções da redução das desigualdades / iniquidades são interdependentes nestas políticas/estratégias? têm sido um eixo norteador para integração dessas políticas?

- Como se estabelece a articulação entre as diferentes esferas da gestão e outros atores sociais para a formulação e implementação dessas políticas?
- Quais as principais estratégias previstas para integração dessas políticas?
- Quais são os principais problemas e possibilidades relacionados à integração dessas estratégias?
- A regulação dessas políticas pelo gestor tem sido pelo marco normativo? E/ou pela indução financeira e de apoio técnico?
- Que fatores das relações intergovernamentais interferem na condução dessas políticas?
- Em que medida as comissões intergestores contribuem para a implantação e ou implementação dessas políticas?
- Qual tem sido o papel e participação dos Conselhos de Saúde na formulação e ou implantação dessas políticas?

Descrição do contexto da proposta:

- Descrever o cenário político técnico para implantar o projeto (atores, evidências);
- Descrever a ambiência da implantação do projeto;
- Identificar se a experiência é inédita e/ou consequência de outras políticas;
- Verificar os atores envolvidos na formulação e implementação do projeto

1. Âmbito da formulação do projeto (POLÍTICA) Universalidade

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Equidade

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Intersetorialidade

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Sustentabilidade (formação/capacitação/financeira e gerencial)

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Avaliação e monitoramento

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

2. Âmbito da ação efetiva da política (CUIDADO - atenção)**Integralidade (atenção integral à saúde voltada ao indivíduo no seu contexto familiar e social)**

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Acesso, acolhimento e vínculo (entre profissionais das equipes de Saúde da Família e população da micro-área)

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Autonomia

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Co-responsabilidade

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

3. Âmbito da gestão (características da gestão)

Participação social (mecanismos de participação – mobilizatório, decisório)

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Autonomia (grau de autonomia – financeira, comando unico)

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Pactuação do Sistema (instâncias – comissões e conselhos)

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

4. Âmbito da organização (características)

Estratégias de descentralização (regionalização)

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Hierarquização da rede

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

Força e processo de trabalho (forma de vínculo, composição, formação, integração, trabalho em equipe)

1 () nada contribui 2 () pouco contribui 3 () regular 4 () bom 5 () muito bom

SÍNTESE:

Quais os elementos de convergência e divergência entre os casos que possibilitem uma maior compreensão das práticas de promoção da saúde no PSF? Qual a utilidade dos casos para articular (dar visibilidade aos) os valores:

- Justiça Social;
- Solidariedade;
- Cidadania;

- Dignidade.

Que lições as experiências internacionais podem trazer para a definição de estratégias junto à política nacional da AB/PSF, no que se refere às práticas das equipes nas ações da política de promoção da saúde?

Apêndice VII – Roteiro de entrevista



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES NÚCLEO DE
ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA
PROJETO DE ESTUDOS COMPARADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

DATA DA VISITA: MUNICÍPIO VISITADO: PESQUISADORES:
ENTREVISTADOS E RESPECTIVAS INSTITUIÇÕES VISITADAS:

CONTEXTO GERAL DO MUNICÍPIO:

Porte populacional (geral, urbana e rural): IDH:

CONTEXTO DO SETOR SAÚDE:

Gestão: Localização da APS/PS/COMSAÚDE na estrutura organizacional Cobertura ESF (Site MS -Sala de Situação em Saúde):

Nº ESF(Site MS -Sala de Situação em Saúde):

DIRETRIZ DA COLETA: pode-se mencionar a categoria e subcategoria aoidentificar que o entrevistado tem necessidade de saber qual é o foco dos blocos das perguntas.

Categoria – subcategoria

POLÍTICA – UNIVERSALIDADE

1. Gostaríamos de saber como a política nacional de AB (PNAB) se operacionaliza dentro

da secretaria municipal de saúde/unidade de saúde?

2. De que forma a política nacional de promoção da saúde é inserida nas práticas do cuidado nas equipes da ESF?
3. De que forma as ações em comunicação em saúde se inserem nas práticas do cuidado das Equipes da ESF?
4. Existem leis, portarias ou outros instrumentos normativos que formalizam as ações:
 - a. de AB?
 - b. de PS?
 - c. de comunicação em saúde?
5. Há um grupo técnico, equipes de trabalho para qualificar e/ou ampliar a AB no cotidiano das práticas das Equipes da ESF? (grupo de apoio)
6. Há no orçamento recursos destinados aos financiamento da AB, PS e comunicação em saúde no plano municipal de saúde (Geral; Rubrica específica; percentual)?
7. Qual o papel da PS e da comunicação em saúde nas práticas das Equipes da ESF?

POLÍTICA – EQUIDADE

8. Existem Grupos de Trabalho/Comissões para —minorias e/ou populações vulneráveis (gênero, tradicional, etnia/raça/cor/população em situação de rua)?
9. GESTOR – Quais foram os critérios de implantação das unidades de saúde? (equidade)

POLÍTICA – INTERSETORIALIDADE

10. Quais são os setores envolvidos na formulação e implementação das ações de AB? (atenção: setores seguem integrados desde a formulação até a implementação)
11. Que fatores das relações intergovernamentais interferem na condução das ações:
 - a. da AB?
 - b. de PS?
 - c. de comunicação em saúde?
12. Quais as estratégias adotadas pela AB para articular e integrar agendas de intervenção para modificar os determinantes de saúde e equidade? (planejamento segundo ciclo de vida, comissões intersetoriais, matriciamento, entre outros)

- a. Qual a origem desta agenda (setor saúde ou outro)?
- b. E como esta agenda se articula com outros setores governamentais?

POLÍTICA – PARTICIPAÇÃO SOCIAL

13. Quais são os atores (governamentais e não governamentais) envolvidos na formulação e implementação dos programas estratégicos:

- c. da AB?
- d. da PS?
- e. em comunicação em saúde?

14. Intragovernamental: Quais as instâncias de pactuação para a tomada de decisão das ações da AB dentro do setor saúde, considerando os diferentes níveis administrativos da gestão municipal ? (colegiado de gestão – regiões e distritos)

15. Intragovernamental: Quais as instâncias e formas de pactuação do sistema entre os entes federados?

16. Estado - Sociedade: Como se estabelece a articulação entre as diferentes esferas da gestão e outros atores sociais para a formulação e implementação nas ações de AB?

17. Há representação dos usuários no processo/instâncias de tomada de decisão nas ações de AB do município e das equipes de saúde da família? (Conselhos, audiências/Conferências)

18. Como os indivíduos, famílias e as comunidades são mobilizadas para participarem dos processos de planejamento e ação nos serviços da AB/PS? (oficinas, ouvidorias, pesquisa de satisfação do usuário)

ORGANIZAÇÃO - ACESSO (TERRITÓRIO, UTILIZAÇÃO E RELAÇÕES)

19. Quais são as ações adotadas para assegurar o acesso aos serviços da AB e dos demais pontos do sistema? (conceito de acesso na resolutividade e nas relações)

20. Há adscrição de população sob responsabilidade das equipes?

21. Os serviços da AB estão dirigidos à promoção da equidade? (zona rural, periferia, critérios para as primeiras equipes, etc.)

22. Qual a composição da equipe da ESF?

23. A atenção à saúde é médico-centrada ou clínica ampliada?

24. Na definição das ações de AB, a estratégia da promoção da saúde é priorizada?

ORGANIZAÇÃO - GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

25. Como é a configuração da unidade de saúde? (se há outros equipamentos dentro das unidades, ex. CAPS, unidade mista)
26. Como as equipes da ESF são coordenadas? (gerência específica, rodízio entre os membros e colegiada)
27. Como é a definição da agenda das equipes?

ORGANIZAÇÃO – INTEGRALIDADE

28. Quais as estratégias adotadas pelo sistema de saúde para garantir que a AB coordene e articule ações governamentais para garantir o acesso aos serviços de promoção e prevenção?
29. Quais as estratégias utilizadas para a integração dos níveis da atenção e garantia da continuidade do cuidado? (rede de atenção à saúde/linhas de cuidado/referência contra-referência)
30. Como a equipe de saúde da família garante a referência e contra- referência? (existem protocolos ou fluxos de referência e contra- referência)
31. Quais as estratégias utilizadas para a integração entre os níveis administrativos (central, distrital/regional e local) para o desenvolvimento:
- da AB?
 - da PS?
 - da comunicação em saúde?
32. Quais são as potencialidades relacionados à integração entre AB, PS e comunicação em saúde?
- E os principais problemas?
33. Como se dá o processo de integração:
- entre os membros das equipes nas unidades de AB?
 - entre as diferentes equipes das unidades de AB?
 - das equipes com os equipamentos sociais? (CAPS, pólos da SESAI, etc.)
34. Como se dá o processo de integração com outros setores no território da unidade de saúde? (PSE, CRAS, ONG, rádios comunitárias, pastorais, etc.)

35. As tecnologias de comunicação em saúde (TICS) são utilizadas com que finalidade? (uso terapêuticos/cuidado, promoção da saúde, comunicação interprofissional e de gestão, formação profissional – Telessaúde, CVSP/OPAS)

SINAIS DE REALIDADE

36. Você poderia descrever/relatar algum(ns) resultados/efeitos na realidade da população (qualidade de vida/saúde) que pode/m ser atribuído/s às ações de promoção da saúde das equipes ESF?

37. Há uma comunicação prévia das ações e serviços que serão realizados?

38. Os efeitos/resultados das ações e serviços de saúde estão registrados? (banners, posters, sistemas de informação; monitoramento ou avaliação realizada; Estudo/Pesquisa realizados).

Apêndice VIII – RELATÓRIO DE VISITA AO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA
PROJETO DE ESTUDOS COMPARADOS III

RELATÓRIO DE VISITA AO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA – GO.

OBSERVAÇÃO SOBRE A METODOLOGIA EMPREGADA PARA COLETA DE DADOS:

Locais Visitados: Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Unidade de Saúde Caravelo B e Unidade de Saúde do Jardim Primavera

Entrevistados: Enfermeira da ESF, Médico da ESF e ACS da Unidade do Caravelo B; Marília (Cirurgiã Dentista), Iracema (Enfermeira) e Shirley (Agente Comunitária de Saúde), da Unidade do Jardim Primavera; Patrícia - coordenadora da Estratégia Saúde da Família

Pesquisadores: Caio - Auxiliar de pesquisa

Dalila Tusset – Apoiadora de pesquisa

Dyana Helena - Auxiliar de pesquisa

Rafaela Forechi de Souza – Auxiliar de pesquisa

CONTEXTUALIZAÇÃO

O município de Goiânia está localizado no estado de Goiás na região Centro-Oeste do Brasil. De acordo com o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2010, a população da cidade é composta de 1.302.001 habitantes e apresenta IDH 0.778 (PNUD, 2000).

Em 2012 o município contava com aproximadamente 182 Equipes de Saúde da Família, atingindo uma cobertura populacional de 46,59%, representando um aumento expressivo em relação a 2002, quando aproximadamente 95 Equipes de Saúde da Família cobriam apenas 26,69% da população. Houve um aumento no número de agentes comunitários de saúde, que em 2002, 520 cobriam 26,9% da população, e em 2012, 789 cobriam 34,84% da população. (BRASIL, 2012).

Goiânia contempla sete Distritos Sanitários, sendo que há ESF em seis. O sétimo, que é o Distrito Sul é uma região de alto poder aquisitivo e não há a estratégia. Um dos maiores distritos, tanto em extensão como em população, é o da região Noroeste. Localizado na Avenida do Povo, na Vila Mutirão, o Distrito oferece cobertura para 178 mil pessoas em 40 bairros. A Unidade de Saúde do Jardim Primavera que se localiza na Região Noroeste, realiza encaminhamentos para a média e alta complexidade. A estratégia é tida como uma equipe completa, porque tem médico, odontólogo, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, o agente comunitário e agora um complemento que é o NASF. A Unidade do Caravelo B, é composta por duas equipes da estratégia, ambas são compostas por: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

ENF1 identifica que na área de abrangência da ESF daquela unidade há 100% de cobertura da ESF. Apesar da dificuldade de alguns usuários ainda quererem a consulta somente com o médico e atribuir importância ao uso de medicamentos, como relata ENF2, desconsiderando a prevenção, todos os pacientes são atendidos sem problemas. No ano de 2012, conforme destaca COOR3 há um salto de escolas e unidades que possuem o PSE.

Apesar de não haver um grupo específico para populações vulneráveis, os entrevistados destacaram que essa questão depende da necessidade identificada no momento. “...Um grupo específico não.. quando surge das micro áreas uma família vulnerável a gente trabalha em específico (ENF1)”.

Sobre as relações intersetoriais, os entrevistados destacaram diferentes parceiros que contribuem para essa relação, apesar de existirem dificuldades. “Sempre que tem a ação, a gente sempre se uni com a creche (ACS1)”. “Aí, nós temos uma parceria também com a assistência social (ENF1)”. “Os equipamentos sociais que a gente tem são os comércios, escola e igreja, só (ENF2). “Os comércios locais (ENF2)”. “Tem uma academia aqui que tem parceria com a gente, aí o grupo da terceira idade tem desconto.” (ACS2)

Quanto à participação social, observou-se que esta ocorre por meio dos conselhos de saúde. O mais citado entre os entrevistados foi o Conselho Local de saúde. “Tem conselhos locais, os fóruns distritais e o conselho municipal.(COOR3)”. A participação da população varia de acordo com o distrito. “O período aqui é até a tarde para ter mais participação dos moradores. (ENF1)”. “Nós temos o Conselho Local de Saúde, e nós temos o grupo da Terceira Idade, e que eles são bem participativos (ENF2)”. “Por mais que o conselho não funcione 100% como deveria, mas muitas vezes é um canal que a gente recebe as queixas da população, a participação popular é pouco, mas muitas vezes é importante.” (COOR3). Ainda foi informado que há conselheiros que são despreparados. “O que acontece ainda é que, tem algumas unidades que funciona bem, mas a grande maioria dos conselheiros são muito despreparados, eles não entendem a sessão do conselho

(COOR3).”

Os entrevistados também informaram como ocorre o processo de integração entre os níveis administrativos: distrital, regional e local. “a nossa relação é muito direta. Então assim, os distritais a gente reuniões quinzenais aqui. A gente trabalhava uma roda de acolhimento, os apoiadores distritais trabalharem o acolhimento na ponta. A gente na verdade tem encontros semanais. Os diretores distrito também tem encontros semanais aqui na diretoria de atenção a saúde. Para que sejam discutidas as dificuldades o que a gente tem que enfrentar, e tem algumas ações que são integradas a vigilância, então toda quarta feira de manha tem representantes de distrito, representantes que vem pra cá. E os locais, geralmente eles tem também os conselhos locais dos gestores, então são reuniões, algumas são de formação, porque tem muitos gestores que não entendem administrativamente o processo, então eles passam por esse processo de formação assim não é uma formação fechada, um curso completo com toda uma metodologia, mas são encontros com trocas de experiências (COOR3)”. Destacado por todos os participantes é que há sempre a realização de grupos e reuniões nas unidades de saúde tanto quando para os usuários, quanto para os profissionais das equipes. “E os nossos grupos eles não são voltados somente para a questão da educação em saúde (ODON1)”. “Então a gente senta em equipe, tem os dias de reunião da equipe, a gente senta e planeja essas ações (ENF2)”.

Quanto à integralidade nas unidades, identificou-se que: “O médico e o enfermeiro fazem os atendimentos básicos dos programas e o paciente precisou de um encaminhamento, são feito os encaminhamentos e tem os especialistas pra estar dando suporte nos encaminhamentos (ENF2)”.

Há o reconhecimento na falha que existe no uso de indicadores, monitoramento e avaliação para identificação de resultados. “A gente leva um tema quando tá precisando, apaga um fogo, vive muito de apagar um fogo e de resolver problemas, e aqui a coordenação a gente se sobrecarrega muito com tarefas administrativas, com tarefas de recursos humanos, e a gente fica sobrecarregado e acaba deixando a desejar no que mais a gente precisava focar, que é a política, a educação permanente, o monitoramento e avaliação (COOR3)”.

Identificando fatores que possam contribuir ou não para a sustentabilidade das ações realizadas, foram informados fatores que vão desde profissionais sem o perfil para trabalhar na ESF, infraestrutura das unidades até relação conflituosa entre estado e município. “...na ESF infelizmente a gente tem uma dificuldade por que nem todos os profissionais tem perfil pra trabalhar com saúde pública (ENF2)...” “São mais de 12 anos [a unidade]. Só que aqui não é próprio... Pra começar os prefeitos não paga direito, então já teve ocasião da gente até querer ser despejada... (ACS2).” “Nossa relação como estado não é boa. Assim, por questões políticas (COOR3).

Foi observada na fala dos entrevistados que há a preocupação de se considerar a visão ampliada do

conceito de saúde, observando o indivíduo em seu contexto. “Trabalhar com o conceito da qualidade de vida, tirar um pouco essa visão do curativismo (ODON1)..”

PERCEPÇÕES DOS PESQUISADORES

Os pesquisadores foram muito bem recepcionados pela equipe da prefeitura que nos direcionou aos locais determinados. Nossa recepção em Goiânia foi marcada pelo acolhimento que nos foi dado tanto nas Unidades de Saúde da ESF, como no Paço Municipal.

Impressionou-nos, na Unidade de Saúde do Caravelo B, que apesar da infra-estrutura não estar em boas condições (pois é uma casa alugada pela Prefeitura), as atividades realizadas tanto por funcionários, quanto por usuários que decoram com materiais reciclados a Unidade.

Mesmo com o questionário longo, conseguimos obter as informações necessárias e como sempre contanto com paciência e compreensão dos entrevistados.

Percebemos o potencial que as agentes de saúde entrevistadas possuem, fazendo o elo entre população e demais funcionários da Unidade e na interação e participação das atividades desenvolvidas.

Há um diferencial nas duas Unidades visitadas: a Unidade do Jardim Primavera possui uma melhor infra-estrutura, contando até com acesso a internet, característica que não ocorre na Unidade do Caravelo B, porém, em ambas observamos que apesar de dificuldades, há empenho e dedicação da equipe para prestar um melhor atendimento à a população.

APÊNDICE X – MÉMORIAS DE REUNIÕES

Memória da reunião 28.08.2013

Participantes: Aedê, Ione, Yamila, Elisa, Mariela, Ana Luísa, Maria Fátima, Jéssica Procópio, Sandra, Wagner e carla Targino.

Professora Fátima apresentou sobre Atenção Básica/ Atenção primária em saúde, seus principais conceitos e atributos no Brasil, EUA, Espanha, Cuba, etc.

Várias foram as discursões sobre conceitos de AB/APS, sendo que o mesmo ainda não é consenso entre os país e também no Brasil.

O resumo da conversa do grupo (contribuições para nossa pesquisa – Estudos Comparados):

- A polêmica do conceito AB/APS;
- Conceito de promoção da saúde (conceito);
- Pensar nos conceitos de práticas de promoção da saúde;
- Conceito de acesso;
- Acessibilidade simbólica;
- Aprofundar o conceito de organização de saúde;
- Há o reconhecimento que a AB é cada vez mais necessária;
- No campo da sociologia a razão de ser da Atenção Básica;
- A prática da saúde (Identificar que atenção Básica)

REUNIÃO 04.09.2013

PARTICIPANTES: ANA, IONE, JÉSSICA PROCÓPIO, MARIELLA E YAMILA.

- Apresentação socioeconômica e de saúde de Manaus (Jessica Procópio)
- atualizar os indicadores de Manaus (pesquisar no DATASUS).
- Sala de situação de saúde de Manaus e municípios (Yamila). Hoje à tarde.

Próxima reunião:

Discussão do texto de Mário Rovere.

Agenda de Rosário:

18 de setembro – Vídeo conferência. (confirmar)

Datas das próximas apresentações:

Metodologia de estudos comparados: Apresentação – Elisa 18 de setembro

Promoção da Saúde: Apresentação - Wagner e Sandra 25 de setembro

IEC: Apresentação - Aedê e Mariella dia 09 outubro.

Práticas em saúde – Ione e Yamila dia 16 de outubro

MEMÓRIA DA REUNIÃO 02.10.2013

Participantes: Mariella, Ione, Carla Targino, Sandra, Yamila.

Faltas justificadas: Ana Valéria, Fátima Sousa, Aedê, Ana Nepomuceno e Indyara.

1. Ione relatou a experiência da visita de Manaus
2. Definição das equipes para as próximas viagens:
 - Porto Velho: Pesquisadoras, Indyara e Jéssica Lopes (dias 14, 15 e 16 de outubro)
 - Fortaleza: Sandra e Carla Targino (21, 22 e 23 de outubro).
3. Ione: Fazer divisão dos grupos que farão o diagnóstico socioeconômico e de saúde (Porto Velho e Fortaleza). Enviar por e-mail.

Próxima reunião 09 de outubro:

Estudo de casos e múltiplos – Yamila e Fátima

Discussão dos artigos:

Aede: Atención Primaria de la Salud en Debate pág 327

Ana Luisa: Atención Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? Pág. 343.

Carla Targino: Comentario sobre investigación em sistemas de salud, atención primaria de salud y participación para la transformación social. Pág. 348

Obs: Aedê, Ana e Carla, estão responsáveis em iniciar o debate dos respectivos artigos, no entanto todos devem ler os artigos.

*Revista do CEBES que Carla enviou por e-mail

Obs: Vamos discutir três textos em cada encontro.

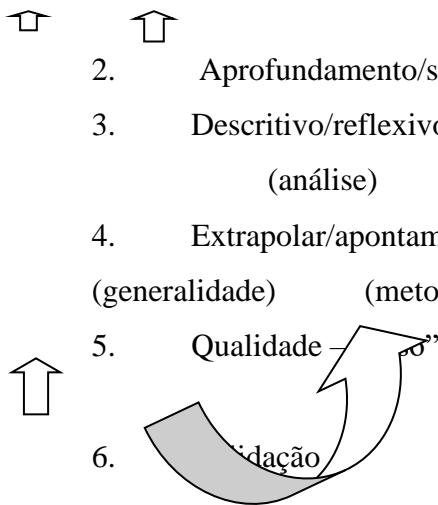
Reunião 09.10.13

Participantes: Valéria Mendonça, Fátima, Yamila, Sandra, Mariella, Eliza, Ione, Wagner, Aedê e Carla.

1. Apresentação sobre Estudo de casos e múltiplos – Yamila com apoio da professora Fátima.
2. Profª Fátima fez um breve resumo do que aprendemos e o que não aprendemos:

O que aprendemos:

1. Caso (s) múltiplos – circunscritos.
2. Aprofundamento/singular
3. Descritivo/reflexivos/compreensivo.
(análise)
4. Extrapolar/apontamentos referenciais
(generalidade) (metodológicos)



O que não aprendemos:

1. Qualitativa – Base-teoria. (Fátima e Valéria)
-Quantitativa-
2. Caso – apontamento/extrapolamento/generalizações (Yamila e Ione) (artigos que tem métodos de estudos de casos)
3. Caso (ref.)- outros casos/teoria – métodos. (Aedê e Mariella)
4. Estudos em profundidade – Yin- Santa Catarina (Carla Targino e Wagner)
5. Método-estratégia (operacional) (Elisa e Sandra).

*Em seguida cada pesquisador ficou com o tema de mais afinidade.

3. Várias leituras foram sugeridas, para o crescimento do conhecimento do grupo, algumas já foram enviadas por Carla e Valéria. (Textos: educar para pesquisa (Pedro Demo), quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? (Minayo), A lógica da pesquisa científica (Kal Popper), Yin- Santa Catarina.

REUNIÃO ESTUDOS COMPARADOS

(6 de novembro de 2013)

Participantes: Aedê, Ana Valéria, Ione, Jéssica Procópio, Mariella, Sandra, Wagner e Yamila.

Atividade:

- Análise das entrevistas da Argentina;
- Comentários sobre Argentina das entrevistas e visita;

Memória da reunião do dia 21 de agosto DE 2014

Participantes: Maria Fátima, Aedê, Ana Valéria, Mariella, Elisa, Jéssica procópio, Jéssica Lopes, Ione, Yamila, Leonardo passeri, Wagner e sandra.

1- informes : Fátima, Aedê, Wagner e Valéria.

- pesquisa Argentina
- pesquisa municípios brasileiros (Ione falou da situação dos contatos)

2- estratégias operacionais

- degradação dos áudios Argentina (yamila e Jéssica Procópio)
- atualização do sítio (Aedê e Indyara), devem reuni-se e planejar os horários para executar essa atividade.
- organização do acervo físico (Jéssica lopes, leonardo Passeri, Indyara e sandra)

3- atualização matriz analítica (fazer um mergulho em todos os países)

4- sessão estudos - métodos - EC

- Conceitos que âncoram a pesquisa:
- AB/APS (Fátima)
- Promoção da saúde/artigo (Wagner);
- IEC - (Aedê e mariela)

-Práticas exitosas - quais as dimensões (yamila e Ione)

5- revisão da agenda geral

PRÓXIMA REUNIÃO

1. Apresentação AB/APS (professora Fátima);

-Discussão


2. apresentação da gravação "Argentina" (preliminar), coordenada pela profª Yamila

-Discussão

9. ANEXOS

ANEXO I – TESE

Tese de doutoramento, a ser defendida em 10 de Dezembro de 2021.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Viviane Rangel de Muros Pimentel

**PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
 PRIMÁRIA À SAÚDE, NAS REGIÕES DO BRASIL.**

Tese submetida à Banca Examinadora em cumprimento
 à um dos requisitos do Programa de Pós-Graduação em
 Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, para
 obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Pro^{fa} Dr^a Phd Ana Valéria Machado Mendonça.

BRASÍLIA – DF
2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Pimentel, Viviane Rangel de Muros.

Práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde, nas regiões do Brasil. Brasília, 2021, 513p.

Tese submetida à Banca Examinadora em cumprimento à um dos requisitos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Mendonça, Ana Valéria Machado.

1. Práticas de saúde. 2. Promoção da Saúde. 3. Comunicação em Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Estratégia Saúde da Família.

ANEXO II - TESE - <https://repositorio.unb.br/handle/10482/22244>

3

CARLA TARGINO BRUNO DOS SANTOS

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A INTEGRALIDADE: ESTUDO
COMPARADO ENTRE O BRASIL E A VENEZUELA**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Fátima de Souza

BRASILIA
2016

CARLA TARGINO BRUNO DOS SANTOS

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A INTEGRALIDADE: ESTUDO
COMPARADO ENTRE O BRASIL E A VENEZUELA**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em 02 de setembro de 2016

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Maria Fátima de Sousa (presidente)
Departamento de Saúde Coletiva - PPG Ciências da Saúde - Universidade de Brasília

Prof. Dra. Janeth de Oliveira Silva Neves
Departamento de Farmácia - PPG Ciências da Saúde - Universidade de Brasília

Prof. Dra. Ana Valéria Machado de Mendonça
Departamento de Saúde Coletiva - PPG Saúde Coletiva - Universidade de Brasília

Prof. Dra. Tania Cristina M. S. B. Rehem
Departamento de Enfermagem - FCE - Universidade de Brasília

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Departamento de Saúde Comunitária - Universidade Federal do Ceará

Prof. Dra. Leides Barroso de Azevedo Moura (Suplente)
Departamento de Enfermagem - FS - Universidade de Brasília

ANEXO III – ARTIGOS PUBLICADOS

1. Comunicação em Saúde e promoção da Saúde: Contribuições e desafios, sob o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. PHISIS – Revista de Saúde Coletiva, 2021.
2. Os caminhos da integralidade no Sistema de Saúde Brasileiro: uma revisão Integrativa. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 23, p. 1233-1240, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.16122016>
3. Atenção Primária à Saúde no Brasil e na Venezuela: estudo de casos comparados. In: 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2015, Goiânia. Anais do 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2015.
4. A Integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades *Ciênc. saúde coletiva*. vol.23 no.4 Rio de Janeiro abr. 2018 <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.16122016>
5. Equidade: Seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saude soc.** [online]. 2016, vol.25, n.1, p.9-18. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S010412902016146195>
www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00009.pdf
https://www.researchgate.net/publication/299357712_Equidade_seus_conceitos_significacoes_e_implicacoes_para_o_SUS
6. Acesso e equidade nos serviços de saúde: Uma revisão estruturada. **Saúde em Debate**, v. 40, n 110 Rio de Janeiro julh/set p. 264-271, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611020>
7. *Agents communautaires de santé: un modèle de santé sans murs. Canadian Journal of Public Health*, v. 106, p. 154/vol 106 n 3-156, 2015. <https://link.springer.com/article/10.17269%2FCJPH.106.4947>
8. Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013. **RECIIS. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde** (Edição em Português. Online), v. 10, p. 1-11, 2016.