

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA
PROJETO DE ESTUDOS COMPARADOS



Brasília/DF, 2007

Desenho do protocolo de pesquisa

Título:

Da Política Institucional aos Processos do Cuidar: Estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas Equipes do PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México.

Equipe Responsável pelo Projeto:**Pesquisadores:**

Clélia Parreira – Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais - FLACSO

Diana Lúcia Moura Pinho - Departamento de Enfermagem - FS

Edgar Merchan Hamann - Departamento de Saúde Coletiva e NESP - FS

Elisabeth Duarte – Faculdade de Medicina

Maria Fátima de Sousa - Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP-UnB

Oviromar Flores - Departamento de Saúde Coletiva – NESP - FS

Auxiliares de Pesquisa:

Juliana Álvares

Expedita Machado de Souza

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	Erro! Indicador não definido.
1 INTRODUÇÃO	6
2 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA/QUESTÃO DO ESTUDO	11
3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	13
4 OBJETIVOS DO ESTUDO	15
5 PROPOSTA METODOLÓGICA DO ESTUDO	16
6 QUESTÕES A SEREM INVESTIGADAS	18
7 ESTRATÉGIAS OPERACIONAIS	19
8 RESULTADOS ESPERADOS	20
9 EXPERIÊNCIAS DA INSTITUIÇÃO E DOS PESQUISADORES	21
10 PLANO DE TRABALHO	24
11 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES	26
12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXO	28

APRESENTAÇÃO

Esta proposta de investigação insere-se no âmbito da Unidade de Estudos e Pesquisa em Saúde da Família, do Núcleo de Estudos de Saúde Pública-NESP, do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinar-CEAM, com a participação de Docentes dos Departamentos de Saúde Coletiva, Enfermagem, Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília e da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais/Sede Acadêmica Brasil – FLACSO/Brasil.

Caracteriza-se como um projeto de estudo de casos múltiplos para analisar as práticas da promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Espanha e México.

O desenho do projeto vem sendo feito de forma conjunta pelos professores e pesquisadores com a finalidade de assegurar:

- a) A construção de consenso no entorno dos valores, princípios, categorias, subcategorias analíticas e indicadores (meios de verificação da aplicabilidade da política nos processos de cuidar) definindo assim os aspectos conceituais que justifiquem os objetivos e metas do estudo;
- b) 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.
- c) 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.

Para elaboração desse estudo, foram considerados os desafios atuais das práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF, estratégia que vem sendo adotada no Brasil, por mais de uma década, com a finalidade de re-organização a Atenção Básica à Saúde e de contribuir na mudança do modelo assistencial no âmbito do 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, MS - Portaria n° 648, de 28 de março de 2006).

Com base nos desafios de realizarmos análises explicativas de como as políticas de promoção da saúde estão presentes nas práticas das Equipes do PSF ao longo dos 13 anos de implantação dessa estratégia, esta se constituindo em um novo paradigma para o conceito ampliado de saúde, considerando-se o contexto social, político, econômico e institucional do caso brasileiro. As categorias e subcategorias analíticas propostas pretendem estabelecer as inter-relações entre os atores indutores da (s) política(s) nacional de saúde, assistência social, educação e ambiente, como condições ampliadas da “rede de proteção social”.

¹ Integração 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 n° 648, de 28 de março de 2006).

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o Brasil vem conquistando importantes avanços no campo da saúde. O processo de construção do Sistema Único de Saúde-SUS, regulamentado pela Constituição de 1998², que no capítulo VIII da Ordem Social e na secção II referente à Saúde define no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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”.

E no artigo 198 define o SUS como sendo “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes”:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Em seu parágrafo único afirma: “O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

Em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080, o SUS é regulamentado, definindo e o modelo operacional do Sistema, propondo a sua forma organizativa e funcionamento. No conceito de saúde afirma:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país”.

² Pela primeira vez o país viu acontecer um sistema de saúde público, fruto de sucessivas mudanças na política de saúde, iniciado ainda na década de 70 e acelerado a partir da década seguinte, mais especificamente a partir de 1983, quando da criação das AIS (**Ações Integradas de Saúde**), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas-preventivas e educativas. As razões dessas mudanças guardam íntimas relações com a conjuntura da década 80, marcada pela crise econômica e pelo esforço da sociedade em seu processo de redemocratização, culminando na Constituição Cidadã de 1988.

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

Foram definidos como **princípios doutrinários do SUS**:

- a) **UNIVERSALIDADE** - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- b) **EQUIDADE** - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;
- c) **INTEGRALIDADE** - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.
- d) **PARTICIPAÇÃO POPULAR** - ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidados na participação dos usuários dos serviços de saúde no chamados Conselhos Municipais de Saúde.

Destes derivaram algumas diretrizes organizativas:

- a) **DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA** - consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS;
- b) **HIERARQUIZAÇÃO** - 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; referência e contra-referência;
- c) **REGIONALIZAÇÃO** - expresso como uma rede de serviços de saúde, em que a direção municipal do SUS deve participar do planejamento, programação e organização de forma regionalizada e hierarquizada dentro do sistema, em articulação com a sua direção estadual.

Quanto aos **objetivos e as atribuições** do SUS a Lei 8.080/90 destaca:

- a) Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- b) Formular as políticas de saúde;

- c) Fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
- d) Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- e) Executar ações visando a saúde do trabalhador;
- f) Participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- g) Participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;
- h) Realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
- i) Participar das ações direcionadas ao meio ambiente;
- j) Formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- k) Controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- l) Fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- m) Participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- n) Incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;
- o) Formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.

A direção do SUS, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, é única, sendo exercida em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde; em âmbito estadual e no Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente e, no âmbito municipal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe, entre outros assuntos, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelece, no seu artigo 1º, que o SUS, *"contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde"*.

É importante mencionar que o texto constitucional inovou, ainda, no desenho federativo brasileiro, atribuindo autonomia aos três entes federados, competências tributárias e descentralização política e administrativa para as unidades de governo. Os municípios passaram a adquirir *status* de ente da federação, similar ao dos Estados e da União. E, com a intenção de manter uma relação de equilíbrio e interdependência fundamental à integração nacional e à redução das desigualdades territoriais, atribuiu também

responsabilidades comuns e partilha de recursos para a execução descentralizada das ações governamentais.

Mas, há que se reconhecer nos dias atuais o desafio que representa cumprir estes preceitos constitucionais num país com dimensões continentais, desigualdades regionais profundas e um sistema federativo sem tradição de relações intergovernamentais cooperativas, em que cerca de 70% dos 5.564 municípios apresentam uma grande dependência financeira dos entes estadual e federal.

É neste contexto que a política de saúde foi marcada na década de 90, pela edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs 91, 93 e 96 - serão mencionadas em outras partes deste texto) do Ministério da Saúde, cujo intuito era regulamentar a implementação do SUS no plano nacional. Apresentando inovações importantes no campo das relações intergovernamentais, como uma das estratégias fundamentais à implantação do Sistema. Para isso, foram concebidos “sofisticados” mecanismos de articulação e integração das ações e serviços sob a gestão dos distintos entes federados, apoiando-se na diretriz constitucional de direção única em cada esfera de governo para a operacionalização do sistema de saúde. Ao perseguir tal recomendação, estabeleceu fóruns de negociação para que os agentes governamentais envolvidos no processo de gestão do sistema promovessem o alinhamento de concepções e pactuassem uma efetiva unidade na condução do SUS.

As deliberações emanadas desses fóruns se traduziram em inúmeros regulamentos favoráveis ao fortalecimento do poder local, enfatizado na idéia força de que “*a municipalização é o caminho*”. Simultaneamente, elaborou-se um complexo arcabouço normativo destinado a regular a aplicação uniforme das decisões pactuadas em âmbito nacional, nas Comissões Intergestoras Tripartite e BIPARTITE.

Estes avanços, nos processos de implantação do SUS, fazem com que a política de saúde brasileira se destaque no cenário nacional e internacional pelo legado inquestionável à saúde e à cidadania dos brasileiros. De fato, podem ser atribuídos à experiência de implantação do SUS:

- a) A radicalização do processo de descentralização, com a conseqüente entrada em cena de inúmeros atores envolvidos na formulação e execução das ações;
- b) A democratização do setor, com ampliação da participação social;

- c) A melhoria do acesso às ações e serviços, devido à expansão da cobertura assistencial, tanto de atenção básica quanto de serviços mais complexos;
- d) Êxito no controle de uma série de doenças evitáveis.

Entretanto, um grande desafio que ainda se encontra posto para todos os níveis de gestão que integram o sistema (governos federal, estaduais e municipais) 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. Uma vez que o modelo assistencial que ainda predomina no país é caracterizado hegemonicamente no conhecimento biológico, no parque tecnológico³ médico, no risco e atenção individual - de explicar e responder aos processos de saúde e doença de uma população, na supervalorização das especialidades médicas. Modelos estes que vêm gerando custos crescentes, alto grau de insatisfação para os gestores do sistema, para os profissionais de saúde e para os indivíduos, famílias e comunidades.

Diante do reconhecimento desta “demanda”, o Ministério da Saúde assumiu, a partir de 1994, a implantação do Programa de Saúde da Família⁴, visando, enquanto estratégia setorial, a reorientação do modelo de atenção à saúde das famílias brasileiras, tendo na atenção básica sua base organizativa.

³ A evolução tecnológica e científica desenvolveu-se muito no campo biomédico e é inegável a sua contribuição na atenção e no controle do risco individual. Terminamos o século com algumas doenças erradicadas, como a varíola e a poliomielite, e aumento na sobrevida. Vivemos a expectativa que se abre no campo genético para o controle de doenças. Todas estas conquistas não apagam o debate que se dá no início do novo milênio sob o imperativo ético da vida e de sua qualidade.

⁴ Segundo Sousa, ao comentar os princípios orientadores do PSF, sugere que a denominação de **Programa** no âmbito dos gestores do SUS, quando de seu início em 1994, “pegava mais rápido e de forma “palatável”, chegando até a parecer uma personalidade simbólica, jurídica; todos a conhecem e sabem do que se trata” (SOUSA, 2001, p.37). Contudo, esta autora enfatiza que o PSF é muito mais que um Programa – na idéia de caráter temporário -, devendo ser concebido enquanto uma *estratégia* para a alterar a lógica anterior de prestação de assistência à saúde, incentivando a constituição de um novo modelo de atenção à saúde.

2 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA/QUESTÃO DO ESTUDO

O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS, na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da estratégia de Saúde da Família, elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado “Atenção Básica à Saúde” no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema. Esta discussão fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional.

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo governo brasileiro por meio do Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde.

Nesse sentido, essa política nacional diz respeito ao conjunto das ações e projetos, e deve considerar os distintos níveis de complexidade da gestão e da atenção à saúde, sua inserção nos sistemas nacionais, bem como as possibilidades de sua organização e financiamento, dirigidas às práticas de promoção da saúde desenvolvidas em diferentes territórios pelas equipes do PSF no Brasil e modelos similares em países objeto dessa pesquisa nas iniciativas.

A despeito dos consensos e das críticas ao conceito de promoção da saúde, uma das lacunas que se coloca como desafio em tempos atuais, para a produção científica em torno dessa temática, está a construção de indicadores⁵ que considerem a intersectorialidade, os conhecimentos acumulados pela epidemiologia e os avanços em estudos sobre políticas públicas, de uma maneira geral.

No caso brasileiro, sobremaneira, as políticas de promoção da saúde⁶ têm sido vistas como indissociáveis da reflexão, sistemática e continuada, do Sistema Único de Saúde. Além disso, a realização de estudos sobre a promoção da saúde no país, dadas a desigualdade de oportunidades e as iniquidades existentes - constatadas e retratadas nas condições de saúde de distintos segmentos populacionais - nos coloca 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.

⁵ Em Lefevre (2004) são encontradas algumas críticas de conceitos, de estratégias e de processos de promoção da saúde, dentre as quais se podem destacar aquelas colocadas às políticas públicas ditas saudáveis.

3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Passados mais de 18 anos desde que a sociedade brasileira consagrou em sua Constituição e na Legislação a idéia do Sistema Único de Saúde, seus princípios finalísticos, que são a universalidade, a equidade e a integralidade, vinham sendo consensuados por uma maior participação social e pelo crescimento da consciência sanitária no país. Desde então houve notáveis avanços, garantidos especialmente pelo aumento progressivo do controle social e da descentralização. Entretanto, mesmo com esses avanços jurídico-institucionais, persistem insuficiências e problemas que colocam ao SUS ainda um grande desafio: consolidar um modelo de atenção a saúde focado na qualidade de vida.

Há uma nítida sensação de que o paradigma que ainda norteia o modelo de intervenção na saúde – representado pela medicalização, centrado no hospital e crescentemente dependente de tecnologia – não pode dar conta dos desafios propostos. Neste ínterim verificou-se que as metas propostas de “*saúde para todos no ano 2000*”, não foram atingidas. Os valores e princípios expressos na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, cujos compromissos coincidem com os ideários do Sistema Único de Saúde brasileiro continuam desafiando a contemporaneidade. No Brasil, a reorganização da atenção básica – materializada pela implantação das equipes da saúde da família, onde a presença dos ACS faz a diferença, acumulou conhecimentos e experiências colocando em evidência um conjunto de problemas a serem enfrentados e superados no processo de desenvolvimento do SUS. É chegado o momento onde é necessário 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 – onde a família seja o alicerce e a promoção da saúde, a possibilidade de resgatar o sentido ampliado de saúde como qualidade de vida.

Nessa direção, é destacada a importância que o fortalecimento e a reorganização da atenção básica assumiram no contexto da política de saúde nacional nos últimos anos. No entanto, parte de sua agenda - especificamente a de promoção da saúde - precisa ser reafirmada para que tenha lugar no contexto de transformações sociais mais gerais e para que se possa ter,

⁶ De acordo com Campos, Barros e Castro (2004) uma política de promoção da saúde, além de deslocar o olhar e a escuta dos profissionais da doença para os sujeitos, ela é comprometida com serviços e ações de

por um lado, o incremento esperado nos investimentos e na qualificação dos profissionais para atuarem nesse nível de atenção, e, por outro, adequações e/ou melhorias na gestão e na oferta de serviços e de ações intersetoriais de forte apelo para a promoção da saúde de sujeitos e de coletividades. Portanto este estudo justifica-se pela necessidade de analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF nos complexos contextos políticos, sócios, culturais e ambientais dos seus territórios de atuação.

4 OBJETIVOS DO ESTUDO

4.1 Geral

Analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF, no caso brasileiro e por estratégias similares em outros países no sentido de assinalar caminhos para a superação dos desafios atuais.

4.2 Específicos

- 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 em Cuba, Canadá, Espanha e México;
- c) Sistematizar e analisar as práticas de promoção da saúde desenvolvidas no Brasil e nos países acima mencionados a partir de seus valores e princípios orientadores.

5 PROPOSTA METODOLÓGICA DO ESTUDO

A pesquisa será realizada no período de 2006 a 2008 no Brasil, Cuba, Canadá, Espanha e México.

Tipo de estudo:

Estudo qualitativo de múltiplos casos onde cada país ou experiências específicas dentro dos países constituirão unidades de análise. A justificativa pela opção do tipo de estudo está ancorada na abordagem de Yin (2001), que considera que o mesmo estudo pode conter mais de um caso único e o conjunto dos casos constituir-se-á em um projeto de casos múltiplos. No presente estudo, como se trata de um fenômeno complexo, cada caso único pode envolver mais de uma unidade de análise.

Crítérios de inclusão das experiências:

No Brasil, foram selecionadas 10 experiências exitosas (boas práticas) premiadas na II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família promovida pelo Ministério da Saúde em 2005.

Nos países Cuba, Canadá, Espanha e México, utilizar-se-á 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”.

Técnicas e instrumentos de coleta de dados:

Os dados serão oriundos de diferentes fontes: documentos, observação direta do contexto e entrevistas.

Etapas de realização do estudo:

Primeira etapa: pesquisa bibliográfica visando a identificação das experiências exitosas (boas práticas) no contexto do Brasil; para tanto será realizada uma seleção dos trabalhos a

partir dos documentos da II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família promovida pelo Ministério da Saúde em 2005, que serão objetos de análise na segunda etapa do estudo.

Segunda etapa: será realizada a análise das experiências exitosas (boas práticas) brasileiras onde buscar-se-á identificar e selecionar as unidades de análise (casos) com o objetivo de verificar *in loco* as práticas (ações / projetos estratégicos) desenvolvidas nas equipes de saúde da família, segundo suas formas de gestão e organização sustentados pelos seus valores e princípios orientadores.

Terceira etapa: será realizada a análise das experiências semelhantes nos outros países onde buscar-se-á identificar e selecionar as unidades de análise (casos) com o objetivo de verificar *in loco* as práticas (ações / projetos estratégicos) desenvolvidas nas equipes de saúde da família, segundo suas formas de gestão e organização sustentados pelos seus valores e princípios orientadores.

Quarta etapa: análise e consolidação dos dados com vistas à elaboração dos relatórios parciais e final.

6 QUESTÕES A SEREM INVESTIGADAS

- a) A promoção da saúde é hoje, parte integrante da agenda política dos países investigados?
- b) Qual tem sido o papel do gestor federal na política nacional de promoção da saúde e da AB/PSF?
- c) Quais políticas e estratégias de expansão da atenção básica/PSF estimulam as praticas de promoção da saúde?
- d) Quais as principais estratégias previstas para integração dessas políticas?
- e) A regulação dessas políticas pelo gestor federal tem sido pelo marco normativo? E/ou pela indução financeiros e de apoio técnico?
- f) Quais são os principais problemas e possibilidades relacionados a integração dessas estratégias?
- g) A questão da redução das desigualdades/ iniquidades têm sido um eixo norteador para integração dessas politicas ?
- h) Como o gestor federal tem se relacionado com os demais gestores do SUS e outros atores sociais para a formulação e implementação dessas políticas?
- i) Que fatores das relações intergovernamentais interferem na condução dessas politicas?
- j) Em que medida as comissões intergestores contribuem para a implantação e ou implementação dessas politicas?
- k) Que lições as experiências internacionais podem trazer para a definição de estratégias junto a política nacional da AB/PSF , no que se refere as praticas das equipes nas ações da política de promoção da saúde?/
- l) Qual tem sido o papel e participação dos Conselhos de Saúde na formulação e ou implantação dessas políticas?
- m) Qual tem sido o papel da Conferência Nacional de Saúde na formulação dessas políticas?
- n) Há outros mecanismos de participação social na formulação, implantação e implementação dessas políticas, que não seja a institucionalizada pelo SUS?

7 ESTRATÉGIAS OPERACIONAIS

A seleção e busca das experiências exitosas no Brasil dar-se-á por meio de 10 experiências consideradas exitosas, uma vez que elas já foram premiadas na oportunidade da II Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, realizada pelo Departamento da Atenção Básica - SAS/MS. As experiências a serem “comparadas” em outros países como Cuba, Canadá, Espanha e México serão analisadas caso a caso como roteiro prévio de questões orientadoras à análise com base na Política Institucional e nos Processos do Cuidar, tendo nas práticas das equipes do PSF e seus similares o eixo central do estudo para verificar o desenvolvimento das ações e ou projetos de promoção da saúde.

Serão realizados seminários nacional e internacional para apresentação dos resultados parciais e final do estudo e elaborado relatórios parciais e final do estudo.

8 RESULTADOS ESPERADOS

O conhecimento gerado pela pesquisa propiciará:

- a) A identificação de características/elementos semelhantes e diferentes nas políticas nacionais propostas pelo Brasil, Cuba, Canadá, Espanha e México, na AB/PSF que indicam melhor estratégia para as práticas de promoção da saúde pelos profissionais;
- b) A identificação de brechas nas políticas nacionais de AB/PSF e promoção da Saúde que dificultam a prática dessas equipes de saúde;
- c) Debate coletivo e o desenho de estratégias para a construção de uma agenda política no âmbito nacional, voltada para a formação das equipes de saúde nas práticas de Promoção da Saúde;
- d) A oferta de subsídios para a revisão das formas de relacionamento entre gestor federal e outros atores (gestores estaduais e municipais, conselhos, Legislativo, Judiciário) na formulação e implementação dessas políticas;
- e) Com os resultados preliminares e final do estudo, ampliar e qualificar o debate acerca dos avanços e desafios identificados nos países pesquisados;
- f) Divulgar a experiência do projeto e dos resultados da pesquisa no meio acadêmico, mediante a publicação de artigos em revistas especializadas nacionais e/ou internacionais e a apresentação dos resultados em seminários/congressos;
- g) Divulgar na internet e publicar os resultados com ampla divulgação no território nacional para gestores e técnicos estaduais e municipais, conselheiros, profissionais de saúde, representantes do Legislativos estaduais e municipais, pesquisadores das várias instituições, usuários, cidadãos em geral.

9 EXPERIÊNCIAS DA INSTITUIÇÃO E DOS PESQUISADORES

Clélia Parreira

1991 a 2004 – Consultora do Ministério da Saúde, com atuação na Coordenação de Informação, Educação e Comunicação (IEC), no Departamento de Educação em Saúde (PES), na Coordenação de Promoção da Saúde e no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE).

2004 -2007 – Professora e Pesquisadora Internacional da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO - Sede Acadêmica Brasil), como Assistente da Direção, Coordenadora Docente e responsável pelos projetos no campo da saúde.

Diana Lucia Moura Pinho

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Católica do Salvador (1976), mestrado em Educação pela Universidade de Brasília (1994) e doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília (2002), na área de Ergonomia. Tem experiência na área de Enfermagem, atua principalmente nos seguintes temas: enfermagem, ergonomia, cuidados de enfermagem, educação e análise de situações de trabalho, metodologia da pesquisa. Atualmente é professora adjunta da Universidade de Brasília, atuando na graduação e pós graduação em ciências da saúde.

Edgar Merchan Hamann

Possui graduação em Medicina pela *Universidad Javeriana de Colombia* (1983), mestrado em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília (1989), mestrado em *Master In Public Health Epidemiology* pela *University of California Los Angeles* (1991) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1996). Atualmente é Professor Adjunto da Universidade de Brasília. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia. Atuando principalmente nos seguintes temas: HIV-AIDS, risco, vulnerabilidade, adolescente.

Elisabeth Carmen Duarte

Possui graduação em Biologia pela Universidade Federal de Uberlândia (1983), especialização em Entomologia Médica pela Universidade Federal do Pará (1989), especialização em Epidemiologia pela Universidade Federal de Mato Grosso (1988), especialização em Malariologia e Saneamento Ambiental pela *Universidad de Carabobo* (1988), mestrado em Epidemiologia e Bioestatística pela *Mcgill University* (1994), doutorado em Epidemiologia e Bioestatística pela *Mcgill University* (2000), curso técnico-profissionalizante pela *University of Puerto Rico* (1991), curso técnico-profissionalizante pela Fundação Nacional de Saúde - Coordenadoria Regional de Mt (1987), curso técnico-profissionalizante pela *University of Puerto Rico* (1991), curso-tecnico-profissionalizante pela *University of Puerto Rico* (1991), curso técnico-profissionalizante pela Universidade Federal de Goiás (2004) e curso técnico-profissionalizante em *National school-based survey - Youth Risk Behavior* pela *Center for disease control - USA* (2003). Atualmente é Professor adjunto I da Universidade de Brasília, Consultor do Ministério da Saúde e Consultor da Universidade de Campinas. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia. Atuando principalmente nos seguintes temas: Epidemiologia, Malária, Coorte aberta.

Maria Fátima de Sousa

Doutora em Ciências da Saúde pela UnB (2007), mestre em Ciências Sociais pela UFPB (1994), Residência em Medicina Preventiva e Social pela UFPB (1990), habilitada em Saúde Pública (UFPB-1986) e graduada em Enfermagem (UFPB-1986).

De 1991 a 2001, assumiu a gerência nacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e assessorou o Programa de Saúde da Família – PSF, Ministério da Saúde - Brasília – DF, atuando na montagem da rede de apoio a implantação dessas estratégias junto as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e seus órgãos colegiados (CONASS e CONASEMS), as Instituições de Ensino Superior e entidades de classe na saúde.

No período de 2001 a 2003 prestou assessoria no processo de implantação da Estratégia Saúde da Família no Município de São Paulo, tendo participado do processo de formulação e implementação dessa estratégia naquela cidade.

De 2003 aos dias atuais atuou na estruturação da Unidade de Estudos e Pesquisas, junto ao Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP/CEAM/UnB, participando de projetos de pesquisa apoiados pelos Ministérios da Saúde e Ciência e Tecnologia.

Oviromar Flores

Possui graduação em Bacharelado em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1975), graduação em Licenciatura Em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1975), especialização em Especialização em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (1980), especialização em Especialização em Psicodrama pelo Centro de Psicoterapia e Psicodrama (1996), especialização em Especialização Em Cooperativismo pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1978), especialização em Especialização Em Política e Adm. em Saúde pelo Fundação Getúlio Vargas - RJ (1984) e mestrado em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (1989). Atualmente é outro (Professor Assistente) da Universidade de Brasília.

10 PLANO DE TRABALHO

Pesquisa bibliográfica sobre o tema da promoção da saúde em modelo de atenção básica/primaria, no caso brasileiro, a estratégia saúde da família – a ser realizada pelos próprios pesquisadores, com o objetivo de levantar trabalhos já desenvolvidos e/ou publicados sobre a questão das práticas das equipes do PSF e similares na promoção da saúde.

Debate sobre o tema da promoção da saúde em modelo de atenção básica/primaria – com a finalidade de trocar informações e aprofundar a análise sobre os múltiplos casos Cuba, Canadá, Espanha e México.

Desenhar e consensuar a proposta metodológica da pesquisa, abrangendo: definição precisa dos valores, princípios, categorias e variáveis de análise; métodos, técnicas e instrumentos de investigação a serem utilizados; produtos, resultados e resultados esperados; divisão de responsabilidades/ tarefas entre os pesquisadores.

10.1 Atividades

Realização de reuniões semanais no Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP – CEAM – UnB.

Três oficinas de trabalho com todos os pesquisadores. A primeira dessas oficinas deverá ser realizada no dia 09 de maio/07, com o objetivo de sistematizar o protocolo da pesquisa- (consesuando a produção em curso). A segunda deverá ser realizada no dia 30 de maio, visando apresentar a proposta metodológica (método, técnica e instrumentos) produzidos nos intervalos de 09 de maio á 30m de maio. E a terceira a ser realizada no dia 11 de junho/07 – para “validação” - avaliação da necessidade de ajustes e aprovar o desenho metodológico final da investigação, portanto do protocolo da pesquisa estabelecendo os compromissos recíprocos entre os pesquisadores e coordenação.

10.2 Metas

- a) Selecionar as experiências exitosas no Brasil e em outros Países, no intervalo de dois meses, no ano em curso;

- b) Elaborar os critérios de seleção de experiências exitosas, nos meses de abril a junho de 2007;
- c) Definir metodologia para análise de experiências exitosas selecionadas no Brasil e em outros Países, no intervalo de três meses (abril, maio e junho), no ano em curso;
- d) Realizar visitas de estudos exploratórios acerca das experiências aos países de Cuba, Canadá, Espanha e México, entre os meses de julho 2007 - a março de 2008;
- e) Realização de Oficina de Trabalho para definição de metodologia para análise comparada entre diferentes experiências, entre os meses de maio a junho de 2007;
- f) Estruturar o banco de dados com as informações e resultados do estudo, no intervalo de quatro meses do ano em curso - durante a pesquisa;
- g) Realizar os estudos de casos, por amostragem (municípios premiados) no Brasil e em outros Países; no segundo semestre de 2007 (dados primários no Brasil e secundários para os outros países);
- h) Realização de Seminários nacional e internacional para apresentação dos resultados parciais e final do estudo no segundo semestre de 2007;
- i) Elaboração do relatório final, nos meses de junho e julho a de 2008.

10.3 Indicadores

- a) Número de experiências rastreadas;
- b) Total de visitas realizadas no Brasil e em outros países;
- c) Número de estudos de casos realizados;
- d) Total de seminários realizados na vigência do projeto;
- e) Número de relatórios parciais e final produzidos, analisados e aprovados.

11 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

Pesquisa com duração prevista de 16 meses - de abril de 2007 a junho de 2008.

Atividades	Mês /Ano
Seleção e busca das experiências exitosas no Brasil e em outros países;	Maio e julho de 2007
Definição de mecanismos para captação dessas experiências;	Maio e junho de 2007
Elaboração de critérios de seleção de experiências exitosas;	Maio e junho de 2007
Definição de metodologia para análise de cada experiência selecionada;	Junho de 2007
Realização de Oficina de Trabalho para definição de metodologia para análise comparada entre diferentes experiências;	Junho de 2007
Realizar visitas de estudos de casos acerca das experiências aos países de Cuba, Canadá, Espanha e México;	Entre os meses de julho a outubro de 2007
Estruturação do banco de dados com as informações e resultados do estudo;	Entre os meses de junho até o final da pesquisa.
Realização dos estudos de casos no Brasil e em outros Países;	Segundo semestre de 2007
Realização de Seminários para apresentação dos resultados parciais e final do estudo;	Segundo semestre de 2007
Elaboração do relatório final.	Meses de junho e julho de 2008

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição (1988) **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Brasília, 134 p.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF 24 set. 1990a.

BRASIL. Lei n. 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF 28 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. **Lex**: Diário Oficial da União 29 de mar de 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner, BARROS, Regina Benevides de e CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. [online]. 2004, vol. 9, no. 3, pp. 745-749.

LEFEVRE, Fernando e LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2003.

SOUSA, M. F. de. **Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo!** São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.

YIN ROBERT K **Estudo de caso. Planejamento e métodos**. Porto Alegre. Bookman, 2001.

Anexo

Características da Gestão:

Instâncias gestoras (pactuação, controle social)

Autonomia (financeira, comando único, organização)

Descentralização

Características da Organização:

Serviços oferecidos

Sujeitos operantes

Ações estratégicas prioritárias

Síntese da produção /idéias dos pesquisadores

Valores

Justiça social

Solidariedade

Cidadania

Dignidade

Categorias analíticas

Política (com foco na atenção básica)

Cuidado

Subcategorias

Gestão

Características da gestão: grau de participação na gestão (mobilizatório, decisório); grau de autonomia na gestão (autonomia financeira; comando); instâncias de pactuação (comissões, conselhos).

Organização

Características da organização: descentralização / regionalização; hierarquização da rede; força e processo de trabalho (forma de vínculo; composição, formação, integração).

Materialidade

Princípios

Universalidade (definir)

Integralidade

O que é Integralidade?

Uma das diretrizes básicas do SUS (Constituição/1988)

O texto constitucional não emprega a expressão “integralidade”

“*atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Art. 198 – Constituição)

“a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a *realização integrada* das ações assistenciais e das atividades preventivas” (Art. 5º - Lei 8.080)

Participação social

É o mecanismo de representar espaços participativos nos quais emerge uma nova cultura política, configurando-se como uma prática na qual se faz presente o diálogo, a contestação e a negociação a favor da democracia e da cidadania

Equidade

Eqüidade significa justiça. Eqüidade em saúde significa que as necessidades das pessoas guiam a distribuição de oportunidades para o bem-estar.

“Eqüidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do *status* de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente”

Elementos explicativos

Intersetorialidade

Uma relação reconhecida entre partes de diferentes setores da sociedade, que se forma para atuar sobre uma determinada questão, com o objetivo de alcançar *resultados de saúde* ou *resultados intermediários de saúde* de uma forma mais efetiva, eficiente ou sustentável do que seriam alcançados pela ação isolada do *setor saúde*.

Sustentabilidade

A noção de sustentabilidade está associada às de estabilidade, de permanência no tempo, de durabilidade. Sustentabilidade significa sobrevivência, entendida como a perenidade dos empreendimentos humanos e do planeta. Por isso, o desenvolvimento sustentável implica planejar e executar ações – sejam elas de governos ou de empresas, sejam elas locais, nacionais ou globais –, levando em conta simultaneamente as dimensões econômica, ambiental e social. Mercado + sociedade + recursos ambientais: esta é a chave para a boa governança.

Acesso

Donabedian (?), acrescenta no conceito de acesso a idéia de não restringi-lo a entrada nos serviços de saúde, trabalhando assim com acessibilidade na dimensão da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Sousa (tese) entendemos acesso...

Qualidade de vida

A qualidade de vida é definida como as percepções individuais de sua posição de vida, no contexto dos sistemas de cultura e de valores em que vivem, e em relação a suas metas, expectativas, padrões e preocupações. Ela representa um conceito abrangente, que incorpora, de uma forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças pessoais e o relacionamento com características destacantes do ambiente.

XXXXXXXXXXXXXX

Educação em Saúde

A educação em saúde engloba oportunidades conscientemente construídas para o aprendizado, envolvendo alguma forma de comunicação que objetiva aumentar o "alfabetismo em saúde" (*health literacy*), incluindo o aumento de conhecimento e o desenvolvimento de *habilidades de vida* que conduzam a *saúde individual e da comunidade*.

Saúde

Direito fundamental do homem, que compreende paz, recursos econômicos adequados, alimento e moradia, um ecossistema estável e uso sustentável de recursos. O reconhecimento desses pré-requisitos focaliza os elos indissolúveis entre as condições sociais e econômicas, o ambiente físico, os estilos individuais de vida e a saúde individual. Essas associações proporcionam a chave para uma compreensão holística da saúde, a qual é central para a definição da promoção da saúde.

Promoção da Saúde

É o processo que possibilita às pessoas aumentar o controle sobre determinantes da saúde e, dessa forma, melhorar sua *saúde*. Representa um amplo processo social e político, não engloba apenas as ações dirigidas para o fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também das ações direcionadas para as mudanças nas condições sociais, ambientais e econômicas, de forma que alivie seu impacto sobre a saúde pública e individual.

Sustentabilidade

No documento Ciência & Tecnologia para o Desenvolvimento Sustentável, elaborado a pedido do Ministério do Meio Ambiente (1), são consideradas as seguintes dimensões de sustentabilidade.

Sustentabilidade social: ancorada no princípio da equidade na distribuição de renda e de bens, no princípio da igualdade de direitos a dignidade humana e no princípio de solidariedade dos laços sociais.

Sustentabilidade ecológica: ancorada no princípio da solidariedade com o planeta e suas riquezas e com a biosfera que o envolve.

Sustentabilidade econômica: avaliada a partir da sustentabilidade social propiciada pela organização da vida material.

Sustentabilidade espacial: norteadas pelo alcance de uma equanimidade nas relações inter-regionais e na distribuição populacional entre o rural/urbano e o urbano.

Sustentabilidade político-institucional: que representa um pré-requisito para a continuidade de qualquer curso de ação a longo prazo.

Sustentabilidade cultural: modulada pelo respeito à afirmação do local, do regional e do nacional, no contexto da padronização imposta pela globalização.

REFERÊNCIA: modificado da Ação Intersetorial para a Saúde: Um Pilar para a Saúde para Todos no Século XXI. OMS, Genebra, 1997.

A ação intersetorial para a saúde é vista como um ponto central no atingimento de maior *equidade na saúde*, especialmente onde o progresso depende de decisões e ações de outros setores, tais como agricultura, educação e finanças. Uma das principais metas da ação intersetorial é atingir maior consciência das conseqüências à saúde das decisões das políticas e da prática organizacional em diferentes setores e, com isso, mover-se em direção a práticas e *políticas públicas saudáveis*. Nem todas as ações intersectoriais para a saúde precisam envolver o *setor saúde*. Por exemplo, em alguns países, os setores de polícia e transportes devem combinar suas ações para reduzir os acidentes de trânsito. Tal ação, apesar de estar explicitamente direcionada para a diminuição do número de mortes e feridos no trânsito, nem sempre vai envolver o *setor saúde*. Cada vez mais, a colaboração intersetorial é entendida como a cooperação entre diferentes setores da sociedade, tais como o setor público, a sociedade civil e o setor privado

Integralidade

Nossa intenção é realmente (não) limitar o conceito?.

Outra coisa são as possibilidades de execução de práticas integrais, que têm uma materialidade e uma dimensão de atuação que precisa ser bem delimitada.

No caso da formação dos profissionais, a Integralidade é a possibilidade de usar conteúdos e cenários de aprendizagem que dêem uma visão integral da relação profissional/usuário, profissional/gestão, política/sociedade.

No caso da gestão dos sistemas e serviços de saúde, a integralidade é vista à luz do trabalho das equipes- se estas estão produzindo serviços integrais. Ou à luz das práticas dos profissionais - estas são integrais para os usuários.? Ou à luz das políticas públicas portanto do controle social- - como a sociedade pode controlar se o sistema de saúde ou a política pública é integral.?

Essas dimensões têm um campo prático e concreto que precisa ser bem conceituado, até para criarmos mecanismos de avaliação. O que significa pensar se a Integralidade está sendo de alguma forma buscada ou não.

Ou ainda refletir sobre três grandes conjuntos de sentidos do princípio de integralidade: O primeiro conjunto - se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS;

O segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços;

O terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde. (políticas públicas).

Art. 7º - Dos Princípios e Diretrizes - Lei 8.080)

II - “integralidade de assistência, 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”.

No contexto da reforma sanitária brasileira e da construção do SUS a Integralidade pode ser vista como uma bandeira de luta, como uma imagem objetivo (Mattos, R. A. de)

INTEGRALIDADE, no contexto do Sistema Único de Saúde pode ser vista como uma imagem objetivo, uma noção amálgama, com vários sentidos.

As noções de integralidade, assim como os demais princípios e diretrizes do SUS foram forjadas desde um lugar de oposição, a partir de uma crítica radical à *práticas, instituições e*

organização do sistema de saúde – seus sentidos vão refletir diversas dimensões desta crítica

INTEGRALIDADE como crítica a atitude médica fragmentária – Integralidade tomada a partir do referencial da Medicina Integral

INTEGRALIDADE como crítica a práticas dos profissionais de saúde – Integralidade tomada a partir do referencial da Medicina Preventiva

INTEGRALIDADE como modo de organizar as práticas, crítica aos programas verticais – Integralidade tomada como horizontalização dos programas

INTEGRALIDADE como modo de organizar o processo de trabalho em saúde – Integralidade tomada como oferta programada de atenção à saúde

INTEGRALIDADE como acesso às técnicas de diagnóstico e tratamento necessárias – Integralidade tomada como acesso a diversos níveis de atenção

INTEGRALIDADE como construção de políticas para dar respostas a problemas de saúde, articulação intra e intersetorial – Integralidade tomada como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas

INTEGRALIDADE usada para designar atributos e valores de:

Práticas de saúde

Modos de organizar os serviços de saúde

Políticas de saúde

INTEGRALIDADE COMO MARCA DE ALGUMAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Como podemos distinguir políticas que se pautaram pelo princípio da integralidade?

Construção da agenda de prioridades

Formulação de projetos estratégicos (características)

Articulação entre as diversas políticas

POLÍTICAS QUE GARANTAM / INDUZAM O ACESSO UNIVERSAL E IGUALITÁRIO A AÇÕES PREVENTIVAS E ASSISTENCIAIS

INTEGRALIDADE COMO CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PARA DAR RESPOSTAS A PROBLEMAS DE SAÚDE, ARTICULAÇÃO INTRA E INTERSETORIAL – INTEGRALIDADE TOMADA COMO AMPLIAÇÃO DO HORIZONTE DE INTERVENÇÃO SOBRE PROBLEMAS

1) INTEGRALIDADE como modo de organizar o processo de trabalho em saúde – Integralidade tomada como oferta programada de atenção à saúde e de garantia/ampliação do acesso.

Resultados esperados.

Estudo o marco legal (portarias, manuais, revistas, cadernos, outros) publicadas pelo Ministério da Saúde normatizando o PSF, verificando pontos de encontro entre os conteúdos legais e as ações de promoção da saúde ;

Fortalecer os laços entre instituições de pesquisa e formuladores da política de saúde, no Brasil e outros países sobre o tema modelo de atenção e promoção da saúde;

Realizar visita de estudos observatórios em municípios premiados na II Mostra Nacional do PSF, na condição de experiências exitosas - “boas práticas” no que se refere a promoção da saúde;

Sistematizar em um livro-registro as “boas práticas” desenvolvidas pelas Equipes do PSF, nos municípios premiados e nos casos de Cuba, Canadá, Espanha e México.