

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**LINA KARINA BERNAL ORDOÑEZ**

**Ações de saúde coletiva sob a perspectiva dos articuladores da atenção  
básica à saúde**

**São Carlos  
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**LINA KARINA BERNAL ORDOÑEZ**

**Ações de saúde coletiva sob a perspectiva dos articuladores da atenção  
básica à saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como um dos requisitos para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Linha de pesquisa: **Trabalho e gestão em saúde e enfermagem.**

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cássia Irene Spinelli Arantes.

**São Carlos**

**2015**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

B517as Bernal Ordoñez, Lina Karina.  
Ações de saúde coletiva sob a perspectiva dos  
articuladores da atenção básica à saúde / Lina Karina  
Bernal Ordoñez. -- São Carlos : UFSCar, 2015.  
115 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São  
Carlos, 2015.

1. Enfermagem. 2. Saúde pública. 3. Integralidade em  
saúde. 4. Saúde coletiva. 5. Atenção primária à saúde. I.  
Título.

CDD: 610.73 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

Folha de Aprovação

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Lina Karina Bernal Ordoñez, realizada em 20/02/2015:

---

Profa. Dra. Cassia Irene Spinelli Arantes  
UFSCar

---

Profa. Dra. Silvia Matumoto  
USP

---

Profa. Dra. Marcia Niituma Ogata  
UFSCar

## **AGRADECIMENTOS**

Sou eternamente grata ao meu pai Deus pelo seu infinito amor, misericórdia e fidelidade para comigo.

Aos meus pais Carlos e Sully, que apesar deles não estarem por perto fisicamente, sempre me senti abençoada com suas orações e sempre soube e senti o apoio, amor e força para eu empreender esse caminho e caminhar por ele sempre com fé e determinação.

Ao meu amado esposo Cristian, quem me faz abrir os meus olhos sempre para novos horizontes e novas possibilidades, por permitir-me sonhar e me ajudar a tornar esses sonhos realidade, por ser minha grande inspiração na caminhada da vida, por ser meu apoio e um grande companheiro.

À minha irmã, por me acompanhar nesse processo, mesmo estando distante fisicamente, sempre esteve presente com suas mensagens de apoio e de ânimo, pelo seu amor incondicional e por me lembrar sempre do afortunada que sou por tê-la como irmã.

À professora Dra. Cássia, quem desde o começo sempre se mostrou assertiva, disponível e paciente com meus e-mails em português, e me acolheu com a melhor disposição, sou muito grata, por ter me dado essa grande oportunidade, pela colaboração, orientação, sabedoria compartilhada, pela confiança e pelo carinho.

À professora Silvia Matumoto, por ter me acolhido no momento que precisei e pela sua colaboração.

À professora Márcia Ogata, pela sua colaboração e pelo aprendizado com ela.

Às docentes do PPGEnf- UFSCar, Giselle, Sônia, Mônica, Noeli, Simone e Silvia por terem contribuído nesse processo de aprendizado e reflexão.

Aos articuladores da atenção básica que participaram desta pesquisa, por me acolher e pelas suas contribuições.

Às minhas queridas companheiras de mestrado, Soraya, Flávia, Daiane, Paula, Chris e Jessica, que ao longo desse processo se tornaram amigas valiosas. Obrigada pela colaboração, amizade, por me ouvir e por todos os momentos compartilhados.

Muito obrigada a todos que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse fazer realidade esse, um dos meus sonhos.

**“No soy la única, pero aún así soy alguien.  
No puedo hacer todo, pero aún así puedo hacer algo;  
y justo porque no lo puedo hacer todo,  
no renunciaré a hacer lo que sí puedo”**

**—Helen Keller**

## RESUMO

Parte-se do pressuposto de que a atenção primária não tem conseguido modificar significativamente o modelo de atenção à saúde. O objetivo deste estudo foi analisar a incorporação de ações e tecnologias de saúde coletiva na produção da atenção primária à saúde em diferentes municípios do estado de São Paulo sob a perspectiva dos Articuladores da Atenção Básica. Trata-se de pesquisa qualitativa descritivo-exploratória. Os participantes do estudo foram os articuladores da atenção básica à saúde da RRAS 13. Para a coleta dos dados, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada e para a análise dos dados a análise de conteúdo temática de Bardin. Os resultados desta pesquisa estão apresentados na forma de três artigos, O primeiro artigo, intitulado “Atenção primária à saúde: percepções, saberes e experiências dos articuladores da atenção básica” discutiu as categorias: a atenção básica à saúde “não é ficar no básico do básico”; o articulador da atenção básica, profissional chave na aproximação e fortalecimento do vínculo entre estado, município e equipes de saúde; o programa de articuladores da atenção básica: uma iniciativa acertada. O segundo artigo “O desenvolvimento de ações de saúde coletiva na perspectiva de articuladores da atenção básica” discutiu as concepções que sustentam as ações de saúde coletiva; dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde coletiva; contextos facilitadores das ações de saúde coletiva; propostas para avançar na construção e desenvolvimento de ações de saúde coletiva. O terceiro artigo “Práticas de saúde coletiva na atenção primária” discutiu sobre práticas de saúde coletiva na atenção básica; e práticas de Vigilância em saúde. Os resultados evidenciaram que as equipes de saúde na atenção básica ainda atuam orientadas em grande parte pela rivalidade entre ações individuais e coletivas e pelo saber biologista. Os articuladores conseguiram identificar e reconhecer alguns contextos facilitadores e alguns dos elementos da saúde coletiva na prática das equipes na atenção básica. Assim como, faz-se necessário insistir na concepção e criação de novas estratégias e novas formas de produzir saúde, onde gestão, equipes de saúde, outros setores e a população se integrem para alcançar dita produção.

**Palavras-chave:** Integralidade em saúde, saúde coletiva, atenção primária à saúde.



## ABSTRACT

It starts from assumption that primary health care has not been able to significantly change the model. The objective of this study was to analyze the merger of shares and public health technologies in the production of primary health care in different cities in the state of São Paulo from the perspective of Organisers of primary care. This is a descriptive and exploratory qualitative research. Study participants were the organizers of basic health care for the RRAS 13. To collect the data, we used semi-structured interview technique and data analysis to thematic content analysis of Bardin. The results of this research are presented in the form of three articles, the first article, entitled "Primary Health Care: perceptions, knowledge and experience of the organizers of primary care" discussed the categories: a basic health care "is not staying on the base basic "; the articulator of primary care, professional approach and key in strengthening the link between state, county and health teams; the organizers of primary care program: a right initiative. The second article "The development of public health actions in articulating perspective of primary care" discussed the concepts that support the actions of public health; difficulties in the development of public health actions; facilitators contexts of public health actions; proposals to advance the construction and development of public health actions. The third article "public health practices in primary care" discussed collective health practices in primary care; and health surveillance practices. The results showed that the health teams have been building heterogeneously actions of public health in primary care.

**Keywords:** Completeness in health, public health, primary health care.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> - Rede Regional de Atenção à Saúde RRAS 13 com a respectiva Região de Saúde e Município .....	41
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhora do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
U.R.	Unidade de Registro
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

### APRESENTAÇÃO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO E OBJETIVOS</b> .....	12
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL</b> .....	18
2.1	Integralidade na atenção à saúde .....	18
2.2	Saúde coletiva e a corrente da vigilância em saúde .....	21
2.3	Atenção primária à saúde: conceitos e práticas .....	28
2.4	O processo de trabalho das equipes da atenção básica à saúde .....	34
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	39
3.1	Tipo de estudo .....	39
3.2	Cenário e local de estudo.....	40
3.3	Sujeitos de estudo.....	41
3.3.1	Etapas do trabalho de campo .....	42
3.4	Análise dos dados .....	44
3.5	Aspectos éticos .....	46
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	48
4.1	ARTIGO 1. Atenção primária à saúde: percepções, saberes e experiências dos articuladores da atenção básica .....	48
4.2	ARTIGO 2. O desenvolvimento de ações de saúde coletiva na perspectiva de articuladores da atenção básica.....	63
4.3	ARTIGO 3: Práticas de saúde coletiva na atenção primária .....	80
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	97
	<b>APÊNDICES</b> .....	111

# **1- INTRODUÇÃO E OBJETIVOS**

---

## 1 INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A atenção primária à saúde ou atenção básica à saúde, como tem sido denominada no Brasil, caracteriza-se como um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que abrangem a promoção, proteção e manutenção da saúde; e a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos à saúde. Deve ser desenvolvida por meio de práticas de gestão participativa, na lógica do trabalho em equipe, com atuação em territórios delimitados e com responsabilidade sanitária. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade fundamentando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASILa, 2006).

Com vistas à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária, o Ministério da Saúde implantou em 1994, o que atualmente é denominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerando-a como eixo estruturante da atenção à saúde. A ESF toma como foco a família no seu espaço físico e social, proporcionando à equipe de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e abrindo possibilidades de intervenções para além das práticas curativas (BRASILa, 2006).

As diretrizes da ESF valorizam os princípios da territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade (SOUSA, 2000).

Com isso impõe-se uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, com o compromisso de uma atenção à saúde universal, integral, equânime, contínua e resolutiva, por meio da identificação das necessidades e problemas de saúde aos quais a população está exposta e da intervenção de forma adequada. A ESF propõe-se a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário e da família, por meio da criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como direito à cidadania (SOUSA, 2000).

Sendo um projeto estruturante, a ESF deveria provocar uma transformação interna do sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços

de saúde, na direção da integração das ações de saúde coletiva e de atenção individual, além das práticas assistenciais e educacionais. Para tal, há necessidade de transformar os processos de trabalho que deveriam ultrapassar a dimensão individual e buscar a compreensão do indivíduo na sua totalidade, incluindo o protagonismo social e enfocando o núcleo familiar como alvo das ações e serviços (GIOVANELLA et al, 2009; ROSA e LABATE, 2005).

Analisando o que tem sido evidenciado no contexto real de quase 20 anos de sua implantação, a ESF como forma prioritária de implementação da atenção primária à saúde no Brasil não tem conseguido modificar substancialmente o modelo de atenção à saúde. As mudanças no modo de se produzir o cuidado à saúde na atenção primária tem sido construídas lentamente e referem-se principalmente à aproximação do serviço de saúde da população (SHIMIZU, ROSALES, 2009).

As equipes de saúde na atenção primária apresentam dificuldades para organizar e produzir ações de saúde coletiva que, em grande parte, são de caráter intersetorial, bem como para estimular a participação popular. Ainda estão se desenvolvendo ações de saúde individual mais do que ações de saúde coletiva, prevalecendo assim o modelo de saúde tradicional e hegemônico. (MASSUDA, 2008).

Há necessidade de se ampliar os meios de intervenção em saúde coletiva para além de vacinas e restrições comportamentais e co-construir com a comunidade envolvida, projetos de intervenção sobre saúde/doença voltados a situações de risco e vulnerabilidade da coletividade (CAMPOS, 2006). As ações de saúde coletiva precisam continuar a ser construídas, produzidas e avaliadas pelas equipes de saúde da família, bem como fazer parte do processo de formação dos profissionais de saúde e, dessa forma, contribuir com a transformação do modelo de atenção, particularmente na atenção primária.

O enfermeiro possui atuação relevante dentro das equipes propondo, organizando, desenvolvendo e avaliando ações de saúde coletiva, porém, ainda apresenta muitas limitações, pois embasa-se predominantemente em conhecimentos tradicionais da epidemiologia, da educação e da clínica (FORTUNA et al., 2011).

As ações de saúde coletiva são potentes para identificar o cotidiano do trabalho em saúde e para o desenvolvimento de ações que consistem

especificamente na construção do diagnóstico de saúde do território, promoção da saúde, participação e controle social, monitoramento e avaliação do processo de trabalho e cuidado em saúde, educação em saúde e gestão de ações intersetoriais (FORTUNA et al., 2011).

Segundo Arantes e Verardino (2011), estudo realizado em um município do interior de São Paulo evidenciou que as ações de saúde coletiva para os enfermeiros da ESF ocorrem, principalmente, por meio dos grupos educativos, campanhas e mutirões. Somente alguns profissionais apontam para a importância da territorialização e levantamento da situação de saúde para identificação das necessidades e planejamento das ações de saúde coletivas.

Shimizu e Rosales (2009) apontam que é muito importante que as equipes de saúde na atenção primária tomem como objeto de trabalho as necessidades de saúde e seus determinantes e organizem a atenção de forma a incluir não apenas as doenças e suas complicações, mas também ações que atuem sobre as causas, como: condições de vida, trabalho e lazer.

No entanto, as ações de saúde coletiva para atender às necessidades identificadas se referem quase sempre ao uso de tecnologias educativas voltadas principalmente a grupos de pessoas com determinada patologia. Neste sentido, as práticas de saúde precisam avançar na combinação de outras tecnologias de cuidar, superando a linha estruturada da doença para construir novas linhas de cuidado e incorporar na ação grupal elementos que incentivem a reivindicação social e a busca por melhores condições de vida e saúde (ABRAHÃO; FREITAS, 2009).

Uma limitação a ser estudada é como incorporar à saúde o uso de tecnologias que visem à mobilização da sociedade e levem os profissionais de saúde a construírem parcerias com sujeitos sociais (usuários), visando à participação social e à construção de ações intersetoriais essenciais na concretização do conceito ampliado de saúde (SHIMIZU; ROSALES, 2009).

O enfermeiro, assim como a equipe de saúde, precisa ampliar seus instrumentos de trabalho e aprender a utilizá-los nas ações voltadas às necessidades coletivas na ESF (ERMEL; FRACOLLI, 2006 e FORTUNA et al., 2011).

Estudo realizado por Shimizu e Rosales (2009) com uma equipe de saúde da família do Distrito Federal, evidenciou que a saúde de indivíduos e coletivos é tomada como objeto de trabalho, mas, a saúde ainda é atendida segundo



necessidades inerentes ao modelo biológico, o que tem resultado no desenvolvimento de uma atenção focalizada e fragmentada, revelando que é preciso ampliar a compreensão e a atuação sobre o processo saúde-doença da população, “a partir de um diagnóstico mais amplo de suas necessidades físicas, psicológicas, sociais, econômicas e culturais” (SHIMIZU; ROSALES, 2009, p.428).

Na busca de melhorar a atenção básica à saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo criou em 2009, o programa de Articuladores da Atenção Básica. Esse programa se propõe a apoiar os municípios que contam com menos de 100 mil habitantes, visando auxiliar os gestores municipais na identificação de problemas e necessidades, assim como na formulação de possíveis soluções e alternativas de atuação para a melhora da Atenção Básica (AB) (SÃO PAULO, 2010).

O programa de Articuladores da AB tem como objetivos principais: promover apoio ao Plano de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito local e regional, assessorar o desenvolvimento de ações e propostas de melhoria da qualidade da AB junto aos gestores municipais, elaborar ações de avaliação e monitoramento da AB em conjunto com os municípios e apoiar o fortalecimento da capacidade de gestão municipal (SÃO PAULO, 2010).

Tendo em vista a proximidade que os Articuladores possuem em relação aos gestores e equipes de saúde da AB de diferentes municípios do estado de São Paulo, formulou-se, então, o seguinte questionamento: como os articuladores da atenção básica analisam a incorporação de ações de saúde coletiva pelas equipes de saúde da atenção básica nos municípios que atuam?.

Dessa forma, essa investigação pretende contribuir para elucidar aspectos sobre a produção de ações de saúde coletiva planejadas e ofertadas pelas equipes de saúde da atenção básica na perspectiva dos articuladores, tomando como suporte referenciais teóricos da Saúde Coletiva e buscando apreender as percepções e experiências dos articuladores da atenção básica.

Parte-se do pressuposto, que a atenção primária à saúde como forma prioritária de implementação da saúde no Brasil não tem conseguido modificar significativamente o modelo tradicional de atenção à saúde para um modelo de atenção à saúde mais integral, assim como, as equipes de saúde apresentam dificuldades para organizar e produzir ações de saúde coletiva.

Para condução desta investigação, foram elaborados os seguintes objetivos:

### **Objetivo geral**

Analisar a incorporação de ações de saúde coletiva na produção da atenção primária à saúde em municípios do estado de São Paulo sob a perspectiva de Articuladores da Atenção Básica.

### **Objetivos específicos**

- Apreender as concepções dos articuladores da atenção básica sobre saúde coletiva na atenção primária à saúde.
- Identificar ações de saúde coletiva desenvolvidas no trabalho das equipes de saúde de diferentes municípios.
- Descrever os contextos em que essas ações de saúde coletiva são desenvolvidas pelas equipes de saúde.

## **2- REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEITUAL**

---

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

### 2.1 Integralidade na atenção à saúde

O Brasil vem consolidando uma constante luta na busca da substituição de um sistema de saúde com um modelo hegemônico centrado na visão da pessoa como um objeto ou como uma doença, conduzindo a uma hipervalorização da assistência curativa, hospitalar e superespecializada; por um modelo de assistência à saúde mais holístico que consiga enxergar a pessoa de uma maneira integral e universal (GONZALÉZ;ALMEIDA, 2010).

Um modelo capaz de garantir a resolutividade das necessidades e problemas não só de indivíduos se não, de coletivos oferecendo satisfação, respostas e atenção de qualidade; atenção integral não faz referência só a manter o corpo físico de uma pessoa funcionando, é, além disso, abranger as necessidades dessa pessoa de uma maneira ampliada (GONZALÉZ; ALMEIDA, 2010); Desde uma perspectiva que procure constantemente relacionar o aspecto técnico aos aspectos humanistas da atenção à saúde (AYRES, 2004).

Nesse sentido, a integralidade se estrutura como um dos princípios doutrinários do SUS. A origem da integralidade como princípio, vem desde o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira acontecida nas décadas de 70 e 80, na luta por melhores condições de vida, pela formulação de políticas de atenção aos usuários e por melhores condições de trabalho na saúde (PINHEIRO,2009).

Embora para efeitos legais, a definição de integralidade segundo González e Almeida (2010) seja descrita como a *“integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, em cada caso nos níveis de complexidade”* (p.759); Num estudo de Gonzalez e Almeida (2010), expressa que para usuários do SUS, integralidade pode significar um trato digno e respeitoso por parte dos profissionais da saúde, qualidade na atenção e nas ações de saúde, escuta, acolhimento e vínculo com os mesmos.

Desse modo, a integralidade vai adquirindo inumeráveis significados e sentidos dependendo de cada pessoa. Para Mattos (2004), por exemplo, integralidade é um conjunto de características do sistema de saúde, das instituições

de saúde e das práticas desenvolvidas nelas, e a associa com uma transformação da realidade, voltando a uma sociedade mais justa e solidária.

Mattos (2001) aborda a integralidade na saúde a partir de três conjuntos de sentidos: integralidade como um traço da boa medicina, integralidade como organização das práticas e como políticas especiais.

O primeiro sentido, “integralidade como um traço da boa medicina”, apresenta a integralidade como um valor que deve ser defendido e mantido pelos profissionais da saúde nas suas práticas e faz referência à forma como os profissionais atendem e dão resposta a cada um dos pacientes que procuram por eles. A integralidade tem a ver com a atitude dos profissionais que se denomina como uma atitude desejável, pois seria a recusa em reduzir ao paciente a um aparelho biológico ou a uma doença que traz sofrimento e dor (MATTOS, 2001).

Este sentido nasceu motivado pela crítica e recusa ao fato da fragmentação dos pacientes por parte dos profissionais, atitude que se evidencia na atenção ligada unicamente ao funcionamento do sistema ou aparelho; trazendo como consequência aos profissionais da saúde, a impossibilidade de conhecer e apreender as necessidades reais dos seus pacientes (MATTOS, 2001).

Deste ponto de vista, se conclui que quando os profissionais da saúde reduzem a atenção em saúde baseando-se no sinal e sintoma, e ignorando a subjetividade de cada pessoa, a atenção em saúde deixa de ser integral, por não ser mais uma troca, uma relação entre profissional e paciente, o ato de ouvir, de dar atenção ao que refere o paciente é levado a um segundo plano, e isso faz com que a atenção em saúde se afaste cada vez mais do que se entende por integralidade (FERREIRA; VARGAS; AMARAL et al., 2006).

Pinheiro (2009) aponta que a integralidade está no encontro, na conversa, no vínculo, na capacidade do profissional reconhecer necessidades que não são manifestadas. Não se pode chegar à integralidade quando o encontro paciente-profissional só esteja dominado pelo poder sobre o outro, não é possível se o profissional não escuta, não sente, e não tem uma visão ampla para enxergar ou que não é visível (FERREIRA; VARGAS; AMARAL et al., 2006).

Neste sentido, se propõe também que o conhecimento técnico dos profissionais não pode limitar-se só ao reconhecimento e enfrentamento de doenças que têm os seus sintomas e sofrimentos evidenciados, é também ter a capacidade de se antecipar às manifestações e ao sofrimento da doença e de reconhecer os

fatores de risco aos que está exposto o paciente o que faz com que a probabilidade de adoecer seja maior, e isso, é integralidade também (MATTOS, 2001).

Mattos (2001) associa essa proposta de antecipação à aparição das doenças como prevenção, pois estende as possibilidades de usar os conhecimentos técnicos para regular também, aspectos da vida social e do entorno dos pacientes; propondo através da prevenção de doenças, e também a promoção de hábitos, comportamentos e estilos de vida saudáveis, guiando o atuar do profissional por um caminho até conseguir uma abordagem mais abrangente dos pacientes os quais procuram o sistema de saúde.

Cabe ressaltar que esta dimensão da integralidade, se expressa na capacidade do profissional de responder à demanda espontânea dos pacientes, mas de um modo articulado com ações e procedimentos preventivos. Para os serviços e instituições de saúde isso significa criar e adotar processos coletivos de trabalho que possam oferecer para além das ações de assistência, ações voltadas à prevenção, então não é só responsabilidade de um profissional isoladamente, é responsabilidade de todo o sistema se se quer que a atenção em saúde seja efetiva e eficaz e este mais perto de alcançar um atendimento da saúde integral (MATTOS, 2004).

Refere-se agora ao segundo sentido da integralidade descrito por Mattos (2001), integralidade como modo de organizar as práticas. Este sentido faz referência ao modo como estão organizados os serviços de saúde e as práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais, também propõe uma articulação entre assistência e as práticas de saúde pública.

Aqui, a noção de integralidade exige horizontalização dos programas e linhas de cuidado instituídos pelo Ministério da Saúde nos quais estão inseridos os pacientes com, por exemplo, o programa de diabetes, programa de tuberculose, dentre outros. Agora as equipes de saúde devem começar a pensar suas práticas desde o horizonte das necessidades próprias da população que estão atendendo, e não mais desde uma visão exclusiva da sua inserção num programa específico (MATTOS, 2001).

Outro ponto que está vinculado neste segundo sentido é a não aceitação de que os serviços de saúde estejam organizados somente para responder e atender doenças, é certo que tem que responder a tais doenças sim, mas os

serviços tem que estar organizados de tal forma que façam uma apreensão ampliada das necessidades da população (MATTOS, 2001).

A partir dessa reflexão, a integralidade se manifesta como um modo de organizar os serviços que esteja sempre aberto frente aos usuários, aberto para detectar as necessidades não expressas explicitamente pelos usuários e esta é uma característica que deve ser incorporada em cada profissional. A integralidade desde este ponto de vista surge como princípio de organização constante do processo de trabalho nos serviços de saúde, caracterizado pelo contínuo esforço do reconhecimento da realidade onde estão inseridos os usuários (MATTOS, 2001).

Por último, esta o terceiro sentido da integralidade descrito por Mattos (2001) como integralidade e políticas especiais. Sentido este que faz referência às políticas que foram e são desenhadas especificamente para atender e dar respostas a determinados problemas no âmbito da saúde que afetam à população (PINHEIRO, 2009).

Quando se quer orientar a organização tanto das práticas, como dos serviços e das políticas em saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, diretamente da melhor fonte que é a própria população, interrogar e planejar juntos com eles sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades (MATTOS, 2001).

A incapacidade de se estabelecer uma relação com o outro resulta em reducionismo, e ainda existem profissionais da saúde com dificuldades para enxergar as pessoas como sujeitos portadores também de desejos, ilusões, aspirações e sonhos, e acabam confinando-se na visualização dos sujeitos como se eles fossem somente portadores de doenças (MATTOS, 2001).

## **2.2 Saúde coletiva e a corrente da vigilância em saúde**

Historicamente, a saúde coletiva tem suas origens junto com o princípio da integralidade da atenção em saúde nos anos 70, como uma corrente de pensamento e como movimento social, envolvendo uma discussão e organização que a tornou como aspecto principal da reforma sanitária Brasileira, quando o modelo biomédico hospitalocêntrico não conseguia dar solução aos problemas de saúde da população nessa época, dando passo à aparição de novos projetos e

propostas que romperam com o paradigma hegemônico e deram novas alternativas para o sistema de saúde (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006).

Por isso, tem que se falar de saúde coletiva, pois está muito ligada com a definição da integralidade do SUS, no sentido que abrange um conjunto de ações e práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, todas elas se articulam e se manifestam na academia, nas instituições prestadoras de serviços de saúde, dentre outras. A saúde coletiva na sua concepção almeja dois temas chaves: a determinação social do processo saúde-doença e o processo de trabalho em saúde (CARVALHO, 2005).

Por tanto, a saúde coletiva define como seu objeto de intervenção “a saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, castas, classes sociais, populações. Nada que se refira à saúde do público, por conseguinte, será estranho à saúde coletiva” (PAIM; ALMEIDA, 1998, p. 61).

A saúde coletiva visa intervir nas condições sociais que produzem as doenças, contribuindo com o estudo do processo saúde-doença em populações, investigando a produção e distribuição das doenças na população, analisando as práticas sociais, enfim, busca compreender as formas em que a sociedade identifica seus problemas e necessidades de saúde, e como ela se organiza para enfrenta-los. Busca, assim, fazer um diagnóstico das necessidades reais de uma população dando base para um planejamento de ações de saúde coerentes com as necessidades identificadas (CARVALHO, 2005).

A saúde coletiva além de garantir a provisão de serviços assistenciais, ela, procura também, atuar na esfera da macropolítica visando melhorar as condições sociais que produzem as doenças, frente a isso, propõe ações que modifiquem as formas de produção dos serviços de saúde (CARVALHO, 2005).

Nesse sentido e na procura de organizar as formas de agir na saúde coletiva, se cria a corrente da vigilância em saúde. Essa proposta surgiu, pois despertou-se a necessidade de ampliar as ações no sentido de incluir não só ao ser humano como indivíduo, mas também como sujeito social, político e cultural, num modelo de assistência descentralizado na busca da atenção integral e holística do sujeito, coletivos e contextos nos quais estão imersos (FARIA; BERTOLOZZI, 2009).

Partindo do conceito do processo saúde-doença como um processo que é determinado socialmente, a vigilância em saúde é uma proposta de reorganização das práticas em saúde, fazendo necessário ir além das ações preventivas



resultantes do conhecimento profissional, ficando claro que as ações em saúde tem que ser construídas e planejadas considerando o conhecimento popular e a participação da comunidade identificando junto com eles os problemas e necessidades do território, planejar ações, implementá-las e avaliá-las, processo este que se faz conjuntamente por meio do trabalho em equipe (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

Segundo Teixeira; Paim; Vilasboas (1998), a finalidade do processo de trabalho da vigilância em saúde compreende três pilares fundamentais, sendo estes a promoção de condições e modos de vida saudáveis, prevenção e controle de riscos e danos à saúde e o ato de cuidar, tratar e assistir tanto indivíduos quanto coletivos e contextos (ambiente). Esta autora também descreve que entre os agentes das práticas da vigilância em saúde se incluem as equipes de saúde (profissionais de saúde), organizações, famílias e populações.

Alguns autores referem-se ao modelo da vigilância em saúde desde os seguintes pressupostos: território, intersetorialidade, integralidade, hierarquização e enfoque por problemas segundo o descreve Marques e Lima (2004), e por integralidade neste modelo, as autoras o definem como a implementação de ações que superem o modelo centrado nos atos médicos, os procedimentos e as especialidades fragmentadores do ser humano, por uma diretriz onde seja possível a relação entre as diversas áreas do conhecimento e entre ações intersetoriais, fazendo uso de toda a tecnologia visando na melhoria da qualidade de vida, dos atendimentos das reais necessidades e problemas de saúde dos indivíduos e do coletivo, cenário por meio do qual, se permite afirmar que a vigilância em saúde é uma ferramenta do sistema de saúde nacional na busca por alcançar a integralidade nas práticas de saúde no sentido que dentre suas ações, articula todas as características pelas quais foi definido o princípio de integralidade (ações de prevenção, promoção da saúde e assistência) (MARQUES; LIMA, 2004).

Com base nesse cenário, a vigilância em saúde compreende as seguintes características: conhecimento situacional do território, planejamento e desenvolvimento de ações baseadas nesse conhecimento territorial, intervenção em problemas de saúde (riscos, determinantes e danos), articulação das ações de promoção da saúde, prevenção da doença e cura da mesma, integração de ações intersetoriais e monitoramento e avaliação dessas ações (PAIM, 2003).

Sendo a definição do Território um dos pressupostos da mencionada corrente, este é chamado também de Distrito Sanitário e não é mais do que um espaço em permanente construção, onde diferentes atores estão em permanente tensão produto da dinâmica social, onde Carvalho (2005) o define como “um território pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos. Mais do que um território solo ele é, ademais, território econômico, político, cultural e epidemiológico”; Aqui, a vigilância em saúde considera importante organizar o território segundo critérios de necessidades e das capacidades de intervenção (CARVALHO, 2005, p. 115).

Como estratégia, a vigilância em saúde propõe um deslocamento da ênfase em serviços assistenciais em direção ao enfrentamento real dos problemas relacionados com as condições de vida da população que reside no território delimitado. Para tal fim, preconiza que os serviços devem priorizar o atendimento das necessidades de saúde da população num dado território substituindo o atendimento só da demanda espontânea da clientela, por um atendimento com uma oferta de serviços organizada (CARVALHO, 2005).

Mattos (2004) aponta que existe então, a necessidade da realização de um diagnóstico situacional, com o fim de compreender o contexto específico da população, adotando uma postura de identificação ampliada das necessidades em saúde e isto é uma característica da integralidade que nos leva à questão da contextualização; Já que, “defender a integralidade nas práticas é defender que nossa oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro entre os profissionais e a população” (p. 1414).

Budó et al., (2006) entendem o diagnóstico situacional como o conhecimento do contexto demográfico, sociocultural, político, econômico e sanitário da população, com o objetivo de organizar a atenção em saúde de tal modo que seja adequado e conseqüente com as necessidades locais detectadas, e então, fala-se de novo do diagnóstico de saúde como ferramenta que permite aos profissionais da saúde conhecer a dita realidade populacional.

Como dito anteriormente, uma das finalidades do processo de trabalho da vigilância em saúde é a promoção de condições e modos de vida saudáveis, por isso, a partir da década de 1990, estão sendo incorporadas ao ideário da vigilância em saúde estratégias da promoção da saúde com projetos como o de Cidades Saudáveis (CARVALHO, 2005).

A promoção da saúde constrói-se no campo da saúde coletiva como referência teórica para a transformação das ações e para a melhoria das condições de vida e saúde das populações (SILVA et al., 2009).

A promoção da saúde envolve como atividades fundamentais a educação em saúde e ações articuladas do governo visando melhorar as condições de vida da população, inclui também, ações sobre o meio ambiente, estilos de vida além de ações assistenciais, trazendo um reforço à importância da ação ambiental e enfatiza a mudança do estilo de vida (WESTPHAL, 2006).

Tem como objetivo final oferecer ao indivíduo e coletivos as ferramentas suficientes e os meios necessários para serem eles mesmos protagonistas na melhoria da sua qualidade de vida, e exercer um melhor controle sobre a mesma sendo responsáveis principais pela sua saúde (DEMARZO, 2012) e segundo Westphal (2006), os princípios da promoção da saúde são: a concepção holística de saúde, a equidade social, a intersetorialidade, a participação social e a sustentabilidade.

Na conjuntura atual, com muitas desigualdades sociais, a promoção da saúde enfatiza a relevância dos determinantes sociais, buscando a construção de modelos de atenção que ultrapassem o modelo médico curativo vigente e destaca, ainda, que a saúde coletiva aponta para a necessidade de discussão sobre essa nova concepção de saúde com gestores, profissionais da saúde e sociedade (SILVA et al., 2009).

Entende-se que:

“a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas” (BRASILb, 2006, p.12).

Tendo em conta o anterior, a promoção da saúde busca aumentar e melhorar a saúde e o bem-estar da população de um modo geral. Possui um enfoque mais abrangente e incluindo à população, pois parte da identificação dos determinantes sociais e os enfrenta procurando a transformação deles num sentido mais favorável para a saúde de dita população.

Assim, para promover a saúde é necessária a cooperação intersetorial e a articulação de diferentes ações, tais como educação, lazer, habitação, transporte, planejamento urbano, legislação, serviço social, emprego, entre outras (SILVA et al., 2009).

Com relação à relevância científica desse tema, pode-se dizer que ainda persiste o desafio de se organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa “e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na política nacional de promoção da saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade” (BRASIL, 2006, p.12).

Partindo de que o SUS contempla a participação social como um dos seus princípios e também como ação da saúde coletiva, a participação social pode ser conceituada como a produção de necessidades da vida cotidiana pelos seus protagonistas, por meio de compartilhamento de poder e da construção de um processo político pedagógico para conquista da cidadania e de fortalecimento da sociedade civil (SILVA; EGYDIO; SOUZA, 1999). Os espaços que estão pública e legalmente instituídos no âmbito do SUS para o exercício da participação e controle social são as conferências e os conselhos de saúde, tais espaços encontram-se regulamentados na Lei 8.142/90 (COELHO; JORGE; GUIMARÃES, 2009).

Neste sentido, a participação está articulada ao conceito de empoderamento que significa o fortalecimento dos indivíduos e coletividades para que exerçam seus direitos e sejam capazes de interferir nas suas condições de vida e saúde (WESTPHAL, 2006).

Segundo Carneiro et al. (2012), a participação social é uma condição para conhecer de perto as necessidades e identificar os problemas relacionados à saúde de determinada população, chamado este de Diagnóstico de saúde do território, e assim, podem-se construir em conjunto as ações e planos de intervenções adequadas à realidade local. Sendo essas ações mais efetivas na resolução de problemas do que as ações impostas e criadas isoladamente sem ter em conta a conscientização e compromisso da população.

A participação social além de contribuir no controle da oferta e distribuição dos serviços públicos e de saúde, contribui também na criação e fortalecimento do

vinculo e canais relacionais entre trabalhadores, usuários e comunidade, por tanto, contribuindo indiretamente na implementação de tecnologias leves e leves-duras, e vistas como uma permanente necessidade para a melhora da atenção e a transformação efetiva e positiva das realidades no campo da saúde coletiva (CARNEIRO et al., 2012).

Coelho (2012) aponta que quando a população se envolve, permite-se a ela mesma se apropriar da sua saúde e estimula na geração de uma consciência sanitária que se evidencia também em outras questões sociais.

Mas, são poucos os profissionais da saúde que entendem e expressam que a construção do cuidado coletivo se faz em cooperação com o outro, com o usuário, com a família, com a comunidade; que a saúde coletiva vai além da somatória de indivíduos que devem ser controlados para mudar e transformar o nível de saúde delas (FORTUNA et al., 2011).

Considera-se que é no tecer mútuo, com o outro que ressurgem modos de invenção, co-criação e co-produção de cuidado coletivo. Precisam-se articular os saberes técnicos e os saberes populares, identificando com a mesma população as suas necessidades, planejando e desenvolvendo juntos, atividades de cuidado coletivo, alcançando transformações e mudanças da realidade (FERRAZ; AERTS, 2005).

Contudo, a corrente da vigilância em saúde vem contribuindo na consolidação do SUS mediante o desenvolvimento prático de ações que o levam cada vez mais perto da integralidade. É através dela que a população pode perceber concretamente, a mudança do sistema de saúde do Brasil (CARVALHO, 2005).

Poderia se dizer que, a vigilância em saúde assume a responsabilidade pela qualidade e integralidade da assistência em saúde, é responsável também, pela disponibilização e oferta aos usuários de todas as tecnologias necessárias, por exemplo, consulta individual, educação em saúde, atendimento domiciliar, trabalhos comunitários, ações programáticas, ações de vigilância e o acolhimento, visando a facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e o seu recorrido dentro dele, de modo que seja efetivo, eficiente e eficaz (CARVALHO, 2005).

Cabe dizer que a saúde coletiva é um movimento que vem se modificando no sentido de conseguir cada vez mais estratégias que logrem incorporar a complexidade do social no seu sujeito, que neste caso é a pessoa, o indivíduo influenciado pelos determinantes macrossociais e que a produção da

saúde passa pela garantia do desenvolvimento de ações integrais que procurem a prevenção, cura, reabilitação e promoção da saúde individual e coletiva (CARVALHO, 2005).

Contudo, consideram-se aqui como ações de saúde coletiva todas as descritas nesse contexto anteriormente discutido, a saber: a elaboração do diagnóstico situacional do território, promoção da saúde, promoção da participação e controle social, gestão de ações intersetoriais e monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

### **2.3 Atenção primária à saúde: conceitos e práticas**

A atenção primária à saúde (APS) é um dos níveis em saúde que tem que se comprometer com o cumprimento do princípio de integralidade, pois é definida como o nível de atenção que se ocupa tanto da assistência quanto da prevenção e estas ações são operacionalizadas segundo as necessidades mais frequentes ou comuns de certa população (MATTOS, 2004).

A atenção primária à saúde teve a sua origem no chamado relatório Dawson em 1920, documento formulado no governo Inglês que planteou a ideia da atenção primária como forma de organização dos sistemas de saúde, contrapondo-se ao modelo de saúde flexneriano americano com ênfase curativo, baseado no reducionismo ao corpo físico e biológico e à atenção individual, pelo tanto, a ideia da atenção primária, constituiu o modelo de atenção inglês, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e a pouca resolutividade da mesma (FAUSTO; MATTA, 2007).

No referido relatório de Dawson, organizou a atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. A estratégia era que a maior parte dos problemas de saúde deviam ser resolvidos pelos médicos generalistas que atuavam nos centros de saúde primários e os serviços domiciliares. Naqueles casos onde os médicos não conseguiam solucionar com os recursos dispostos nesse nível de atenção, deviam ser encaminhados aos centros de saúde secundários onde se encontravam os especialistas de várias áreas de atuação ou encaminhar para os hospitais aqueles

casos que precisassem de cirurgia ou internação. Essa organização denominou-se de hierarquização dos níveis de atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Foi assim que, essa proposta elaborada pelo governo inglês, influenciou a todo o mundo nos seus sistemas de saúde e definiu duas características básicas da atenção primária. A primeira característica faz referência à regionalização onde defende a organização dos serviços de saúde de forma a atender as diversas regiões nacionais, tendo em vista a identificação das necessidades de saúde de cada região. A segunda característica faz referência à Integralidade dando fortaleza à indissociabilidade entre ações preventivas e curativas (FAUSTO; MATTA, 2007).

Na década de 1970, começaram a ser parte da esfera governamental programas dentro da linha da atenção primária e desta forma ganha destaque na Organização Mundial da Saúde (OMS) sendo essa uma das principais agências difusoras desta proposta. Tais programas se conheceram como de extensão de cobertura e estavam baseados no planejamento de ações que todos os serviços de saúde deveriam estar capacitados para provê-los. No centro de tais ações encontravam-se a atenção médica, a prática da promoção da saúde era fundamentalmente impulsionada por pessoas vinculadas à própria comunidade, treinadas pelos profissionais da saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Desde a conferência de Alma-Ata em 1978, vem-se buscando uma definição para a atenção primária à saúde, nesse documento, estão descritas as ações mínimas e necessárias para o desenvolvimento da APS: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças comuns; fornecimento de medicação essencial (FAUSTO; MATTA, 2007).

Já dentro do contexto Brasileiro, na década dos anos 80 com a oitava Conferência Nacional de Saúde, que concebeu a maior reforma sanitária do Brasil, se definiram múltiplas modificações ao então sistema de saúde Brasileiro, ampliou-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo os conceitos de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1986).

Nessa conferência definiu-se saúde como resultado das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, educação, trabalho, emprego, lazer, transporte, liberdade, acesso e posse da terra e aos serviços de saúde, e definiu-se as formas de organização social da produção como aquelas que podem engendrar

grandes desigualdades nos níveis da vida. Assim, a saúde define-se num contexto histórico de determinada sociedade e num momento determinado do seu desenvolvimento, devendo ser a saúde uma conquista da própria população por meio das suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986).

Nesse contexto, a APS no Brasil define-se como um conjunto de ações de saúde tanto individuais como coletivas, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do trabalho em equipe, dirigida a população de territórios bem delimitados pelos quais é responsável de sua situação sanitária resolvendo os problemas de saúde mais comuns da sua população, utilizando tecnologias de elevada complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamentos) (BRASIL, 2011).

Na década de 1990 com a implementação do SUS, a APS começou a ser denominada também de Atenção Básica (AB), passou a ser uma política primordial de âmbito nacional e pela sua organização, se constitui como o primeiro contato entre o usuário e o SUS. A AB está orientada pelos princípios de universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2011).

A AB visualiza o sujeito na sua singularidade, na sua complexidade, na sua integralidade e na sua inserção sócio- cultural. Partindo dessa premissa, a AB se avalia com base nos seguintes quatro atributos essenciais: primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, continuidade ao longo do tempo, integralidade e coordenação da atenção. Além, Matta e Ruiz (1993) citados por Fausto e Matta (2007), propõem a intersetorialidade como um outro atributo da AB, tendo em conta que a saúde é a resultante de múltiplos fatores o que exige a articulação de ações de diversos setores da sociedade.

Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Básica que coloca a Estratégia Saúde da Família como estratégia de fortalecimento da atenção primária à saúde (BRASIL, 2011).

Na Política Nacional de Atenção Básica referenda que na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a AB deve cumprir as seguintes funções: ser base, ser resolutive, coordenar o cuidado e ordenar a rede. Como coordenadora do cuidado também, elabora, acompanha e gera projetos terapêuticos, acompanha e organiza o fluxo de usuários entre os pontos de atenção das RAS, contribuindo para que o



planejamento e programação das ações e serviços de saúde se fundamentem nas necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011).

Na busca pela reorganização do modelo de assistência à saúde, no Brasil se criou a Estratégia Saúde da Família (ESF) com o objetivo de ordenar e reorientar as ações em saúde da atenção básica estimulando e fomentando a articulação das ações de cuidado tanto individual quanto coletivas, ações estas que desde a história têm sido limitadas à prevenção da doença, promoção de estilos de vida saudáveis, curar a doença e reabilitação da mesma (BRASIL, 2011).

A ESF traz como aspecto inovador o fato de não ficar dentro das paredes da unidade realizando o trabalho só lá dentro se não o desenvolvimento do trabalho nas ruas, no território, junto com as famílias, a comunidade, fortalecendo o diálogo e o vínculo com a população junto com as possibilidades de co-responsabilização a partir da compreensão mesma do contexto social de aquele território (FEUERWERKER, 2005).

A ESF ao originar-se como forma de reorganização da atenção primária à saúde assume como foco e objeto de atenção à família com todas suas características sociais e contextuais, frente ao qual, a estratégia inclui a participação e integração da comunidade ao sistema de saúde e às políticas públicas como princípio a ser cumprido e respeitado (COELHO; JORGE; GUIMARÃES, 2009).

Segundo a portaria 676 GM/MS (03/06/2003), a AB se desenvolve em um território específico que compreende além da área geográfica, as relações sociais, econômicas e culturais estabelecidas no interior de aquele território.

A AB conta com ferramentas que potencializam a integralidade das ações em saúde, tais ferramentas são o acolhimento e o vínculo com as equipes. O acolhimento possibilita a personalização da atenção, além de concretizar um cuidado que vise superar o monopólio tecnicista e integra a “voz do outro” no sentido de que se vá além da simples construção do vínculo/responsabilização. Nesse sentido, o usuário é visto como protagonista da sua própria história o qual pode ajudar na redistribuição dos poderes dentro de uma lógica de democratização tanto do conhecimento quanto da participação popular no contexto social da promoção da saúde e da construção do cuidado (PINHO et al., 2007).

Na ESF as equipes de saúde, especificamente os profissionais de enfermagem, consideram como ações de cuidado coletivo a educação em saúde, mas, está voltada à prevenção de riscos de adoecer ou riscos de complicações em

peessoas que já têm uma doença como hipertensos, diabéticos, gestantes, obesos, dentre outros, além de atividades como as campanhas de vacinação, as visitas domiciliares, palestras em escolas e festas regionais (FORTUNA et al., 2009).

Em relação à visita domiciliar, embora identificada como uma das mais importantes na estratégia de saúde da família, os enfermeiros referem-se a ela como uma atividade desgastante ao ter que lidar com a comunidade porta a porta, mas assim mesmo é a atividade onde eles encontram o espaço para atuar com autonomia no planejamento das atividades (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2009).

Ferraz e Aerts (2005), também identificaram no seu estudo com agentes comunitários de saúde na ESF, que a visita domiciliar é considerada a principal atividade do agente comunitário e que esta não é realizada com sucesso nem efetividade, pois os agentes comunitários de saúde referem que o tempo que deveriam utilizar para esta atividade o utiliza em outras atividades de tipo administrativo que não tem muito a ver com as suas funções dentro da estratégia.

Retomando as atividades consideradas como de saúde coletiva dentro da ESF, neste caso a educação em saúde, foi evidenciado que, mesmo quando a prática educativa dos profissionais envolve necessidades e problemas inerentes à população, porém os profissionais não incluem dentro da educação em saúde a promoção da participação social (CARNEIRO et al., 2012).

O que se confirma no artigo de Fortuna, et al., (2005) quando afirmam que na prática cotidiana das equipes de saúde da família ainda não são incorporados aspectos de promoção da mobilização e organização dos moradores e habitantes de suas áreas de atuação, voltados à toma de decisões e na formulação de políticas públicas destes cidadãos.

Baseando-se nesse panorama, cabe à atenção básica à saúde especificamente à estratégia saúde da família, promover e gerar espaços em que a comunidade tenha voz na organização, gestão e controle sobre as ações e serviços de saúde, tendo este, lugar em conselhos locais e distritais de saúde. E é nesse contexto que o programa de articuladores da atenção básica se constitui como importante estratégia que a secretaria de estado da saúde de São Paulo implanta a partir do ano 2009, com o intuito de reorganizar e apoiar aos municípios do estado na qualidade da atenção básica (SÃO PAULO, 2010).

O articulador da atenção básica tem o papel de fomentar e auxiliar as equipes de saúde na identificação de problemas e na formulação de estratégias para superá-los, ajudando com isso, a que as equipes possam efetivar os atributos da atenção básica. para tal fim, os articuladores tem como atribuições: estar constantemente em contato direto com os municípios; ouvir, propor e negociar estratégias congruentes com as proposições do SUS, auxiliar na conversa entre os municípios e os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), fomentando uma atuação articulada e integrada no âmbito regional (ANDRADE; CASTANHEIRA, 2011).

É assim como na busca constante pela melhora da qualificação da Atenção Básica, o Ministério da Saúde propõe varias iniciativas dentre elas, encontra-se também, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, dito programa procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade de oferta de serviços garantindo um maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades reais da população (BRASILa, 2012).

O PMAQ pauta-se como uma estratégia que potencializa e favorece o desenvolvimento de ações de saúde coletiva, pois tem como objetivos, ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e a satisfação dos usuários, para isso, propõe que a AB deve ofertar serviços coerentes com os problemas reais da população, fornecer padrões de boas práticas, promover a qualidade e inovação na AB fortalecendo os processos de auto avaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente, melhorar a qualidade dos sistemas de informação, estimular o foco da AB no usuário promovendo a participação social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde, sendo todas essas ações contempladas dentro do campo da saúde coletiva (BRASILa, 2012).

O PMAQ está organizado em quatro fases complementares entre se, tais fases são: fase de adesão ao programa por meio da contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes da AB e os gestores municipais; fase de desenvolvimento das ações que serão pelas equipes da AB e pelas gestões municipais e estaduais; a fase de avaliação externa que consiste e averiguar as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da AB participantes do programa; e por último a fase de pactuação singular

das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade (BRASILa, 2012).

O PMAQ incentiva às equipes de saúde da atenção básica para desenvolverem ações de saúde coletiva, em função de que o Ministério da Saúde instituiu um incentivo financeiro para cada equipe, por tanto, essa estratégia, protege e apoia o processo de planejamento, execução e avaliação das ações de saúde coletiva dentro da atenção básica (BRASILb, 2012)

Dentre os desafios que o PMAQ enfrenta atualmente se situa o de baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centrada, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado (BRASILa, 2012).

## **2.4 O processo de trabalho das equipes da atenção básica à saúde**

Relaciona-se à produção de ações com utilização de ações de saúde coletiva na atenção primária à saúde com o processo de trabalho. Aquele processo constitui-se num trabalho coletivo que envolve necessidades, recorte de um dado objeto de trabalho, escolha de determinados instrumentos, orientado por uma dada intencionalidade, e com o propósito de atender a finalidades (MENDES-GONÇALVES, 1994).

A organização do trabalho por parte dos profissionais membros das equipes de saúde fundamenta-se comumente na divisão das atividades de cada profissional segundo seu campo de conhecimento nuclear, fragmentando assim o trabalho da equipe, e como resultante desta fragmentação, ninguém da equipe responsabiliza-se por os resultados globais, cada um trabalha e justifica a sua parte do trabalho (CUNHA; CAMPOS, 2010).

Frente a isso, Franco e Merhy (1999) descrevem que se precisa compor equipes de saúde multiprofissionais que, ao invés de continuar dividindo o processo de trabalho em saúde segundo categorias profissionais, sejam equipes que se responsabilizem por um conjunto de problemas e pelo planejamento e desenvolvimento de ações resolutivas, ou seja, uma equipe responsável pelos problemas e necessidades coletivas.

Mas, está-se observando que as equipes de saúde estão excluindo a população ao invés de incluí-la como integrante ativo na construção de um projeto assistencial e terapêutico comum (KRUG et al., 2010). Na atenção básica, as equipes de saúde só estão se vinculando com a população dentro da margem do processo educativo, visto este não como um processo em que as duas partes se conheçam e apreendam conjuntamente, senão como uma transferência de informações técnicas de os membros das equipes para os usuários (KRUG et al., 2010).

Dando continuidade a esses conceitos que envolvem o processo de trabalho em saúde, Merhy (2007) vivifica um aprofundamento dessa discussão ao incorporar a *micropolítica do trabalho vivo*, na qual, acontecem articuladamente os processos nos quais os trabalhadores fazem uso de diferentes estratégias para produzir o trabalho vivo em ato.

O trabalhador de saúde tomando como objeto as necessidades de outras pessoas utiliza valises de conhecimento e ferramentas na prestação do cuidado, sendo que algumas estão ligadas à sua mão, outras conectadas à sua cabeça e outras vinculadas à intersecção relacional trabalhador-usuário (MERHY; FRANCO, 2008).

Segundo Franco (2006), o trabalho em saúde, especialmente na atenção primária em saúde que se definiu como a porta de entrada para o sistema de saúde, deveria ser composta tecnicamente por uma maior presença de estratégias mais relacionais, pois segundo ele, esta característica aumenta o impacto e o grau de resolutividade das ações de cuidado e assistenciais dos profissionais da saúde.

Ao sustentar que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, Merhy (1997) defende que esse processo não pode ser engolido e limitado pela lógica do trabalho morto, expresso pelo saber tecnológico estruturado e pelos equipamentos, pois, deve-se fundamentar em estratégias relacionais, nos encontros entre subjetividades que possibilitam uma liberdade significativa nas escolhas do modo de fazer essa produção.

No entanto, no modo de produção capitalista na maior parte das vezes as necessidades de saúde se traduzem como consumo de insumos, máquinas, exames, medicamentos e intervenções gerando um desempenho das ações que podem nem sempre atender à finalidade da atenção primária à saúde (FRANCO, 2006).

Assim, a ESF é um cenário muito favorável para alcançar os resultados efetivos esperados e desejados na atenção básica à saúde, partindo da premissa de que é neste modelo de atenção à saúde onde pode-se explorar, reconhecer e entender os problemas e necessidades reais da população, dados que permitem à equipe de saúde elaborar um panorama situacional, planejar, desenvolver e avaliar atividades e ações que possam responder e solucionar essas necessidades e problemas latentes, construindo assim um processo de organização de ações por parte dos profissionais responsáveis pela atenção que seja consequente e efetivo (KRUG et al., 2010).

Então, torna-se importante que os profissionais reflitam sobre o processo de trabalho que estão desenvolvendo e suas práticas. Considerando que indiscutivelmente a equipe de saúde aprende a agir na sua prática, observando, dialogando com os seus companheiros de trabalho, dialogando com os seus pacientes e usuários e até dialogando com os profissionais de outras instituições (ASSAD; VIANA, 2005).

É dentro desse processo de dialogo constante que muitas informações surgem, informações que seriam o ponto de partida para o planejamento das equipes de saúde, desenvolvendo ações que sejam realmente efetivas e integrais que tragam soluções e respondam às necessidades reais da população (ASSAD; VIANA, 2005).

Então, para conseguir uma mudança nos serviços de saúde, surge uma das principais questões a ser abordada e enfrentada, é a organização do processo de trabalho no sentido de centrar a atenção no usuário e nas suas necessidades.

Contudo, propõe-se o reconhecimento da integralidade da atenção em saúde no reconhecimento da complexidade dos objetos de intervenção e da intersubjetividade como característica do trabalho em saúde, aspectos estes que trazem mudanças nas políticas públicas e nas estratégias tanto na assistência e no cuidado, quanto na organização dos serviços (PEDUZZI, 2007).

Finaliza-se com a reflexão que faz Mattos (2001) quando diz:

Integralidade tal vez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, quer nas nossas práticas nos serviços de saúde, quer nos debates sobre organização dos serviços, que nas discussões sobre as políticas. Isso talvez envolva uma abertura para o dialogo com o outro, que sempre resiste aos nossos projetos, do mesmo modo como resistimos aos seus projetos. (pag 47).

Nesta perspectiva, respondeu-se à seguinte questão de pesquisa: quais ações de saúde coletiva têm sido desenvolvidas pelas equipes na atenção básica à saúde?.

Entendendo que a reformulação do modelo de atenção à saúde implica em mudança das práticas na atenção básica e que estas refletem um posicionamento frente aos diferentes referenciais teóricos existentes, é que se pretende desenvolver o presente estudo que objetiva analisar dentro do contexto da integralidade na atenção em saúde, as formas de atuação sobre coletivos utilizados pelas equipes de saúde da atenção básica aprofundando no contexto em que elas se desenvolvem, buscando identificar e divulgar processos de transformação do cuidado de saúde prestado às populações.

## **3- PERCURSO METODOLÓGICO**

---



### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Para alcançar os objetivos utilizou-se pesquisa de abordagem qualitativa em estudo descritivo e exploratório, no qual se partiu da realidade social dos sujeitos com uma visão dialética, que segundo Minayo (2010) privilegia a contradição e o conflito; o fenômeno da transformação, o vir-a-ser, o movimento histórico e a totalidade.

Para Rudio (2001), a pesquisa descritiva interessa-se em descobrir o que acontece, conhecer o evento procurando os seus significados a través da narração, a interpretação e a descrição deles.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa qualitativa parte do princípio de que o conhecimento do individuo é possível só com a descrição das suas experiências tal e como são vividas e como elas são definidas pelos seus próprios sujeitos.

Na pesquisa qualitativa se trabalha com os significados, motivos, crenças, aspirações, atitudes e valores correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a variáveis operacionalizadas (MINAYO, 1999a). Também, considera as relações e as representações como parte fundamental dos êxitos e limitações das ações, enfatizando a necessidade de levar em conta a participação e as percepções dos sujeitos envolvidos (MINAYO, 2010).

Neste tipo de pesquisa, o investigador tem a possibilidade de conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença, permitindo o entendimento mais profundo de sentimentos, ideias e comportamentos dos indivíduos-usuários-pacientes, família e da equipe de saúde (TURATO, 2005).

Para Chizzotti (2006), a pesquisa qualitativa possibilita o contato e o compartilhar com as culturas, as atitudes, as práticas e as percepções entre os participantes da pesquisa e o pesquisador. Aqui, busca-se refletir e explorar os dados que podem apresentar regularidade para criar um profundo e rico entendimento do contexto estudado (OLIVEIRA, 2010).

### **3.2 Cenário e local de estudo**

O estudo foi realizado no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, especificamente na RRAS 13 que localiza-se na macrorregião Nordeste do Estado de São Paulo.

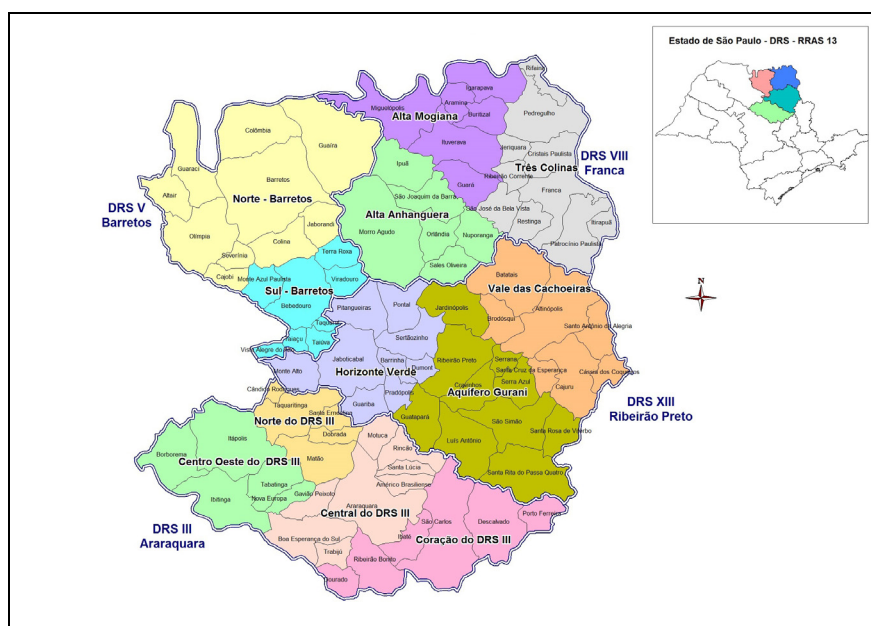
De acordo com a Portaria GM/MS nº 4279/10, as RRAS são determinadas como acordos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, articuladas através de sistemas de apoio logístico, de gestão e técnico, buscam garantir a integralidade do cuidado em um determinado território. São reconhecidas pela composição de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a atenção básica e os demais pontos de atenção do sistema de saúde.

As RRAS têm como objetivos integrar os serviços e organizar sistemas e fluxos de informações para dar suporte às ações de planejamento e definição de fluxos no território (Portaria GM/MS nº 4279/10).

No estado de São Paulo, foram construídas 17 RRAS as quais têm como finalidade garantir a integralidade e universalidade da assistência à saúde de toda a população do estado independentemente do local de residência (Deliberação CIB nº 06 de 8/2/12).

A RRAS 13 é integrada pelos Departamentos Regionais de Saúde de Barretos, localizado na macrorregião noroeste do estado de São Paulo, de Araraquara, Franca e Ribeirão Preto, estes estão localizados na macrorregião nordeste do estado de São Paulo. No total, a RRAS 13 tem 90 municípios agregados em 12 diferentes Regiões de Saúde abrangendo uma população total de 3.307.320 habitantes (Fundação Oncocentro de São Paulo, 2014).

**Figura 1.** Rede Regional de Atenção à Saúde RRAS 13 com a respectiva Região de Saúde e Município.



Fonte: SES/SP

No perfil de mortalidade da RRAS 13, se apresentam como causas principais de morte na população: doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório, dentre outras (Fundação Oncocentro de São Paulo, 2014).

### 3.3 Sujeitos de estudo

Os sujeitos desta pesquisa são os articuladores da atenção básica à saúde que atuam na RRAS 13 do estado de São Paulo

Os articuladores são profissionais do quadro da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo selecionados e alocados para realizar a função de apoio à capacidade de gestão da atenção básica para um conjunto de municípios com população inferior a 100 mil habitantes. Tem como objetivos auxiliar os gestores municipais na qualificação dos serviços de atenção básica e fortalecer esse nível de atenção no Sistema Único de Saúde (ANDRADE; CASTANHEIRA, 2011).

Adotou-se como critério de inclusão na pesquisa, todos os articuladores que aceitassem participar da pesquisa e assinassem o termo de consentimento livre

e esclarecido. Como critério de exclusão definiu-se que seriam excluídos da pesquisa os articuladores que no momento da coleta de dados estivessem em situação de afastamento do seu cargo e aqueles que não aceitassem participar do projeto de pesquisa.

Inicialmente planejou-se contar com treze articuladores da atenção básica à saúde que é o número de cargos existentes na Secretaria de Estado da Saúde para essa região, mas por motivos de mudança de emprego ou de cargo, encontramos em atividade, no momento da coleta de dados dez articuladores, portanto, os sujeitos do presente estudo foram os dez articuladores da atenção básica à saúde que se encontravam em atividade da sua função na RRAS13.

Dos dez articuladores, a maioria é do sexo feminino, a formação profissional varia entre enfermagem, psicologia e odontologia, e todos eles têm especialização na área da saúde. As especialidades que predominam são Especialização em Saúde Pública e Especialização em Gestão em Serviços de Saúde.

Do total dos articuladores, oito trabalham no cargo de articulador desde que o programa foi criado, ou seja, há cinco anos, e dois deles, tem menos de um ano no cargo (nove e três meses).

### **3.3.1 Etapas do trabalho de campo**

#### **a. Aproximação do campo de estudo**

Primeiramente houve contato da pesquisadora com o Coordenador do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção à Saúde RRAS13 e solicitação de autorização para realização da pesquisa.

Posteriormente, foi realizado o contato telefônico com os diretores de cada DRS que envolve a RRAS13, para estender o convite de participação na pesquisa a todos os articuladores de cada DRS, foi feito também nesse contato telefônico a apresentação e abordagem das diretrizes do projeto e agendamento da entrevista, escolhendo-se um dia em que todos os articuladores tivessem disponibilidade de tempo para participar.

## **b. Entrevista semiestruturada**

A entrevista como técnica de coleta de dados exige do entrevistador uma atitude aberta à comunicação, transmitir confiança e que proponha um diálogo descontraído permitindo ao entrevistado liberdade para expor suas opiniões, atitudes e atos (CHIZZOTTI, 2006).

Segundo Minayo (2010), a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de dados, pois concede a possibilidade da fala ser reveladora em condições estruturais de sistemas de símbolos, normas e valores ao passo que tem a magia de transmitir por meio de um porta voz, as representações de determinados grupos em dadas condições históricas, sócio - econômicas e culturais específicas.

Na entrevista, como técnica de coleta de dados, podem ser obtidas informações que representam a realidade do sujeito estudado quanto às suas crenças, ideias, sentimentos, maneiras de agir, de pensar dentre outras (MINAYO, 2010).

O investigador com o instrumento da pesquisa em mãos, tem condições de acompanhar as variações do campo, porém sem desfocar do objeto da pesquisa (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006).

No presente estudo foram utilizadas questões norteadoras por meio de questionário semiestruturado (APÊNDICE 1) para a obtenção dos dados empíricos. O instrumento de coleta possibilitou a aquisição das percepções relativas às questões que envolviam a incorporação de ações e tecnologias de saúde coletiva na atenção primária à saúde.

As entrevistas foram realizadas durante os meses de fevereiro e março de 2014. No início de cada entrevista, foi retomado junto ao entrevistado, o objetivo da pesquisa com o intuito de buscar uma maior aproximação entre o pesquisador e o entrevistado.

As entrevistas foram previamente agendadas com cada um dos sujeitos da pesquisa segundo a disponibilidade dos mesmos. A média de duração cada entrevista foi de 50 minutos, após sua realização foram gravadas em áudio por meio de parêlo digital e depois foram transcritas na íntegra.

As entrevistas foram identificadas por meio da letra A e o número consecutivo na ordem em que foi entrevistado cada sujeito, exemplo: A1.

### 3.4 Análise dos dados

Os dados oriundos das transcrições das entrevistas foram analisados a partir da Análise de Conteúdo Modalidade Temática, definida por Bardin (2004, p.9) como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Segundo Martins (2006), a análise de conteúdo é definida como uma técnica para estudar e analisar a comunicação de forma objetiva e sistemática. Através desta técnica, buscam-se inferências confiáveis de dados e informações em relação a determinado contexto, a partir das falas escritas ou orais de seus sujeitos.

O mesmo autor complementa apontando que para atingir os significados manifestos e latentes do material qualitativo há várias técnicas, neste estudo, para melhor exploração dos dados utilizamos a técnica de Análise Temática.

Para Minayo (2012), a análise de conteúdo em modalidade temática consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação e que tornem valores de referencia presentes no discurso; esses núcleos se conhecem como categorias e não são mais do que um conjunto de elementos ou aspectos com características comuns que se inter-relacionam. Então, trabalhar com categorias significa agrupar elementos, ideias ou expressões num conceito que integre tudo isso.

A técnica de análise categorial temática baseia-se na ideia de tema. Essa ideia está relacionada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um conjunto de relações e pode ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, uma frase, um resumo (MINAYO, 2010).

Para trabalhar a análise de conteúdo é preciso conhecer alguns conceitos, entre eles a *objetividade*, cuja implicação é a possibilidade de que a análise do trabalho seja estudada por outro pesquisador; a *sistematicidade* está relacionada ao impedimento de toda seleção arbitrária, ou seja, é desconectada da intenção da pesquisa; *conteúdo manifesto* tem implicação com a revogação dos preconceitos do pesquisador; unidade de registro (UR) – palavra-chave ou frase que

representa uma segmentação do conjunto de texto em análise; categorias, expressões ou palavras relevantes sob um título genérico que expressam uma nova organização intencional das mensagens (MINAYO, 2012; OLIVEIRA, 2008).

Para esse tipo de análise, MINAYO (2012, p.624) sugere que após o trabalho de campo e coleta dos dados, é preciso “ordenar e organizar o material secundário e o material empírico e impregnar-se das informações e observações do campo”, para que a análise não seja realizada apenas tecnicamente, o que empobreceria os resultados.

Na busca pelo rigor e a confiança deste estudo, algumas regras da análise de conteúdo foram observadas:

*Exaustividade, o corpus* – faz referência ao conteúdo das entrevistas e à escolha de todos os textos que sejam passíveis de se incluir nos critérios estabelecidos anteriormente pelo objetivo, pelo tema e pelos limites. As entrevistas devem ser lidas integralmente várias vezes até que seus elementos se esgotem;

*Representatividade* – pretende demarcar o que é significativo e representativo do universo inicial. As unidades de registro eleitas devem representar o universo no qual estão inseridas;

*Homogeneidade* – equivale à escolha de textos baseada na correspondência exata entre o tema geral e os textos. Os textos não devem ser selecionados fora dos critérios de escolha, sob implicação de não se estabelecer um universo exato e homogêneo relacionado ao objetivo da análise de conteúdo. A escolha dos trechos deve obedecer a critérios exclusivos.

*Pertinência* – deve haver coerência entre as categorias, os objetivos e o conteúdo da pesquisa (BARDIN, 2009).

Na proposta de Bardin (2009), a análise de conteúdo orienta-se pelos pressupostos descritos no parágrafo anterior, os quais guiaram a análise dos resultados dessa investigação da seguinte forma:

*Leitura flutuante* – após da transcrição das entrevistas, as mesmas foram lidas repetidas vezes de modo a permitir à pesquisadora familiarizar-se com o texto, deixando-se impregnar pelo conteúdo, abstraindo mensagens implícitas e explícitas. A realidade empírica enxergada de forma disciplinada propiciou o aparecimento de ideias que facultaram a formulação e reformulação de hipóteses fundamentadas no referencial teórico da investigação.

*Exploração do material* – nesta fase foi realizada uma classificação que possibilitou alcançar o núcleo de compreensão do texto, determinando as UR.

Após essa fase, foi realizada a codificação de acordo com a classificação das unidades de registro que foram arranjadas na matriz de análise construída (APÊNDICE 3a).

*Categorização* – fase em que as UR foram ordenadas e rearranjadas na matriz de análise orientada pelos critérios de importância da pesquisa e de repetição das unidades de referência.

Assim, foi realizada a análise temática, definindo e agrupando os temas que emergiam dos dados empíricos na matriz de análise.

Construiu-se uma nova matriz na qual foram rearranjados os fragmentos do texto (falas) de acordo com as categorias (temas) suscitados e suas subcategorias (APÊNDICE 3b).

*Inferência* – assumindo como base as categorias e subcategorias suscitadas, foram realizadas inferências e interpretações que faziam sentido ao olhar para o referencial teórico proposto.

### **3.5 Aspectos éticos**

Inicialmente foi formalizada uma solicitação ao Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS13), quem recebe o pedido de autorização para pesquisa nos DRS que a incluem. Mediante resposta positiva do Comitê Gestor, iniciou-se o contato com os articuladores da atenção básica com os quais foram abordadas as diretrizes do estudo e aceitas pelos mesmos.

Posteriormente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos/ UFSCAR, cumprindo, portanto a Resolução CNS 466/2012 (Conselho Nacional de Saúde, 2012). O projeto foi aprovado sob parecer de número: 509.282 Seguiu-se a pesquisa de campo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, (APÊNDICE 2), foi explicado para os sujeitos, que aceitaram e assinaram-no concordando em participar da pesquisa.



## **4- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

## 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo e a sua discussão encontram-se apresentados na forma de três artigos científicos listados abaixo. Trata-se de uma forma alternativa de apresentação da dissertação que está de acordo com a Norma Complementar N. 14/2013 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

### 4.1 ARTIGO 1. Atenção primária à saúde: percepções, saberes e experiências dos articuladores da atenção básica

Este artigo foi enviado para a revista *Investigación y Educación en Enfermería*, da Universidade de Antioquia, Medellín- Colômbia. Identificada no Sistema Integrado CAPES com ISSN 0120-5307, com classificação WebQualis B1. Portanto, encontra-se escrito segundo as normas e exigências da revista.

#### **Lina Karina Bernal Ordoñez**

Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Paulo, Brasil. E-mail: linakarina55@gmail.com

#### **Cássia Irene Spinelli Arantes**

Doutora em Enfermagem. Professor, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Paulo, Brasil. Email: arantes@ufscar.br

#### **Resumo**

**Objetivo.** Analisar a atenção básica à saúde em uma região do estado de São Paulo desde as percepções, saberes e experiências dos articuladores da atenção básica.

**Metodologia.** Trata-se de pesquisa qualitativa descritiva, realizaram-se entrevistas semiestruturadas a dez articuladores da atenção básica de uma região do estado de São Paulo. Os dados foram analisados mediante a análise de conteúdo na modalidade categorial temática. **Resultados.** A partir das respostas dos participantes, foram elaboradas três categorias: 1) A atenção básica à saúde “não é ficar no básico do básico”, 2) O articulador da atenção básica, profissional chave na aproximação e fortalecimento do vínculo entre estado, município e equipes de

saúde, e 3) O programa de articuladores da atenção básica: uma iniciativa acertada.

**Conclusão.** Para os articuladores, continuam sendo desafios no processo de qualificação da atenção básica: o modo de organização dos processos de trabalho das equipes de saúde, a necessidade de mudança do perfil dos profissionais e a sensibilização da gestão para a mudança do modelo de atenção à saúde.

**Palavras Chave:** Atenção primária à saúde; Estratégia Saúde da Família; Articuladores da atenção básica.

**Subvenciones:** Apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Programa de Demanda Social (CAPES -DS).

**Conflitos de interesse:** nenhum.

## **Abstract**

**Objective.** To analyze the basic health care in a region of the state of São Paulo since the perceptions, knowledge and experience of the articulators of primary care.

**Methodology.** It is qualitative and descriptive research, in-depth semistructured interviews were conducted with ten primary care articulators of a region of the state of São Paulo. Data were analyzed using qualitative content analysis in categorical mode thematic. **Results.** Participant responses centered on three categories: 1) primary care health “Is not stay in the basic of the basic”, 2) The articulator of primary care, key professional in the approach and strengthening in the link between state, municipal and health teams, e 3) the program the articulators of primary care: a right initiative. **Conclusion.** For the articulators, are still challenges in the process of qualifying primary care: the mode of organization of work processes of health teams, the need to change the profile of professionals and awareness of management to change the health care model.

**Key words:** Primary health care; Family Health Strategy; Articulators of primary care.

## **Introdução**

A atenção primária à saúde ou atenção básica à saúde (AB), como tem sido denominada no Brasil, foi definida pelo Ministério da Saúde como um conjunto de ações individuais e coletivas desenvolvidas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde que abrange a promoção, proteção e manutenção da saúde; e a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos à saúde.<sup>1</sup>

Implantada em 1994 pelo Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma política com vistas à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção primária, considerando-a como eixo estruturante da atenção à saúde e indicando-a como um caminho para lograr a mudança na prática da saúde. A ESF tem como diretrizes os princípios da territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, dentre outros.<sup>2</sup>

Analisando o que tem sido evidenciado no cenário real de quase 20 anos de sua implantação, a ESF como forma prioritária de implantação da atenção primária à saúde no Brasil não tem conseguido modificar rápida e substancialmente o modelo de atenção à saúde. A transformação na forma de se produzir o cuidado à saúde na atenção primária tem sido desenvolvida lentamente e atribui-se especialmente à aproximação dos serviços de saúde da população e à introdução de noções de prevenção das doenças mais comuns de determinada população.<sup>3</sup>

Na busca de melhorar a atenção básica à saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo criou, em 2009, o programa de Articuladores da Atenção Básica. Esse programa se propõe a apoiar os municípios que contam com menos de 100 mil habitantes, visando auxiliar os gestores municipais na identificação de problemas e necessidades, assim como na formulação de possíveis soluções e alternativas de atuação para a melhora da Atenção Básica.<sup>4</sup>

Em vista da proximidade que os articuladores possuem em relação aos gestores e equipes de saúde da atenção básica de diferentes municípios do estado de São Paulo, se planteou o seguinte objetivo: Analisar a atenção básica à saúde em uma região do estado de São Paulo desde os saberes e experiências dos articuladores da atenção básica. Tal compreensão pode contribuir para o avanço na qualificação da atenção básica e no conhecimento em atenção primária à saúde.

## **Metodologia**

Trata-se de estudo qualitativo descritivo, na qual se partiu da realidade social dos sujeitos com uma visão dialética, que privilegia a contradição e o conflito; o fenômeno da transformação, o vir-a-ser, o movimento histórico e a totalidade.<sup>5</sup>

O estudo foi realizado no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, especificamente na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS 13) que abrange a macrorregião Nordeste do Estado de São Paulo e é composta pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto, totalizando 90 municípios agregados em 12 diferentes Regiões de Saúde com população total de 3.307.320 habitantes.<sup>6</sup>

Inicialmente planejou-se contar com treze articuladores da atenção básica à saúde que é o número de cargos existentes na Secretaria de Estado da Saúde para essa região, mas por motivos de mudança de emprego ou de cargo, encontramos em atividade no momento da coleta de dados dez articuladores, portanto, os sujeitos do presente estudo foram os dez articuladores da atenção básica à saúde que se encontravam em atividade da sua função na RRAS13 e que aceitaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, assim distribuídos: três articuladores do DRS III Araraquara, dois articuladores do DRS XIII Ribeirão Preto, três articuladores do DRS VIII Franca e dois articuladores do DRS V Barretos.

Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, para o qual, realizou-se um roteiro com questões norteadoras segundo objetivo proposto, com a entrevista semiestruturada podem ser obtidas informações que representam a realidade do sujeito estudado quanto às suas crenças, ideias, sentimentos, maneiras de agir, de pensar dentre outras.<sup>5</sup> A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2014. As entrevistas foram gravadas em arquivos do tipo mp3, e posteriormente transcritas. A análise foi realizada por meio da análise de conteúdo na modalidade temática, constituída por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Durante a leitura exaustiva dos dados buscou-se identificar os temas significativos ao objeto de estudo, a fim de definir seus pontos de aproximação e suas incongruências. Na fase seguinte da análise, os dados foram agrupados de acordo com a convergência dos temas, os pontos comuns e as incongruências presentes nos dados obtidos.<sup>5</sup>

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFSCar, com o Protocolo de número 509.282, em 11/01/2014. Na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os participantes foram informados sobre a pesquisa e os preceitos éticos que a permeiam. Para manter o anonimato dos sujeitos, foram utilizados códigos numerados de acordo com a ordem de realização das entrevistas, nos quais (A) significa Articulador.

## Resultados

A partir da análise qualitativa dos dados, emergiram três categorias temáticas sendo elas: 1) a atenção básica à saúde “não é ficar no básico do básico”, 2) O articulador da atenção básica, figura chave na aproximação e fortalecimento do vínculo entre estado, município e equipes de saúde, e 3) o programa de articuladores da atenção básica: uma iniciativa acertada.

### **A atenção básica à saúde “não é ficar no básico do básico”.**

Ressalta-se primeiramente que, quando os articuladores se referem ao termo atenção básica, preponderou a noção de ser o ponto de partida, onde tudo começa, o espaço onde a população pode ter o primeiro contato e conseguir a entrada num sistema complexo como o de saúde: *A atenção básica realmente ela é a ordenadora do sistema, até por que tudo se inicia dentro da atenção básica (A1); Como eu vejo a Atenção básica é a porta de entrada do atendimento do usuário, da queixa do usuário, né (A6).*

Alguns depoimentos apontam que a atenção básica enfrenta o desafio de ter que atender e responder a demandas e necessidades próprias de indivíduos complexos, como são os seres humanos e, portanto, a atenção básica tem uma tarefa complexa. No entanto, os articuladores apontam que nem sempre ela é reconhecida e compreendida em sua complexidade: *Às vezes eles não estão preparados pra demanda, então eu acho que ela é de baixa densidade, porém!! Ela tem toda uma complexidade (A4); não é ficar no básico do básico, aquela portinha lá que atende pouca coisa, hoje a atenção básica tem que estar preparada para atender de tudo [...]. (A9).*

Os depoimentos abaixo apontam que a atenção básica tem que garantir à população um percurso contínuo e resolutivo dentro da rede de atenção à saúde, quando ela por si mesma não conseguir resolver e atender aos problemas de saúde identificados: *E também como facilitador do processo de cuidado quando aquele cuidado não for possível ou tiver alguma complexidade que aquela unidade de saúde precisa de algum apoio*

*né?(A3); se a unidade não atende a necessidade dele, do usuário a atenção básica tem que estar facilitando o acesso dele pra outros recursos pra que atenda a necessidade dele (A6).*

Os articuladores apoiam e incentivam a proposta de se delimitar geograficamente o espaço onde está locada a população que atende: *É no território onde as pessoas vivem, nascem adoecem, a atenção primária que tenta resgatar isso, ela começa a resgatar a questão de território, a dinâmica de aquele território, como é que aquele território vive, que valores culturais ele tem e aí o profissional de saúde atuando nesse âmbito ele se aproxima mais do cuidado e daquele cuidado mais essencial e que vai além de prevenir muitas doenças e agravos, também vai resolver muitas coisas (A3).*

A partir do momento em que se estabelece a delimitação do território, a necessidade de se fazer um diagnóstico situacional de saúde do mesmo, surge como uma consequência imediata do primeiro passo da territorialização: *É você ter todo esse rol de atividades e atender todos os usuários levando em consideração o que eles precisam, não adianta eu dar uma coisa pra eles que eles não estão precisando, e isso é difícil de eles enxergarem, é isso que eu passo todo dia para eles né ... a atenção básica é desde lá você ir na casa, ver quais são as prioridades, ver a casa como é que está, a família, a estrutura da família né? é isso (A5); desde que ela tenha uma organização que possa proporcionar tanto uma demanda programática quanto espontânea, que ela seja equilibrada que não seja desenvolvido dentro das unidades ações só improvisadas (A10).*

Embora tenha sido observada nas falas dos articuladores uma concepção ampla e abrangente da atenção básica à saúde, eles manifestam que na prática, isso realmente não acontece por múltiplos motivos: *Então eu acho que a atenção primária está muito distante do que ela deveria ser, por que a gente passou anos valorizando muitas outras coisas, valorizando especialidade, a consulta médica e a gente se afastou muito desse cuidado mais cotidiano, das coisas mais do dia (A3).*

Uma dificuldade identificada é a falta de apoio da gestão para facilitar o fortalecimento e preparo dos trabalhadores da saúde da rede básica com a finalidade de transformação das práticas e da organização dos processos de trabalho das equipes de saúde: *Muitas vezes o gestor ele não facilita com que o trabalhador ele faça algumas capacitações por que ele tem que sair muitas vezes do território, da unidade e quando aquele profissional sai da unidade não tem quem cobrir então é um problema (A2).*

Os articuladores relatam que há dificuldade em que as equipes se comprometam e se responsabilizem a gerir o cuidado do usuário na sua trajetória pelo sistema: *Está muito também distante de acontecer esse compromisso das equipes e das unidades acompanharem através da atenção primária como é que está esse percurso do usuário dentro do sistema de saúde para ter o seu cuidado integral (A3).*

**O articulador da atenção básica, profissional chave na aproximação e fortalecimento do vínculo entre estado, município e equipes de saúde.** A finalidade do trabalho do articulador da atenção básica é vista, segundo os relatos dos entrevistados, como forma de aproximação entre o órgão da saúde estadual e os municípios, como estratégia de apoio na resolução dos problemas dos municípios quanto ao cuidado à saúde da sua população, buscando a qualificação da atenção à saúde: *Resgatar e aproximar um pouco o estado desses municípios e tentado apoiá-lo nas suas dificuldades (A3); a proposta nossa é orientar tanto à gestão e também às equipes, a questão de fortalecimento da atenção básica, o que que é a atenção básica, qual que é o papel dela, o que é que ela tem que fazer mesmo, qual que é o papel dela como porta de entrada prioritária (A9).*

A atuação dos articuladores também envolve o acompanhamento na avaliação e seguimento das ações desenvolvidas e os resultados obtidos: *E a outra questão é também a gente ajudar o município a fazer o monitoramento (A7).*

Os articuladores descreveram como e com quem geralmente fazem o contato e como se desenvolve essa comunicação constante entre eles e os municípios: *E aí depois que a gente discute entre gestor e a equipe de coordenação, a gente atua com as equipes que fazem assistência (A1); sempre com as equipes eu estou né, com o gestor, às vezes eu marco, mas geralmente eu converso com a equipe e também dou uma devolutiva para o gestor (A6); a gente vai nas equipes, nas unidades depois a gente volta na secretaria de saúde pra falar com o gestor sobre o que foi discutido, que é que a gente observou durante a discussão, o que é que a gente acha que tem que melhorar (A9).*

Com relação às visitas que fazem aos municípios que apoiam, os articuladores responderam: *a gente tem uma agenda com os nossos municípios, mas isto nem sempre a gente consegue cumprir por que a gente está tendo muitas demandas e a gente está tendo que participar de muitos movimentos (A2).*

Nas falas a seguir, destacam-se a necessidade de se intervir nos processos de trabalho das equipes como uma das ações a serem desenvolvidas com aprimoramento no contexto de melhora e qualificação da atenção básica: *A importância do trabalho em equipe, a organização das unidades com reuniões, traçando metas também (A6); então muito do nosso trabalho é muito em cima de trabalhar objetivos, das prioridades do município, como atender, o que fazer, tudo envolvido no processo de trabalho (A10).*

**O programa de articuladores da atenção básica: uma iniciativa acertada.** Esta categoria faz referência aos sentidos construídos pelos articuladores da atenção básica sobre sua prática profissional.



É possível evidenciar o sentimento de satisfação e esperança de melhora e qualificação da prática da atenção básica na totalidade das falas dos articuladores, representadas nas falas a seguir, pelo trabalho desenvolvido na sua função e pelas contribuições feitas ao melhor funcionamento da assistência à saúde nos seus municípios:

*O articulador da atenção básica eu acho que é um programa que foi muito bem pensado e que assim, a gente tem uma devolutiva muito boa dos municípios da nossa presença lá, para mim é muito gratificante ser articulador (A1); Eu acho que o estado deu uma acertada, um passo certo na questão dos articuladores da atenção básica, porque os municípios não tinham ninguém que apoiasse essa área (A7); eu acho que ele é um processo extraordinário, entendeu, ele é duro não vai ser em cinco, seis anos que a gente vai conseguir adequar, mas assim, nós já temos frutos positivos (A10).*

Porém, é notório também o sentimento de que ainda é pouco, que precisam ser feitos mais progressos e avanços, e que eles, desde sua função como articuladores podem estar contribuindo ainda mais na perspectiva de qualificação e melhora da atenção básica nos municípios que apoiam, como representado na seguinte fala: *Desde que eu comecei nos meus municípios e o que eu encontrava e o que eu encontro hoje, tem melhorado, mais não é o ideal, ainda falta (A4).*

## **Discussão**

Foram atribuídas algumas qualidades à atenção básica que estão relacionadas ao modo como ela mesma se coloca para a população, no sentido de ser o primeiro ponto da rede que os usuários procuram para a solução e satisfação de suas necessidades em saúde e como esta se organiza com o objetivo de atender às mesmas.

Pode se dizer que a atenção básica é de fato uma política primordial de âmbito nacional que, pela sua organização constitui-se como o primeiro contato entre o usuário e o SUS. Essa complexidade que caracteriza a atenção básica deve-se a que ela tem que visualizar o sujeito e os coletivos na sua singularidade, na sua complexidade e na sua integralidade.

É importante salientar que a atenção básica caracteriza-se como um conjunto de ações individuais e coletivas constituindo-se na principal porta de entrada para o sistema de saúde, tem como responsabilidade resolver pelo menos o

80% dos problemas de saúde da população, e para tal fim, ela utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade fundamentando-se nos princípios do SUS.<sup>7</sup>

Portanto, cabe à atenção básica cumprir as seguintes funções: ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar a rede. Como coordenadora do cuidado também, elabora, acompanha e gera projetos terapêuticos, acompanha e organiza o fluxo de usuários entre os pontos da rede de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento e programação das ações e serviços de saúde se fundamentem nas necessidades de saúde da população.<sup>8</sup> Porém, alguns estudos afirmam que a atenção básica produz para os usuários, valores de uso que vão além do que está definido e preconizado pelo modelo assistencial que a AB deve produzir, assim, a AB define-se como uma conquista que deve ser fortalecida e afirmada, além de ser necessário investir nela para garantir o progresso e a ampliação da capacidade das suas intervenções no processo saúde-doença.<sup>9</sup>

Uma questão que ressalta nas falas relaciona-se à necessidade de definir territórios como sendo esta uma estratégia para oportunizar o contato direto das equipes de saúde com a sua população e território, conhecendo de perto suas demandas e necessidades e facilitando, assim, um processo de discussão e planejamento das ações em saúde a serem ofertadas.

Destaca-se a importância das equipes de saúde da rede básica elaborar o diagnóstico coletivo de saúde do seu território, sendo esta uma atividade que pouco se realiza, e como causa dessa omissão, pode-se pensar que é a cultura marcada em profissionais, gestores de saúde e a própria população de se atuar na saúde baixo a modalidade de atendimento à demanda espontânea, pouco se estimula e incentiva a necessidade de sair dos serviços para conhecer por perto sua população, suas necessidades, suas queixas, suas demandas, e de conhecer também seu território geográfico, importante e fundamental para conhecer os determinantes do processo saúde-doença da sua população, e com base nessas informações gerar espaços de discussão, de construção e planejamento das ações e atividades em saúde voltadas a garantir a resolutividade das necessidades e a garantir a manutenção e fortalecimento da saúde.

Na atenção básica, o enfoque de território é determinado pelo delineamento e caracterização da população e seus problemas de saúde.<sup>9</sup> O termo território representa características culturais, ambientais, socioeconômicas, o modo de viver de uma população; nesse sentido, é entendido como “território vivo”, pois

assume além do espaço geográfico as interações e ações humanas. Espera-se que as equipes de saúde estabeleçam relações entre o processo saúde-doença e a vida cotidiana identificando necessidades, problemas e prioridades em saúde do seu território.<sup>10</sup>

Corroborar-se a predominância e a perpetuação do modelo tradicional de assistência à saúde, o modelo que reduz à pessoa a sua condição bio-fisiológica, afastando-se da integralidade da atenção e fragmentando a essência totalizante do ser humano. O articulador traduz a ênfase que se dá à área clínica durante a formação profissional como uma limitação do perfil dos futuros profissionais da saúde, à atuação na atenção básica, pois veem essa situação como a causa da persistência ainda latente do modelo tradicional de assistência à saúde.

A educação permanente e a capacitação dos profissionais que trabalham na atenção básica, com a finalidade de qualificar o perfil e as práticas, teriam que ser adotadas como estratégia de apoio da gestão, apoio que deve auxiliar as equipes na análise de suas práticas e contribuir na melhora e qualificação da atenção básica.<sup>8</sup>

Uma vez o usuário sai da atenção básica para passar a um nível de maior complexidade tecnológica, a equipe de saúde da atenção básica o esquece, e deixa-o como responsabilidade do nível de atenção do qual começa a ser parte. Estudo que analisa as fortalezas e debilidades do atendimento na atenção básica sugere ainda existir dificuldades que impedem o acontecimento real e substancial do modelo de atenção, entre as quais, menciona a prevalência do atendimento individual centrado na queixa e nos aspectos biológicos, incapacidade dos profissionais para enfrentar a dimensão subjetiva das pessoas, pouco investimento na qualificação, o perfil desses profissionais, dentre outras.<sup>1</sup>

Contudo, embora se tenham visto progressos e melhoras do atendimento à saúde na atenção básica, ela ainda é frágil e incipiente, falta-lhe resolutividade das necessidades. Pode-se afirmar que para os articuladores entrevistados, a atenção básica ainda precisa de muito investimento por parte de trabalhadores e gestores para que se possam provocar mudanças substanciais no modelo de atenção à saúde.

Constituiu-se o Programa de articuladores da atenção básica como uma política de apoio e de resgate da atenção primária à saúde, pois representa uma política de apoio do estado para os municípios, com a finalidade de auxiliar os

gestores municipais de saúde no fortalecimento e qualificação da atenção primária.<sup>4</sup> Trata-se de um grupo de profissionais da saúde que desenvolvessem ações de auxílio na identificação de problemas e formulação de estratégias de atuação.<sup>11</sup>

Foram identificadas divergências nas falas dos entrevistados quanto ao processo de trabalho dos articuladores no que se refere ao primeiro contato deles dentro dos municípios, e com que pessoa ou pessoas desenvolvem a maior parte do seu trabalho. Evidenciando que tem sido mais efetivo trabalhar diretamente e passar mais tempo com as equipes de saúde, pois são elas que executam as ações e estratégias propostas pelos articuladores. E, depois, fazem a devolutiva para os gestores do que foi falado e feito com e nas equipes de saúde.

O trabalho dos articuladores da atenção básica representa uma dinâmica constante, onde o método de trabalho e com quem trabalhar é muito variável. Cada articulador parece adotar seu próprio caminho de acordo com sua experiência, para atingir seus objetivos na função de articulador da atenção básica nos municípios.

Quando a proposta do programa de articuladores da atenção básica foi criada, a ideia sempre foi que os profissionais para tal cargo atendessem às seguintes características: estabelecer contato contínuo e direto com os municípios, mantendo a integração e parceria entre os municípios no âmbito regional; saber ouvir e propor soluções seguindo a lógica dos princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica; ser um dos principais elos entre os municípios e o estado no que se refere à atenção básica; e atuar sempre junto à equipe gestora e às equipes das unidades da rede básica através de visitas periódicas.<sup>11</sup>

Com relação às visitas periódicas do articulador junto às equipes da atenção básica, os entrevistados apontam que nem sempre conseguem fazer, mesmo sendo esta uma demanda prioritária de seu trabalho, pois encontram várias dificuldades para conseguir desenvolvê-las. Tais dificuldades referem-se à falta de tempo, já que alguns manifestam ter sob sua responsabilidade muitas unidades, outros por que se veem envolvidos em outros compromissos que também devem cumprir, os quais demandam tempo, e que acabam por retardar o agendamento das suas visitas às unidades da rede básica.

Nota-se certo empenho por parte dos articuladores em questionar e trabalhar com o processo de trabalho das equipes de saúde da atenção básica, pois trata-se de uma das funções também que eles possuem, que é a de ser um

colaborador na qualificação dos processos de trabalho das equipes, sem perder a perspectiva da integração loco-regional.<sup>11</sup>

Alguns articuladores relatam darem certa prioridade às equipes de saúde da família, apoiando e fortalecendo os processos de trabalho dessas equipes, talvez por serem essas um campo mais aberto para construir-se novas alternativas e estratégias na melhoria e qualificação do modelo de atenção à saúde.

Os articuladores construíram um sentido próprio sobre seu trabalho, no qual eles se enxergam como um profissional muito útil na qualificação da atenção básica, desenvolvendo um papel importante dentro dos municípios.

Evidencia-se que existe uma abertura e disposição por parte da gestão e das equipes de saúde nos municípios que apoiam no comprometimento do fortalecimento e qualificação da rede básica, e certa positividade e expectativa por parte dos articuladores no sentido de acreditar na possibilidade da mudança do modelo de atenção à saúde, mesmo sendo este um processo que precisa de tempo e de trabalho em rede.

No transcorrer do tempo, tem-se observado inúmeros esforços para a mudança do modelo de atenção à saúde e tem-se constatado alguns avanços referidos aos princípios do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica, no entanto, ainda evidenciam-se desafios e dificuldades a serem enfrentados nesse processo de melhoria e qualificação da atenção básica.<sup>1</sup>

Os articuladores tem ganhado e conquistado um lugar dentro da rede da atenção e nos municípios, que as falas evidenciam que de fato levam os seus municípios e as equipes a uma melhoria da atenção à saúde na rede básica, ao representar fielmente como a política o preconiza, um apoio e facilitador na identificação de necessidades e desenvolvimento de estratégias e soluções para tais situações.

Essa posição ocupada pelo articulador nos municípios, de referência tanto da gestão quanto das equipes, coloca-o como um elo e como figura central nesse processo de qualificação da atenção básica, pois há uma expectativa gerada a partir da forma como esse articulador se coloca frente às situações apresentadas no cotidiano do trabalho, ajudando de algum modo a gestão e as equipes a redescobrirem outras possibilidades de se fazer melhor a saúde.

Essa convicção expressa pelos articuladores leva a refletir sobre a importância do seu papel e o posiciona como um profissional importante e

indispensável para continuar nesse desafio constante de se qualificar cada vez mais a atenção básica à saúde que é o objetivo final pelo qual se criou essa política de apoio no estado de São Paulo, contribuindo, assim, para um sistema de saúde de qualidade e integral.

## **Conclusão**

Ao serem abordadas as perspectivas, saberes e experiências dos articuladores da atenção básica à saúde evidenciou-se a existência de diferentes sentidos sobre atenção básica relatados pelos sujeitos da pesquisa. O significado da atenção básica como o nível de atenção que mais se desvaloriza por não contar com tecnologias duras, mas que nem por isso, deixa de ser um nível complexo de se trabalhar por ser este o ponto de entrada do usuário-população, onde deva se dar atendimento e solução a muitas das necessidades e demandas tanto individuais quanto coletivas, tendo em conta os determinantes do processo saúde-doença. Além disso, destacou-se o papel da atenção básica em se responsabilizar não só pelo primeiro acesso à rede de atenção, mas de coordenar e garantir o percurso resolutivo da população dentro do sistema.

A análise das percepções dos articuladores denota que, a efetivação do desenvolvimento da atenção básica depende muito da sensibilização que possuam tanto a gestão quanto os profissionais que trabalham nas unidades básicas sobre verdadeiro significado da atenção básica e sobre o trabalho que tem que ser desenvolvido nesse nível de atenção.

A necessidade de capacitação e discussão coletiva dos profissionais que trabalham na atenção básica foi identificada em situações nas quais emergiu a relevância de se ter o perfil e um olhar sensível na identificação das necessidades do território e de um melhor enfrentamento das mesmas.

Evidenciou-se que os articuladores atribuem importância a necessidade de se definir e delimitar território, no intuito de viabilizar uma nova forma de organizar a atenção à saúde, de forma a facilitar a aproximação dos serviços à comunidade, conhecer a dinâmica desse território, compreender as reais necessidades e demandas, criar vínculo e co-responsabilidade pelo cuidado e manutenção da saúde da população que vive na área delimitada.

Observa-se que, a implantação do Programa de Articuladores da Atenção Básica no estado de São Paulo, tem se constituído numa importante estratégia para o fortalecimento e qualificação da atenção primária, tanto pelo auxílio e apoio direto que faz à gestão municipal de saúde quanto à sua colaboração e atuação junto às equipes de saúde da atenção básica na qualificação e consolidação dos processos de trabalho conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

Tais evidências se colocam em favor de se manter e fortalecer o programa de articuladores como estratégia de qualificação e consolidação da atenção básica no estado de São Paulo e ainda como proposta de implementação para outros estados do Brasil. Os aspectos que ainda continuam sendo um desafio para os articuladores no processo de qualificação da atenção básica se referem, principalmente, ao modo de organização dos processos de trabalho das equipes de saúde; à necessidade de mudança do perfil de atuação dos profissionais; e à sensibilização da gestão para a mudança do modelo de atenção à saúde.

## **Referências**

1. Marin MJ, Marchioli M, Moracvik MY. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. *Texto Context Enferm.* 2013;22(3):780–8.
2. Fortuna CM, Matumoto S, José M, Pereira B, Mishima SM, Kawata LS. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011;19(3):08 telas.
3. Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? *Rev Bras Enferm.* 2009;62(3):429–9.
4. São Paulo. Articuladores da atenção básica: experiências e resultados positivos. Secretaria de Estado da Saude de São Paulo; 2010. p. 01–8.
5. Minayo MC. O desafio do conhecimento. 12th ed. São Paulo: Hucitec, editor. 2010.

6. Mapa regional de saúde RRAS13- Araraquara-Barretos-Franca-Ribeirão Preto. São Paulo: SES/SP; 2012.
7. Campos GW, Guerrero AV. Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. Organizado. São Paulo: Hucitec, editor. São Paulo; 2008.
8. Brasil. PORTARIA N° 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitário. Ministério da Saúde; 2011.
9. Cecilio LCDO, Andrezza R, Graça C, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade M da G, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? Ciênc saúde coletiva. 2012;vol.17(no.11):2893–902.
9. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira AC, Araújo D. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2013;18:2253–62. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000800009&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800009&nrm=iso) >
10. Elia PC, Cabral M do N. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. Physis Rev Saúde Coletiva. 2011;21(2):745–65.
11. Andrade MC, Castanheira ER. Cooperação e Apoio Técnico entre Estado e Municípios: a experiência do Programa Articuladores da Atenção Básica em São Paulo. Saúde Soc. 2011;20(4):980–90.



## **4.2. ARTIGO 2. O desenvolvimento de ações de saúde coletiva na perspectiva de articuladores da atenção básica**

Este artigo, provavelmente, será enviado para o periódico científico Acta Paulista de Enfermagem (ISSN 1982-0194), publicado pela Universidade Federal de São Paulo e classificado no Sistema Integrado CAPES como *WebQualis* A2. Nessa perspectiva, foi elaborado segundo as normas e exigências dessa revista.

### **Facing challenges and building paths in the context of collective health in primary care**

#### **Resumo**

**Objetivo:** Analisar o desenvolvimento das ações de saúde coletiva na atenção básica à saúde em municípios do estado de São Paulo na perspectiva de articuladores da atenção básica.

**Métodos:** Estudo descritivo, exploratório qualitativo, com a participação de 10 Articuladores da Atenção Básica. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e as falas submetidas à análise de conteúdo em suas etapas: leitura, determinação das unidades de registro e significações, codificação e classificação; tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

**Resultados:** Estão apresentados em quatro categorias: concepções que sustentam as ações de saúde coletiva; dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde coletiva; contextos facilitadores das ações de saúde coletiva; propostas para avançar na construção e desenvolvimento de ações de saúde coletiva.

**Conclusão:** O entendimento dos articuladores em saúde coletiva não está muito distante do ideário desse campo, uma vez que os articuladores conseguem identificar e reconhecer alguns dos seus elementos, e que demanda de gestores e equipes de saúde uma compreensão e sensibilização mais ampla e aberta do verdadeiro conceito e das possibilidades de atuação em saúde coletiva.

**Descritores:** Atenção básica à saúde; Enfermagem de atenção primária; Enfermagem em saúde comunitária; Enfermagem; Saúde coletiva.

#### **Introdução**

O Ministério da Saúde implantou em 1994, no Brasil, o que atualmente denomina-se de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com vistas à reorientação do modelo assistencial partindo da atenção básica à saúde. Considerou tal estratégia como eixo estruturante da atenção à saúde e apontou-a como caminho para alcançar a mudança nas práticas de saúde, por meio da integração da assistência com ações de promoção da saúde e ações preventivas.(1)

A partir de então, a integralidade da atenção tem sido pressuposto e ao mesmo tempo desafio para a ESF, no sentido de buscar a ordenação das práticas da atenção básica com a integração das ações em saúde individuais e coletivas que, no âmbito histórico-social, estiveram seccionadas em ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação.(2)

Aplicar o princípio da integralidade na prática dos serviços da ESF significa integrar ações programáticas e de demanda espontânea, desenvolvendo de forma articulada ações de prevenção de agravos, vigilância em saúde, tratamento e reabilitação, por meio de tecnologias de cuidado e de gestão voltadas a coletivos de territórios populacionais definidos. (3)

Nos 20 anos desde sua implantação, a ESF, como estratégia prioritária de implementação da atenção básica à saúde no Brasil, tem tido dificuldades na modificação rápida e substancial do modelo de atenção à saúde. As mudanças no modo de se produzir o cuidado à saúde na atenção básica têm sido construídas e desenvolvidas lentamente e referem-se principalmente à aproximação do serviço de saúde da população e à introdução de noções de prevenção e promoção da saúde da família.(4)

No contexto das práticas da ESF, dentre outras necessidades, ainda é preciso ampliar as ferramentas e ações de intervenção na saúde coletiva, construindo junto com a população, estratégias, projetos e atividades de intervenção sobre o processo saúde- doença e seus determinantes que colocam o coletivo em vulnerabilidade e risco. (4)

Compreendem-se como ações de saúde coletiva aquelas relacionadas com o levantamento conjunto do diagnóstico coletivo de saúde do território atendido; as ações de promoção, vigilância e educação em saúde; as estratégias de participação e controle social; as ações intersetoriais; e as de controle e de avaliação em saúde.(4)

Assim, as ações de saúde coletiva precisam ser construídas, produzidas e avaliadas pelas equipes de saúde da atenção básica e em colaboração com o coletivo envolvido, bem como fazer parte do processo de formação dos profissionais da saúde e, dessa forma, contribuir com a transformação do modelo de atenção, particularmente na atenção básica à saúde.

Neste contexto, este estudo teve como objetivo analisar o desenvolvimento das ações de saúde coletiva na atenção básica à saúde em municípios do estado de São Paulo na perspectiva de articuladores da atenção básica.

O estudo de como os articuladores da atenção básica analisam a implementação das ações de saúde coletiva na atenção básica à saúde, pode resultar em maior aporte aos gestores, trabalhadores da saúde, usuários e formadores; propiciar elementos para a melhoria e qualificação da atenção da saúde; e contribuir para aumentar o conhecimento em saúde e enfermagem.

## **Métodos**

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa. A escolha por este tipo de abordagem partiu do interesse por compreender e analisar a realidade social dos sujeitos com uma visão dialética, que privilegia a contradição e o conflito; o fenômeno da transformação, o vir-a-ser, o movimento histórico e a totalidade.(5)

O estudo foi realizado no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, especificamente na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS 13) que se localiza na macrorregião Nordeste do Estado de São Paulo e é composta pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto com 90 municípios agregados em 12 diferentes Regiões de Saúde abrangendo uma população total de 3.307.320 habitantes.(6) Os sujeitos da pesquisa foram 10 articuladores da atenção básica à saúde que atuam na RRAS 13.

Foram incluídos como sujeitos da pesquisa os articuladores da atenção básica à saúde da RRAS 13 do estado de São Paulo que aceitaram conceder a entrevista e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos da pesquisa aqueles que no momento da coleta de dados estavam em situação de afastamento do trabalho.

Para a coleta dos dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, pois com essa técnica pode ser obtida informações que representam a realidade do sujeito estudado quanto às suas crenças, ideias, sentimentos, maneiras de agir, de pensar dentre outras.(5)

As entrevistas foram realizadas em sala privativa no local de trabalho dos articuladores, nos meses de fevereiro a março de 2014. Com vistas a garantir a qualidade e fidedignidade dos dados, as entrevistas foram gravadas mediante anuência dos participantes. Para preservar o anonimato, os entrevistados foram identificados com a letra A e número consecutivo de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

Para a análise dos resultados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo(7) na modalidade temática, seguindo-se as etapas: leitura, determinação das unidades de registro e suas significações, codificação e classificação, e, tratamento e interpretação dos resultados. A leitura flutuante possibilitou continuar com as marcações das unidades de registro ordenando-as por temas. Os dados foram agrupados por meio de aproximações e distanciamentos e foram construídas as categorias.(6)

O desenvolvimento da pesquisa atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

## **Resultados**

Dos dez articuladores da atenção básica entrevistados, nove são do sexo feminino e um do sexo masculino. Quanto à formação profissional, a maioria tem formação em enfermagem. Todos possuem alguma especialização na área da saúde. Com relação ao tempo de trabalho como articulador da atenção básica, sete dos entrevistados estão no cargo desde que foi implantado o programa de articuladores no estado de São Paulo, cinco anos. Um deles está há quatro anos no cargo e os dois restantes atuam como articuladores há um período entre três e nove meses. O número de municípios sob responsabilidade de cada articulador variou entre cinco e nove municípios.

Foram elaboradas quatro categorias temáticas descritas a seguir.

### **1. Concepções que sustentam as ações de saúde coletiva**

Nessa categoria encontram-se as concepções dos articuladores da atenção básica sobre ações de saúde coletiva que evidenciaram diferentes significados:

Muitas ações coletivas, mas já do que a gente tem hoje como ações prioritárias, como saúde da mulher, saúde do homem, idoso, criança, fazem campanha de vacinação, tem os atendimentos em grupos, mas também que são divididos as vezes por patologias, a população alvo deles é em cima dos programas que já estão instalados (A1).

Inclui também, o desenvolvimento de ações extramuros às unidades, ocupando-se e lidando com a dinâmica e as reais necessidades do território. (A3).

Desenvolvimento de ações fora da unidade, na comunidade e com a comunidade (A3).

Ações de saúde coletiva como necessidade de se procurar outros setores que ultrapassem a saúde e de se trabalhar articuladamente sempre na procura de um atendimento integral à saúde, tem que ter uma integração com outros setores, parceiras com a escola, atividades coletivas (A9).

Saúde coletiva como modelo de atenção focado em práticas e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (A10).

## **2. Dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde coletiva**

Os articuladores relataram algumas situações ou posicionamentos que representam ou compõem o contexto de entraves e dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde coletiva na atenção básica.

Um entrave apontado foi a inadequação do perfil de atuação e de formação dos profissionais de saúde, que ainda reflete o modelo tradicional de atenção à saúde baseado no atendimento clínico, individual e curativo:

Ainda existe muito esse modelo de pronto atendimento, de atendimento à demanda espontânea, eles só ficam focados na questão do atendimento individual (A2).

Muita dificuldade da enfermeira em organizar as atividades do dia a dia, ainda ela é muito focada naquela coisa de queixa e conduta (A2).

Nesses dias eu cheguei numa unidade abarrotada de gente, estavam os 2 técnicos e a enfermeira montando o pacotinho de gaze às 9:00 horas da manhã com a unidade muito cheia será que não tem outras possibilidades? (A3).

A gente não sabe se é que eles não entendem muito bem qual é o papel ou tem preguiça por que não quer fazer. Existem aquelas colegas que não querem mesmo fazer. Falta de compromisso, de responsabilização (A9).

Eu acho que não é nem dificuldade de conhecimento, eu acho que é um problema de comprometimento, de acomodação (A10).

Eu acho que se não mudar a formação profissional a gente infelizmente pode nadar e nadar e nadar e avançar pouco, mas a instituição formadora ela tem um papel fundamental nisso se ela não mudar o perfil fica difícil (A4).

A falta de realização da reunião de equipe também é apontado como dificuldade para o desenvolvimento das ações de saúde coletiva:

As reuniões de equipe ainda que prevista que se realize uma reunião de equipe por semana, muitas vezes esse espaço ele não está garantido (A2).

[...] tem município que tem, e outros que não tem, onde tem reuniões semanais eles utilizam esses dados, onde não tem você percebe que é meio desconectado (A4).

Outra dificuldade também descrita pelos entrevistados refere-se à forma de atuação do gestor municipal de saúde:

Você tinha um tempo para você trabalhar com o gestor então a gente ia e o que é que a gente percebeu? Que isso começou a não chegar às equipes, então aquilo que a gente achava que estava acontecendo, não estava (A4).

O prefeito do município, algumas vezes, também exerce influência sobre esse processo, dificultando-o: chegou um prefeito acabou com tudo, depois chegou outro prefeito voltou com tudo (A7).

[...] que ele mandava lá e a estratégia ia funcionar conforme ele mandava que era sem agendamento, demanda espontânea só (A8).

Os articuladores ressaltam que tem adotado estratégias para superar algumas dessas dificuldades relatadas:

Justamente é mostrar pra o gestor o que é a equipe, a estratégia saúde da família, como deve trabalhar [...] (A5).

Eu comecei a trabalhar com as comissões de trabalho, então eu trazia um profissional de cada área pra vir pras reuniões, pra eles poderem ter esse olhar mais abrangente (A6).

O que eu tenho buscado é tentar trabalhar com as equipes para praticamente fazer um re-introdutório do que é saúde da família, sensibilizar (A10).

### **3. Contextos facilitadores das ações de saúde coletiva**

Identificam-se aqui as situações que na prática cotidiana, de alguma maneira, possibilitam ou abrem caminhos para a realização das ações coletivas, conforme os seguintes discursos:

Os gestores estão muito empenhados na questão da saúde da família, eu acho que isso da campo para a gente avançar na questão de mudança de modelo, de mais se aproximar do território (A3).

[...] as equipes estão mais permeáveis na questão de você trabalhar com as demandas coletivas, do que aquelas outras que ainda não tem uma estruturação das linhas de cuidado, eu acho

que isso dá campo para a gente avançar na questão de mudança de modelo de mais se aproximar do território (A3).

Essa figura do agente comunitário que vai até a comunidade que vai atrás das demandas, diferente da unidade de atenção básica tradicional que se espera que o usuário venha quando ele tem problema [...] (A7).

O PMAQ veio muito em cima disso: para a organização. Ajudou muito por que ele te cobra as reais atribuições da ESF na AB, o próprio questionário ele já é uma forma de aprimorar o olhar, então quando o pessoal responde a isso eles começam a ter uma outra visão do processo de trabalho (A10).

#### **4. Propostas para avançar na construção e desenvolvimento de ações de saúde coletiva**

Os sujeitos apontaram possíveis propostas que poderiam contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde coletiva na atenção básica, que se colocam como desafios a serem enfrentados na construção de novas práticas pelas equipes de saúde, gestores e outros participantes da produção da atenção à saúde:

Hoje uma das nossas propostas no plano de trabalho agora é trabalhar mais nas linhas de cuidado (A4).

As universidades fazem muitos movimentos, mas, normalmente no território onde ela está instalada, e os municípios que não tem esse recurso então?. Se a gente pudesse ter essa questão da universidade mais para os outros territórios, para os outros municípios [...] (A2).

Se trabalhar nessa concepção de discutir caso, tem a questão de educação permanente eu acho que são processos que a gente precisa fortalecer cada vez mais (A3).

Eu acho que a sensibilização dos gestores é importante em relação a isso, como te falei não dá pra você ter uma equipe se o gestor não veste a camisa (A5).

[...] cada município tem que ter um coordenador da atenção básica para poder notar esse resultado (A10).

### **Discussão**

As quatro categorias de análise trazem sentidos, entendimentos e experiências dos articuladores da atenção básica no que diz respeito às ações de saúde coletiva.

A primeira categoria abordou as concepções que sustentam o desenvolvimento de tais ações. Destaca-se a concepção de ações de saúde coletiva, como aquelas que promovem atendimento a grupos prioritários, campanhas, trabalho de grupo, atendimento de grupos por patologia, atividades fora

da unidade, ações com participação popular, ações intersetoriais, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Com isso, reproduz-se uma abordagem das necessidades de saúde de modo ainda genérico e normalizado das singularidades de vida que estão imersas num mesmo território, apurando uma visão e um entendimento desconsiderado das relações entre as necessidades de saúde e o contexto social, cultural e ao meio em que a população vive e se desenvolve (Campos e Bataiero, 2007).

Na fala de alguns articuladores, identifica-se o reconhecimento de que o território oferece inúmeros espaços para a realização de ações de saúde coletiva para além do oferecido dentro das unidades, mas, parece que há certa resistência das equipes de saúde a desenvolvimento de atividades no território, nas ruas, com a população, e insistem em desenvolver ações dentro do “canto seguro” que neste caso seria as unidades de saúde da família, reduzem-se ainda, as necessidades de saúde da população à lógica da diminuição dos sintomas através de medidas padronizadas, lógica que se afasta do sentido das ações de saúde coletiva como aquelas que alcançam novas negociações de vida, entendendo a vida não como uma adequação aos padrões já estabelecidos. (Fortuna et al., 2011)

Para alguns articuladores, as ações de saúde coletiva são aquelas que correspondem à promoção da saúde, prevenção da doença, e, um dos sujeitos reconhece as ações de intersetorialidade como de saúde coletiva também, porém, é esse ainda um entendimento um pouco limitado do que certamente abrange as ações de saúde coletiva. Há desconhecimento nos articuladores de que dentro do campo da saúde coletiva incluem-se também as ações de elaboração do diagnóstico situacional do território, seguimento e avaliação das ações em saúde, a organização e promoção da participação e controle social. (Fortuna et al., 2009)

No que tange à segunda categoria: Dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde coletiva evidencia-se que alguns articuladores visualizam ainda em algumas equipes de saúde da atenção básica uma desresponsabilização com a população e o território em que atuam no sentido de que as ações e cuidados que estas realizam ainda baseiam-se no sistema da queixa- conduta, com pouco aproveitamento dos espaços, do tempo, e das oportunidades potenciais para planejar e atuar na perspectiva da integralidade da atenção e do cuidado da saúde. Desse modo, identifica-se por meio dos relatos de alguns dos articuladores, ainda



um modelo de atenção à saúde baseado na triada médico-curativo-individualizado visualizado no trabalho de equipes da atenção básica.(8)

Essa possível atitude em algumas equipes que foi chamada por alguns articuladores de “acomodação” e de “falta de compromisso” para com o seu território, pode se dever à perda do sentido e da finalidade do seu trabalho, e à falta de motivação no ambiente de trabalho para elas pensarem, planejarem e desenvolverem estratégias que possam ir além das ações biologistas, fragmentadoras e limitadas a soluções temporais, dificultando o objetivo da atenção básica de atuar resolutivamente tanto no usuário como no entorno dele. (9)

Faz-se necessária a construção de outro tipo de organização dos serviços, que inclua a oferta organizada de acordo com as necessidades identificadas no diagnóstico situacional.

A inadequação da formação profissional propiciada pelas instituições formadoras aparece como uma das responsáveis pela falta de estruturação de perfil profissional adequado para o trabalho com o coletivo. Por outro lado, estudo realizado com estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia, mostra que foram propiciados momentos formativos e experiências para que os diferentes saberes da academia e do serviço fossem res-significados e potencializados para um campo comum, visando à interdisciplinaridade do conhecimento e à integração ensino-serviço, (11) evidenciando que, instituições acadêmicas também estão buscando ampliar e avançar na formação de profissionais de saúde, mas, parece que ainda não tem se refletido, de forma ampla na mudança das práticas de saúde.

Outro aspecto que dificulta é a inconstância de algumas equipes na realização das suas reuniões. Pode-se pensar que uma causa para que as reuniões de equipe não estejam acontecendo, é talvez por que as equipes estão engolidas com a demanda espontânea, com a sobrecarga de funções e atribuições, ou em alguns casos, pode-se pensar também que é por que algum ou alguns membros dentro da equipe, não acreditarem na importância do aproveitamento desse espaço para se discutir, planejar e avaliar as ações desenvolvidas por eles. Porém é preciso destacar a importância da reunião de equipe na ESF, como espaço de diálogo, manifestação de opiniões, construção de estratégias de atendimento coletivo e subsídios para conceber decisões mais acertadas. (12)

Evidencia-se em alguns depoimentos, quão difícil têm sido o trabalho articulado entre os gestores e as equipes de saúde. Ainda existem municípios onde os gestores de saúde não estabelecem diálogo com suas equipes de saúde, sendo este o instrumento indispensável para o planejamento e realização das ações em saúde, e uma consequência disso que causa desconforto nas equipes, segundo relatos dos articuladores, é a sobreposição do gestor frente às equipes, e a imposição de exigências no processo de trabalho das equipes que, na visão delas mesmas e reforçadas pelos articuladores, são desvinculadas do preconizado na ESF.

Alguns autores destacam a existência de certos gestores com perfil centralizador e a grande dificuldade deles em atribuir autonomia às equipes para que elas participem do planejamento das ações, a isso se soma como consequência o chamado tripé “dor-desprazer-trabalho” que se explica na sensação de excisão e amputação de conhecimentos, saberes e desejos no seu processo de trabalho causado pela restrição do seu fazer somente à obediência e cumprimento de tarefas.(13)

Enquanto as redes de comunicação entre gestão e equipes, estiverem interrompidas e houver um afastamento entre eles, os processos de trabalho serão afetados negativamente, pois, dificulta-se o processo de informação e fluxos de comunicação entre os envolvidos, também, prejudica o estabelecimento de vínculo e estruturação de uma rede de atuação sólida, resultando na formação de processos de trabalho que se afastam cada vez mais da finalidade pela qual foi criada a ESF.(14)

A alternância de gestões nos municípios foi outro aspecto ressaltado por articuladores como dificuldade da efetivação da saúde coletiva na atenção básica, sendo o processo de trabalho das equipes de saúde um dos aspectos mais prejudicados, pois, em muitas ocasiões, interrompem-se atividades que já haviam sido discutidas e planejadas, fazendo com que se perca a continuidade das ações e levando às equipes a recomeçar de zero, sujeitando-as a se manter num círculo vicioso sem avanços significativos.

Cabe ao gestor como responsável pelo sistema municipal de saúde, de quem depende em grande parte o bom funcionamento da rede de trabalho, subsidiar às equipes de saúde e aos usuários, quanto ao planejamento e ajustamento do processo de trabalho conforme com as demandas e necessidades reais e potenciais

da sua população, por tanto, o trabalho dos gestores municipais de saúde deve basear-se na incorporação dos princípios do SUS, sendo indispensável organizar o próprio trabalho de modo a alcançar uma maior qualidade dos serviços e da saúde da sua população, envolvendo todos os atores responsáveis num processo de troca de experiências, saberes, informações e orientações, promovendo um processo de co-gestão, onde os gestores se constituam atores na mudança do modelo de atenção à saúde e onde ninguém por si só tome decisões.(13)

Quanto à terceira categoria que refere-se aos contextos facilitadores das ações de saúde coletiva, apreende-se a partir dos depoimentos, que ao vislumbrar mudanças no modelo de atenção à saúde, alguns gestores municipais vêm na ESF uma resposta e o caminho certo para alcançar maiores avanços relacionando-a com a produção de ações em saúde que garantam melhores resultados na saúde e qualidade de vida da sua população, do seu coletivo.

Alguns articuladores deixam explícito o diferencial do processo de trabalho na estratégia de saúde da família quanto à disponibilidade para o desenvolvimento de ações de saúde coletiva. Por tanto, resulta importante e necessário investir na implementação e fortalecimento da ESF nos municípios por ser este o espaço fértil para a germinação de passos que avancem na construção de um atendimento à saúde resolutivo, ficando mais próximo do território e sua população. Dessa forma, contribui-se com o cumprimento do objetivo de ordenar e reorientar as ações em saúde da atenção básica estimulando e fomentando a articulação das ações de cuidado tanto individual quanto coletivas, ações estas que desde a história têm sido limitadas à prevenção da doença, promoção de estilos de vida saudáveis, curar a doença e reabilitação da mesma.(2)

A implementação do PMAQ na atenção básica, é apontada como um incentivo para o desenvolvimento de ações de saúde coletiva, uma vez que, as equipes e municípios recebem um incentivo financeiro ao desenvolver e avaliar ações em saúde próprias desse nível de atenção.

Mesmo com a noção de “quanto eu vou ter a mais” própria da lógica capitalista, parece que está se promovendo com a instituição do PMAQ, o desejo e a intenção nos gestores e nas equipes de se aproximar cada vez mais a ter uma visão mais aprimorada do coletivo, fazendo com que a saúde coletiva fique mais próxima do que distante das ações realizadas em saúde, por meio do desenvolvimento de

um conjunto de ações que promovam os movimentos de mudança do cuidado e da gestão do cuidado produzindo a melhoria e a qualidade da Atenção Básica.(15)

Identifica-se, também, que a existência de um coordenador da atenção básica no município facilita e propicia um melhor funcionamento da atenção básica quanto ao diagnóstico, planejamento, execução e avaliação das ações em saúde, pois atua diretamente e junto com as equipes de saúde, com o articulador da atenção básica e com a gestão municipal, possibilitando comunicação e articulação entre eles.

Desse modo, o trabalho do coordenador da atenção básica volta-se para a procura da qualificação dos serviços de saúde ofertados na atenção básica acertando na autonomia e qualidade de vida da população como um todo, ou seja, como coletivo.(16)

A quarta categoria refere-se às propostas para avançar na construção e desenvolvimento de ações de saúde coletiva, no que diz respeito à organização e funcionamento do trabalho das equipes. Percebe-se que a estruturação e efetivação das linhas de cuidado na atenção básica, representa tanto um contexto facilitador, quanto uma proposta concreta para avançar na construção e desenvolvimento de ações de saúde coletiva, no sentido de que, as equipes com esse modo de trabalhar e funcionar ganham faculdades e ferramentas para enxergar as necessidades potenciais em saúde e desenvolver ações de cuidado com uma maior abertura e sensibilidade do coletivo.

Essa forma de trabalho vai ao encontro de alguns elementos que caracterizam o fato de se trabalhar por meio de linhas de cuidado, tendo como diretrizes o acolhimento, o vínculo e a responsabilização das equipes com sua população, por meio do planejamento de ações assistenciais que resolvam determinado problema de saúde, baseando-se em uma avaliação de risco, risco não meramente clínico, também social, econômico, afetivo e ambiental, isto é um olhar integral do problema de saúde, garantindo a integralidade na assistência à saúde.(17)

Além disso, quando se fala de trabalhar em linha de cuidado, faz referência a ser capaz de promover uma vida saudável, favorecer sociedades saudáveis, prevenir doença, invalidez e morte prematura, tratar a doença, facilitar e apoiar o desenvolvimento e manutenção do cuidado ao longo da vida tanto ao

indivíduo quanto às famílias e comunidades, procurando sempre desenvolver autonomia para o autocuidado, por meio do vínculo e corresponsabilidade.(17)

Por outro lado, com o objetivo de diminuir as distâncias entre a academia e os campo de atuação, alguns articuladores propõem que as universidades pactuem a realização de estágios supervisionados com instituições, centros e unidades de saúde de outros municípios além do município onde encontra-se locada a universidade, oferecendo e possibilitando esse apoio e recurso a municípios que não contam com um equipamento social como é a universidade. Estudo realizado na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, concluiu que é preciso se investir muito mais na aproximação da universidade com os campos de estágio segundo as regulamentações da Política Nacional de Estágio (estágio supervisionado teoria e prática).(18)

Considera-se que espaços de discussão e encontro entre equipes, gestão e todos os agentes envolvidos na produção da saúde municipal, pode consolidar e fortalecer as relações e vínculos de comunicação e processos de trabalho entre eles, favorecendo o surgimento de novas formas de planejamento, execução e avaliação colaborativa das ações de saúde coletiva, acabando em melhores resultados e uma melhoria na qualificação tanto dos serviços quanto da saúde e qualidade de vida da população. Constitui-se, então, como desafio, a construção de iniciativas voltadas para a constituição desses espaços fugindo do processo de trabalho parcelado e pouco reflexivo.(14)

O fortalecimento do vínculo e apoio entre gestão municipal e equipes de saúde, torna-se um desafio e uma necessidade latente no desejo de atingir o ideário enquanto a ações de saúde coletiva ofertadas nos serviços e unidades de atenção na rede básica.

Esse desafio presume o reconhecimento e estabelecimento de negociações de compromissos em uma relação de dialogo, destacando as possibilidades e ferramentas capazes de favorecer esses processos entre os diferentes atores, vozes e interesses: gestores e representantes de instituições, profissionais e trabalhadores da saúde, líderes comunitários e os usuários dos serviços.(19)

## **Conclusões**

Conclui-se que o entendimento e a abordagem em saúde coletiva, ainda que não muito distante do preconizado, pois os articuladores conseguem identificar e reconhecer alguns dos seus elementos, exige tanto dos gestores quanto das equipes de saúde uma compreensão e sensibilização mais ampla e aberta do verdadeiro conceito e atuação em saúde coletiva. No entanto, para que isso corra é preciso haver investimentos como o programa de articuladores da atenção básica.

Os articuladores da atenção básica apontam que o desenvolvimento de ações de saúde coletiva na atenção primária à saúde enfrenta diferentes dificuldades que entram o processo de construção e fortalecimento das mesmas.

Embora, sejam evidentes alguns avanços, os articuladores ainda não reconhecem nem destacam progressos significativos na atenção primária como lugar para engendrar e desenvolver ações de saúde coletiva. Estratégias de enfrentamento são utilizadas de forma individual pelo articulador que busca incentivar e potencializar as ações de saúde coletiva nos municípios que apoia.

Foram identificados alguns contextos que facilitam o desenvolvimento de ações de saúde coletiva, contextos que envolvem tanto a gestão municipal de saúde quanto às equipes, tais contextos fazem referência à abertura, permeabilização, e comprometimento de alguns municípios no intuito de se construírem caminhos para avançar no desafio da mudança do modelo de atenção à saúde e de aproximar cada vez mais os serviços aos territórios.

Tais possibilidades fazem com que os articuladores levantem propostas e desafios presentes e futuros a serem enfrentados, por meio da consolidação e fortalecimento de estratégias e ações que na sua maioria já estão estabelecidas e que se encontram ativas atualmente. Dentre elas, destacam-se o trabalho nas linhas de cuidado integral, e a educação permanente, o que possibilitaria chegar mais perto da integralidade da atenção à saúde.

Como limite dessa investigação, apresenta-se o fato de as ações de saúde coletiva serem exploradas somente na perspectiva dos articuladores, considerando a necessidade de realização de outros estudos apontando perspectivas de outros sujeitos, como: equipes de saúde, gestores e usuários.

## **Agradecimentos**

Pesquisa realizada com o Apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Programa de Demanda Social (CAPES -DS), na modalidade Bolsa de Mestrado Acadêmico.

### **Colaborações**

Ordoñez LKB contribuiu com a concepção, coleta e análise dos dados e redação do artigo. Arantes CIS colaborou com a concepção e elaboração do projeto, análise dos dados e revisão do artigo para publicação.

### **Referências**

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011;6736(11):60054–8.
2. Fortuna CM, Matumoto S, Pereira M José, Mishima SM. Ações de cuidado coletivo no trabalho dos enfermeiros da estratégia saúde da família: abordagem do meio ambiente. ABEn C, editor. In: *Anais do 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem*. Fortaleza; 2009.
3. Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? *Rev Bras Enferm*. 2009;62(3):429–9.
4. Fortuna CM, Matumoto S, José M, Pereira B, Mishima SM, Kawata LS. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19(3):08 telas.
5. Minayo MC de S. *O desafio do conhecimento*. 12th ed. São Paulo: Hucitec, editor. São Paulo; 2010.
6. Mapa regional de saúde RRAS13- Araraquara-Barretos-Franca-Ribeirão Preto. São Paulo: SES/SP; 2012.
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 70 LE, editor. Lisboa; 2010.

8. Guimarães JM, Jorge MS, Maia RC, Oliveira LC, Moraes AP, Lima MP, et al. Participação social na saúde mental : espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15(4):2113–22.
9. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em Saúde. In: EPSJV, editor. *Dicionário da educação profissional*. 2nd ed. Rio de Janeiro; 2008. p. 427–32.
10. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2005;9(18):489–506.
11. Linhares MS, Freitas CA, Teixeira AK, Dias RV, Flor SM, Cavalcante FR. Programa de educação para o trabalho e vigilância em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2013;11(3):679–92.
12. Grando MK, Dall'agnol CM. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery*. 2010; 14( 3 ): 504-510.
13. Figueiredo PP. Processo de trabalho da gestão da estratégia saúde da família: um estudo da concepção de gestão e da sua articulação com as equipes de saúde e a comunidade [Internet]. Universidade Federal do Rio Grande; 2008. p. 176. Available from: [http://www.argo.furg.br/bdtd/tde\\_arquivos/9/TDE-2009-03-26T093821Z-133/Publico/Paula.pdf](http://www.argo.furg.br/bdtd/tde_arquivos/9/TDE-2009-03-26T093821Z-133/Publico/Paula.pdf)
14. Sarti TD, Campos CE, Zandonade E, Ruschi GE, Maciel EL. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):537–48.
15. Cuiabá-MT. Cartilha PMAQ - Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica. 2012;1–26.
16. RESOLUÇÃO Nº 91/2008 que Aprova o texto de adequação da Portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006 às especificidades do Estado da Bahia e



define estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado. 2008.

17. Franco CM, Franco TB. Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde. In: Secretaria de Estado de Saúde do RS [Internet]. Available from: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1306960390341linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>
18. Assis RL, Rosado IVM. A unidade teoria-prática e o papel da supervisão de estágio nessa construção. Rev Katálysis [Internet]. 2012 Dec;15(2):203–11. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802012000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802012000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
19. Elia PC, Cabral M do N. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. Physis Rev Saúde Coletiva. 2011;21(2):745–65.

### 4.3 ARTIGO 3. Práticas de saúde coletiva na atenção primária<sup>1</sup>

Lina Karina Bernal Ordoñez<sup>2</sup>

Cássia Irene Spinelli Arantes<sup>3</sup>

Essa pesquisa qualitativa teve como objetivo identificar e descrever práticas de saúde coletiva desenvolvidas no trabalho das equipes de saúde de diferentes municípios do estado de São Paulo na perspectiva dos articuladores da atenção básica. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com articuladores da atenção básica da RRAS 13 e análise temática para tratamento dos dados. Os resultados estão dispostos em dois grandes temas: Práticas de saúde coletiva na atenção básica; e Práticas de Vigilância em saúde. Conclui-se que, faz-se necessário insistir na concepção e criação de novas estratégias e novas formas de produzir saúde, onde gestão, equipes de saúde, outros setores e a população se integrem para alcançar dita produção.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Saúde da Família.

#### Introdução

O Brasil vem consolidando uma constante busca na substituição de um sistema de saúde baseado em um modelo hegemônico centrado na visão da pessoa como uma doença, com hipervalorização da assistência curativa, hospitalar e superespecializada; por uma assistência à saúde mais holística que consiga

---

<sup>1</sup> Apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior , Programa de Demanda Social (CAPES -DS). Modalidade: Bolsa de Mestrado.

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de São Carlos, SP, Brasil. E-mail: linakarina55@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professor Associado do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, SP, Brasil. E-mail: arantes@ufscar.br

promover cuidado às pessoas de uma maneira mais integral (GONZALÉZ; ALMEIDA, 2010).

A rede de atenção básica onde se inclui a saúde coletiva como um dos componentes marcantes, faz uso não só das ferramentas e conhecimentos técnicos específicos de cada profissional, como também do vínculo, do acolhimento e de uma relação paciente-profissional que objetiva atuar tanto junto ao usuário como no entorno dele (MERHY; FRANCO, 2008).

Deste modo, a saúde coletiva contribui no cumprimento do princípio da integralidade na atenção em saúde, no sentido de que analisa a produção e distribuição das doenças na sociedade e as práticas sociais; busca compreender as maneiras como a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se apronta para enfrentá-los (CARVALHO, 2005).

Incluem-se dentre as ações de saúde coletiva aquelas que estão relacionadas com a elaboração do diagnóstico situacional do território, promoção da saúde, controle e avaliação das ações desenvolvidas, organização e promoção da participação social, educação em saúde a gestão de ações intersetoriais (FORTUNA et al., 2011).

Na busca pela reorganização do modelo de assistência à saúde, Brasil criou a Estratégia Saúde da Família (ESF) com o objetivo de ordenar e reorientar as ações em saúde da atenção básica estimulando e fomentando a articulação das ações de cuidado tanto individual quanto coletivas, ações estas que desde muitos anos atrás têm sido limitadas à prevenção da doença, promoção de estilos de vida saudáveis, cura de doenças e reabilitação (BRASIL, 2011).

A ESF, ao originar-se como forma de reorganização da atenção primária à saúde, assume como foco e objeto de atenção à família com todas suas características sociais e contextuais, o que inclui a participação e integração da comunidade ao sistema de saúde e às políticas públicas como princípio a ser cumprido e respeitado (COELHO; JORGE; GUIMARÃES, 2009).

Em seu estudo sobre práticas de cuidado coletivo na ESF, Fortuna et al., (2011) constataram alguns achados dessa pesquisa; Porém, a presente pesquisa trata de tema relevante no âmbito da atenção básica em saúde, sob a perspectiva de um novo ator no cenário da saúde do estado de São Paulo: o articulador de atenção básica à saúde, sendo assim uma perspectiva que pode contribuir para o avanço do conhecimento e das práticas em saúde tanto de gestores, trabalhadores da saúde, usuários e formadores.

Tendo em vista a proximidade que os articuladores possuem em relação às equipes de atenção primária à saúde de diferentes municípios, formulou-se a seguinte questão: quais práticas de saúde coletiva os articuladores identificam no trabalho das equipes da atenção básica à saúde?

Para responder a tal questão, este estudo teve como objetivo identificar e descrever práticas de saúde coletiva desenvolvidas no trabalho das equipes de saúde de diferentes municípios do estado de São Paulo na perspectiva dos articuladores da atenção básica, e identificar equipes de saúde que desenvolvam ações de saúde coletiva consideradas pelos articuladores como inovadoras.

### **Método**

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva e com abordagem qualitativa. A escolha por este tipo de abordagem emergiu pelo interesse por compreender e analisar a realidade social dos sujeitos com uma visão dialética, que favorece o conflito; o fenômeno da transformação, o movimento histórico e a totalidade (MINAYO, 2010).

A pesquisa foi realizada no contexto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, exclusivamente na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS 13), localiza-se na macrorregião Nordeste do Estado de São Paulo, é constituída pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto, abrange uma população total de 3.307.320 habitantes (SÃO PAULO, 2012).

Os sujeitos dessa pesquisa foram 10 articuladores da atenção básica à saúde que trabalham na RRAS 13. Os critérios de inclusão integram: articuladores que aceitaram participar na entrevista e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O critério de exclusão foi: articuladores que no momento da coleta de dados se encontravam em situação de afastamento do trabalho.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cada sujeito (MINAYO, 2010), entre os meses de fevereiro e março de 2014, todas elas foram gravadas e transcritas. Para preservar o anonimato, os entrevistados foram identificados com a letra A e número consecutivo de acordo com a ordem de realização das entrevistas. Foi realizada análise temática (BARDIN, 2010). Foram construídos núcleos de sentido que deram origem aos temas. Realizou-se leitura exaustiva e flutuante das entrevistas transcritas, agrupando as semelhanças, recorrências e sentidos, buscou-

se também, aspectos diferentes que pudessem dar pistas para outras interpretações sobre as ações de saúde coletiva.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFSCar, com o Protocolo de número 509.282, em 11/01/2014. Todos os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme orienta a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

## **Resultados**

A partir da análise temática foram construídos dois grandes temas. O primeiro tema: práticas de saúde coletiva na atenção básica, faz referência ao campo da produção das ações de saúde coletiva pelos profissionais e trabalhadores da saúde na atenção básica, está constituído pelos subtemas: práticas referentes ao diagnóstico de saúde do território; realização de grupos como práticas de promoção da saúde; práticas intersetoriais; práticas de promoção do controle social; práticas de avaliação das ações.

O segundo tema: práticas de vigilância em saúde referem-se ao campo da gestão, responsabilização e produção de ações de vigilância em saúde na atenção básica.

### **Tema 1. Práticas de saúde coletiva na atenção básica**

#### **Práticas referentes ao diagnóstico de saúde do território**

A questão de territorialização na ESF apresenta-se como facilitador da realização do diagnóstico de saúde, quando comparado com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde são uma ferramenta a mais com a qual as UBS não contam. *As equipes que tem estratégia de saúde da família, eles tem esse mapeamento né e esse conhecimento melhor da população. Agora as unidades tradicionais, elas não tem essa visão ampla das necessidades do território, é mais no “achômetro”, não tem mapeado, entendeu (A6).*

*O agente comunitário mensalmente ele tem um planejamento de fazer as visitas, mas muitas vezes ele traz essas informações e não são trabalhadas e isso vira uma rotina, e aí ele acaba não trazendo mais né, se você não valoriza esse olhar ele acaba perdendo um pouco essa sensibilidade (A2).*

Atribui-se ao diagnóstico de saúde do território, o eixo e princípio para a realização do planejamento das ações em saúde de cada equipe, porém, essa ferramenta é pouco aproveitada por elas para a análise da situação de saúde dos seus territórios.

*[...] você pode ter esse olhar do que tem mais aquela população, do que você precisa para aquela*

população, quais as ações que você pode fazer que vão ter um retorno melhor, mas, muitos não usam isso como instrumento para o planejamento (A1).

[...] Ou então fez um dia e acha que não precisa fazer nunca mais, quando eu vou nos municípios eu noto que o pessoal não usa diagnóstico nenhum como ferramenta de trabalho, trabalha encima de demandas (A7). O que está estimulando a olhar e planejar através dos indicadores de diagnósticos é o articulador da AB que tem estimulado isso (A7). A gente todo ano renova o diagnóstico municipal de saúde, eu faço o diagnóstico (A10).

### **Realização de grupos como prática de promoção da saúde**

Destacam-se as ações de educação em saúde dirigidas a grupos específicos com as mesmas condições ou patologias: *É mais voltado para educação em saúde a grande maioria mesmo, então, fazer exercício hoje para não ser sedentário, para evitar (A1). Nada de promoção em saúde, é grupo voltado à doença, agora grupo de promoção, essas coisas não estão acontecendo (A8).*

A sala de espera em algumas unidades configura-se como um novo espaço onde é possível desenvolver ações de educação em saúde e discussões com a população que se encontra à espera de um atendimento, embora, seja ainda um espaço que está sendo pouco explorado e oportunizado. *Eu tenho algumas equipes que fazem sala de espera ta? Então discutem alguns assuntos enquanto aguardam algum atendimento (A2). Grupos de sala de espera nas unidades, vem sendo realizados grupos com as gestantes na sala de espera com orientação alimentar, grupo de atividade física, orientação com os diabéticos. A6*

Aparecem outras práticas grupais de promoção da saúde na atuação das equipes aproveitando os espaços físicos que tem dentro das unidades como por exemplo, oficinas de trabalhos manuais na sala de reunião das equipes. *Eu tenho uma unidade que a sala dos agentes é onde acontecem essas oficinas então tem bordado, o cardápio deles já está sendo modificado (A3). Eles estão fazendo muitos projetos de oficinas de trabalhos manuais na sala de reunião da equipe no sentido de estimular que essa pessoa tenha uma outra forma de geração de renda né (A8).*

Também, estão se juntando novos profissionais a algumas equipes, com o objetivo de colaborar e apoiar o desenvolvimento de ações de promoção da saúde. *Alguns têm, por exemplo, educador físico entrando na rede, nutricionista, terapeuta, assistência social, às vezes o psicólogo, as vezes é um profissional que não é do quadro então ele é contratado através de projetos, eles já estão reconhecendo também que as ações de promoção da saúde precisam de outros profissionais além do médico e o enfermeiro (A3).*

### **Práticas intersetoriais**

Algumas equipes estão desenvolvendo parcerias com outros setores, procurando articular as ações em saúde com outras categorias, nesse sentido, destacam-se os setores de educação e assistência social como os setores com os quais a saúde tem mais facilidade para o trabalho articulado. *Eles por exemplo, começam a fazer saúde na escola que é um programa nacional e recebem incentivo para isso, eu também percebo que eles já começam a se integrar com outras áreas, por exemplo, assistência social e aí tem o CRAS que é uma estrutura regional, então eles já têm projetos articulados (A3). Tem alguns que fazem sábado na praça, sábado mania em que tem integração com educação, assistência social, todo juntamente com a saúde, mas eu acho que ainda não é o que se espera esta baixo da expectativa (A10).*

Uma dificuldade identificada por alguns articuladores para que as equipes procurem a intersectorialidade, é o caso do medo e o sentimento de “ser melhor” não se intrometer no trabalho do outro, o que faz com que ocorra um afastamento maior entre os setores. *Principalmente em município pequeno tem uma dificuldade muito grande de um estar atrapalhando o trabalho do outro eles vem dessa forma: Ah mas se eu falar que esta cheio de pneu lá na horta do senhor fulano, a vigilância sanitária vai ficar com raiva, vai falar que eu estou entregando eles, então você vê que tem muita coisa que não chega aonde tem que chegar por conta do medo, de não se comunicar uma área com a outra (A9).*

Em outros casos, é a própria gestão municipal quem assume esse papel de chamar e de integrar os outros setores por que as equipes algumas vezes optam por não desenvolver nenhum tipo de procura das ações intersectoriais. *Existe se chegar até a gestão pedindo, vai no secretario e o secretario é quem faz esse caminho, não eles, não é a equipe (A4).*

### **Práticas de promoção do controle social**

Embora na maioria das falas dos articuladores, as reuniões de conselho estejam acontecendo nos municípios, nem sempre estas acontecem com o objetivo pelo qual foram criados. Além disso, em alguns municípios acontece só por que é um requerimento obrigatório. *Normalmente a participação da população nos municípios esta sendo feito através do que? de uma coisa que por enquanto é obrigatória que é o município ter a formação do conselho municipal de saúde a onde ele precisa do aval desse conselho pra poder dar encaminhamentos nos programas, nos projetos né, mas isso não significa que é funcional, que a população esta sendo representada ali como deveria (A7). Acaba virando discussão de outra coisa que não tem nada a ver, acaba-se tornando um movimento mais político do que uma reunião de discussão pra fortalecer o serviço da rede do município (A9).*

Estão acontecendo algumas atividades de promoção da participação social nos municípios, porém, tem se evidenciado pouca ressonância na população, a

devolutiva da participação da população nos conselhos não tem sido significativa. *Hoje eles já fazem divulgação via mídia, colocam no jornal, fala na radio, fala na igreja, passa falando “bom dia, reunião do conselho municipal de saúde em tal lugar” né, divulgam nas unidades, só que eles não têm uma adesão tão grande da população (A1). Você vê que o usuário ainda não é a parcela mais expressiva, nos municípios menores tem uma participação menor (A3).*

As equipes que não desenvolvem alguma atividade de promoção do controle social argumentam, segundo depoimentos dos articuladores, como um dos motivos a falta de infraestrutura física dentro das unidades de saúde para essas reuniões acontecerem. *Aí eles começam: ah a gente não tem espaço, mas eles entendem como espaço somente aquele da UBS e na realidade tem um espaço no teu território que você pode utilizar (A2).*

Outro argumento é o sentimento de despreparo das equipes para enfrentar a população de lidar com as deliberações e perguntas que possam aparecer nesses encontros. *Nem o profissional de saúde ele se acha preparado (A2). [...] existe uma restrição um medo, uma coisa de que é tudo criticado entendeu (A4).*

### **Práticas de avaliação das ações**

Faz referência às ferramentas que utilizam as equipes como método de avaliação das ações desenvolvidas, abarca ferramentas qualitativas como a observação do comportamento do próprio usuário ou evento (observa-se melhoria ou não) e ferramentas quantitativas, tais como: os indicadores o SISPACTO e o PMAQ.

*Alguns usam indicadores tipo mortalidade materna infantil, por exemplo, outros usam o que o próprio paciente passa para eles na hora que eles vão fazer visita ou na maneira como ele se comporta na unidade de saúde eles falam: nossa isso que a gente planejou não está ocorrendo por que o paciente está vindo muito aqui (A4). Por meio do SISPACTO, por que ele é uma coisa obrigatória que ele vai alimentar todo ano, mas isso não significa que eles estão fazendo monitoramento, entendeu? (A7). Uma coisa que vem muito a facilitar é o PMAQ, eu acho que ele mexe com a equipe para se auto avaliar, então ele revê muito esse processo de trabalho e aí ele planeja o que é que está ruim e faz uma matriz de intervenção do que ele se propõe a fazer (A2).*

### **Tema 2. Práticas de vigilância em saúde**

A prática de vigilância em saúde desenvolvida pelas equipes é vista pelos articuladores sob o aspecto da notificação de suspeita ou confirmação de doenças que são demandas nacionalmente como de notificação obrigatória: *As equipes respondem a algumas demandas que já chegam da secretaria, ela notifica o que é obrigatório de notificar, mas ela não cuida, a equipe não acompanha (A3).*



Alguns articuladores identificaram que a vigilância em saúde não é uma prática inserida no processo de trabalho das equipes de saúde na atenção básica. *As unidades não se sentem responsáveis por isso, vamos pegar violência, ninguém notifica na unidade (A1). A unidade não tem a vigilância incorporada como uma função dela (A3). Eles não conseguem entender que na AB a gente tem um papel de vigilante constante né (A5). Muitos lugares montaram um centro de referencia de DST, AIDS, mas aí os profissionais da unidade param de agir por que... Ah! é DST, AIDS então vai para o centro de referencia entendeu (A7).*

Ressalta-se o grande distanciamento entre algumas equipes de saúde da atenção básica e com as equipes municipais de vigilância (epidemiológica, sanitária e ambiental). *É impressionante são poucos os municípios que conseguem se falar viu, e depende muito de quem esta ali, do enfermeiro que esta num lado e do enfermeiro que esta do outro, se não for pela situação da dengue ou por algumas coisas que chamam a nossa atenção que a gente trabalha junto pontuais não tem nada integrado (A5).*

Salienta-se que em municípios pequenos é um pouco mais fácil a comunicação e integração entre os dois setores (equipes de saúde e de vigilância), embora, não funcionem ainda com a articulação ideal. *Nos municípios menores só tem uma unidade então a equipe de vigilância fica dentro da unidade e em geral é o mesmo enfermeiro da vigilância é o mesmo da equipe, então aquele cotidiano de vigilância acaba-se dando de uma forma mais tranquila (A3).*

## **Discussão**

A primeira categoria deu visibilidade às práticas que são desenvolvidas pelas equipes da atenção básica dentro das ações de saúde coletiva.

Na primeira sub- categoria, que trata sobre as práticas referentes ao diagnostico de saúde do território, destaca-se que algumas equipes ainda enfrentam muitas dificuldades na incorporação deste como ferramenta de trabalho importante e essencial para o planejamento das ações em saúde, algumas equipes não reconhecem a importância de se fazer o diagnostico de saúde do seu território, portanto, a realização desse fica limitado a uma ação que é feita só uma vez por ano (quando realizado), ou em algumas ocasiões, essa responsabilidade é assumida pelo mesmo articulador, além de exortar e encorajar constantemente às equipes nessa direção de conscientização e realização do diagnostico. Essa situação pode levar a que as equipes não consigam construir, programar e produzir estratégias efetivas e acordes com seu território.

Por isso, a realização do diagnóstico de saúde do território é de grande importância na atenção básica, uma vez que tem como finalidade compreender o contexto específico de uma população, adotando uma postura de identificação ampliada das necessidades em saúde, sendo essa uma característica da integralidade que nos leva à contextualização, pois, ao querer defender a integralidade da atenção à saúde, é defender também que a oferta de ações das equipes deve concordar com o contexto real e específico de cada território (Mattos, 2004).

Apresenta-se a visita domiciliar realizada pelos agentes comunitários na ESF, como uma vantagem sobre as Unidades Básicas de Saúde (UBS), enquanto ao mapeamento e reconhecimento do território, ação que leva à realização do diagnóstico, pela aproximação e vínculo entre serviço e população, isso na visão de alguns dos articuladores, mas, isso não significa que seja a prática comum entre todas as equipes, por que, destaca-se que, as visitas domiciliares mesmo sendo feitas frequentemente pelos agentes, pela falta de valorização e de interesse por parte de algumas equipes, acaba sendo um processo mecânico, há uma perda de motivação e da sensibilidade da importância dessa ação nos agentes comunitários, em alguns casos, os agentes optam por não fazer mais a visita domiciliar ou fazem, mas, sem passar as informações coletadas para o resto da equipe, por que podem achar que não é tão importante assim, além, por que a equipe também não cobra, nem pergunta.

Assim, a incorporação do diagnóstico de saúde do território ainda se configura como um desafio para as práticas das equipes de saúde na atenção básica. Diante disso, as equipes de saúde precisam ampliar seus instrumentos de trabalho e aprender a utilizá-los nas ações voltadas às necessidades coletivas na AB (ERMEL; FRACOLLI, 2006 e FORTUNA et al., 2011). Valorizando com isso, os princípios da territorialização, de vinculação com a população, de garantia da integralidade na atenção, e de estímulo à participação da comunidade (SOUSA, 2000).

Referente à segunda sub- categoria, sendo a promoção da saúde um dos pilares das ações da saúde coletiva e que envolve como atividade fundamental a educação em saúde, constatou-se nas falas de alguns articuladores, uma grande ligação entre promoção da saúde e educação em saúde, sendo esta uma ação destacada dentro dessa perspectiva, porém, muito limitada, padronizada e voltada para o atendimento de grupos específicos, o qual, afasta-se do seu objetivo final que é o oferecimento às pessoas de ferramentas suficientes e meios necessários para serem eles

mesmos os protagonistas da melhora da sua qualidade de vida, e serem eles mesmos quem exerçam o controle da mesma, sendo responsáveis principais da sua saúde (Demarzo, 2011).

Destacassem espaços como a sala de espera e a sala onde se fazem as reuniões de equipe, como espaços que estão sendo aproveitados por algumas equipes para conhecer melhor as necessidades da sua população, para desenvolver ações de educação em saúde referentes a algum tema, para discutir junto com os usuários e co- construir possíveis alternativas e estratégias que possam garantir uma melhora na qualidade de vida, embora essa seja uma ação ainda incipiente.

Nota-se a ampliação da equipe em algumas unidades como consequência de uma prática de promoção da saúde com poucos ou nulos resultados na população, limitada e restrita ao médico e enfermeira como profissionais das equipes responsáveis para desenvolverem esse tipo de ações, motivo pelo qual, as equipes estão abrindo espaços e atraindo novos profissionais para integrarem essa rede com o intuito de dar um maior apoio e auxiliar no desenvolvimento de ações de promoção da saúde, apesar desses profissionais chegarem para trabalhar em projetos específicos e muito pontuais.

Por tanto, observa-se um avanço na utilização da rede e da busca por outros profissionais que possam se associar às equipes, porém, ainda a prática de promoção da saúde é restrita ao se concentrar no setor saúde, há uma dificuldade para ampliar essas ações na perspectiva da intersetorialidade, sendo tão indispensáveis e vitais para o encaminhamento das ações de promoção da saúde, por ter como foco ações sobre os determinantes sociais e por buscar diminuir a iniquidade social, por tanto se faz, necessário a atuação de multiplex setores (Silva et al., 2009).

Entrando na sub- categoria referente às práticas intersetoriais, observou-se que, embora destacam-se algumas procuras e algumas parcerias dos serviços de saúde com outros setores, ainda essas articulações estão reduzidas ao setor da educação e da assistência social, pois evidencia-se nos depoimentos, que é com esses setores que as equipes encontram mais facilidade para trabalhar articuladamente, porém, as praticas identificadas nesse enfoque, ainda estão limitadas aos programas ou projetos que têm sido estabelecidos nacional ou regionalmente, muito pouco, ou quase nada, a práticas engendradas, procuradas, planejadas e criadas pelas próprias equipes segundo necessidades da sua população, por tanto, nesse

aspecto da intersetorialidade, ainda não existe uma prática eficiente e efetiva por parte das equipes de saúde.

Alimentando dessa forma, a ideia e o sentir de que o trabalho em saúde constantemente tropeça na falta de estratégias e de articulação do trabalho em rede, porém, apesar disso, não se tornam justificativas para as equipes não realizarem e desenvolverem a gestão das ações intersetoriais. Esse não conhecimento da intersetorialidade revela que as dificuldades estão no entrelaçamento da rede com os profissionais, deixando claro que os profissionais precisam ser capacitados para o entendimento das ações de intersetorialidade, na busca da qualidade e integralidade da atenção à saúde, e essa pode ser uma possível solução para a dificuldade do funcionamento do trabalho em rede dos serviços e setores que envolvem a qualidade de vida das pessoas (Bredow e Dravanz, 2010).

Algumas equipes de saúde têm um entendimento e uma compreensão equivocada do significado de se trabalhar no contexto da intersetorialidade, vem a intersetorialidade como um processo que acarreta enfrentamentos e desconfortos entre eles e as equipes dos outros setores, havendo um distanciamento e uma separação entre o setor saúde com os outros, e por tanto um atendimento à saúde segmentado e restringido. Há uma desconsideração por parte das equipes de que esse processo de construção e de gestão de ações intersetoriais acarreta a troca e construção coletiva de saberes e práticas entre os múltiplos setores envolvidos de modo que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado da vida (Brasil, 2006).

Na quarta sub-categoria que faz referência às práticas de promoção do controle social, é de resgatar que a maioria dos municípios realiza o conselho municipal de saúde, apesar de ser um espaço que se realiza só por dar cumprimento a um processo que é demandado e obrigatório em cada município, sendo esse então, em alguns municípios, o único espaço disponibilizado para o encontro e discussão de problemáticas e possíveis soluções entre população, trabalhadores da saúde e gestão, porém, é evidenciado em alguns depoimentos dos articuladores que, essa prática de realização dos conselhos municipais de saúde nem sempre acontece direcionada pelos objetivos principais.

Tais objetivos evocam aos trabalhadores da saúde a entender que a participação da população além de contribuir no controle da oferta e distribuição dos serviços públicos e de saúde, contribui também na criação do vínculo, e o fortalecimento de canais relacionais entre trabalhadores, usuários e comunidade, sendo isso uma

necessidade constante na melhora da atenção à saúde e na transformação efetiva das realidades no campo da saúde coletiva (Carneiro et al., 2012).

Algumas equipes de saúde identificam como dificuldades para o desenvolvimento de ações de promoção e controle social além do conselho municipal de saúde, as concebidas pela falta de espaço na infraestrutura das unidades, desconsiderando que se tem um território e um bairro que poderia ser aproveitado para tal fim, outra dificuldade apontada por alguns articuladores é expressão de sentimentos de medo e de despreparo nas equipes para lidar e enfrentar as opiniões das pessoas.

Esse contexto pode ser um dos motivos pelos quais a população sente-se desmotivada para participar nos conselhos, mesmo, quando equipes fazem certo investimento para promover e despertar o interesse na população e a importância da comunidade participar nesses eventos, há uma falta de cultura de participação na população como foi evidenciado em algumas das falas dos articuladores.

Contudo, o exercício da cidadania deve conferir ao indivíduo a possibilidade de efetuar seus direitos políticos, sociais e civis procurando sempre a igualdade social. Faz-se necessário estimular na população o desejo de conhecerem esses direitos, ter uma atitude de luta e ter condições para lutar pela materialização dos mesmos (Machado, Pinheiro, Guizardi 2005).

Referindo-se à quinta sub- categoria que trata sobre as práticas de avaliação das ações, evidenciou-se nas falas de alguns articuladores que, apesar das equipes contarem com múltiplas ferramentas e instrumentos para elas realizarem esse processo, é difícil identificar processos sistemáticos de avaliação e monitoramento das ações por parte das equipes, os métodos que as equipes utilizam para tal fim, são de tipo informal em algumas ocasiões, e em outras, são métodos que tem que ser preenchidos ou alimentados obrigatoriamente como no caso do SISPACTO, sem ser isso precisamente uma ferramenta que seja utilizada para a equipe olhar para esses dados, refletir, entender, discutir, avaliar e planejar futuras ações.

É interessante ressaltar que estratégias como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), na visão de alguns articuladores, propicia nas equipes um ambiente de reflexão e auto- avaliação no seu processo de trabalho, fazendo um convite para olhar para suas ações e resultados e se organizarem de tal forma que possam garantir uma maior qualidade na atenção e nos serviços oferecidos.

Pode-se inferir que é necessária a re-educação dos profissionais no sentido de compreenderem que para alcançar a efetividade desejada na atenção básica, é fundamental e indispensável um processo de auto avaliação, monitoramento e controle de todas as ações realizadas por eles, o fato de olhar, discutir em equipe, repensar, reformular e reconstruir estratégias que possam trazer melhores resultados e maiores impactos na saúde e qualidade de vida da população (Barbosa et al., 2006).

A segunda categoria da análise denominada Práticas de Vigilância em Saúde, revelou primeiramente que a prática de vigilância em saúde é reduzida por algumas equipes da atenção básica à notificação obrigatória de situações específicas que arremetem contra a saúde biológica das pessoas, mas, quando essas equipes se enfrentam a situações de outro tipo que vão além do mal estar físico, mas que também são determinantes no processo saúde–doença, as equipes em alguns casos optam por ignorar essas situações ou quando olham para elas, a forma de agir de algumas equipes é referenciando essa pessoa para outro serviço, não com o intuito de procurar apoio ou uma assistência multidisciplinar, senão, com a intenção as vezes de passar a responsabilidade para o outro, podendo ser o pensamento das equipes, que esses outros profissionais têm uma maior competência para atender essas demandas que não são da saúde especificamente, e em ultimas a equipe acaba não acompanhando, se desvinculando dessa pessoa que em principio é responsabilidade da equipe da atenção básica.

O que leva a outro achado nessa análise que remete à fragmentação do trabalho em saúde, a qual se evidencia na separação entre o conceito de vigilância em saúde e na atuação isolada dos trabalhadores da saúde. À vista disso, quando se trabalha parceladamente, cada parcela é exercida autônoma e independentemente e as ações em saúde sobrepõem-se de forma alienada e como resultado, opera-se sob a normatividade tradicionalmente hegemônica (Gonçalves, 1992).

Esse contexto contraria a Vigilância em Saúde proposta como um modelo da assistência à saúde, que propõe um novo modo de pensar e agir em saúde, e que conforma uma reorganização dos processos de trabalho, ampliando as responsabilidades dos serviços de saúde para além do monitoramento de danos e riscos, levando em conta também os determinantes do processo saúde-doença (Faria e Bertolozzi, 2010).

### **Considerações finais**

Os resultados deste estudo demonstram que há necessidade de que gestores, equipes e todos os trabalhadores envolvidos na produção da saúde aprofundem as discussões e reflexões sobre o desenvolvimento de ações de saúde coletiva, dado que ainda são poucas as ações realizadas nesse campo, pois persistem ainda nos municípios algumas dificuldades para esse desenvolvimento.

Se bem a atenção básica com a estratégia de saúde da família, objetiva mudar o modelo de assistência à saúde, as equipes ainda atuam orientadas em grande parte pela rivalidade entre ações individuais e coletivas e pelo saber biologista medicocentrado.

Os gestores são atores importantes, colaboradores e coadjuvantes no processo de produção e provocação nos seus municípios das ações de saúde coletiva, pois, suas equipes o reconhecem como ator chave na direção, administração e manutenção da continuidade de tais ações. Porém, precisa ter uma visão e uma atitude aberta, sensível e consciente a esse panorama e contexto de mudança do modelo assistencial.

Nesse processo de construção, faz-se necessário insistir na concepção e criação de novas estratégias e novas formas de produzir saúde, onde gestão, equipes de saúde, outros setores e a população se integrem para alcançar dita produção.

### **Referencias**

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saude soc., São Paulo , v. 13, n. 3, Dec. 2004.

BARDIN L. Análise de conteúdo. 70 LE, editor. Lisboa; 2010.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na SaúdeMental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. Textos & Contexto, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 229–243, ago./dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011.

CARNEIRO, A.C.L.L.; SOUZA, V.; GODINHO, L.K.; FARIA, I.C.M.; SILVA, K.L.; GAZZINELLI, M.F. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; v31(2): 115–20.

CARVALHO, S.R. Saúde coletiva e promoção da saúde, sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec. 2005.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; GUIMARÃES, J. M. S. Participação social na atenção básica à saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev. APS*, v. 12, n. 4, p. 448-458, out./dez. 2009.

DEMARZO, M. M. P. Reorganização dos sistemas de saúde: Promoção da saúde e atenção primária à saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família – UNASUS/UNIFESP, 2012. (Material Didático).

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(4): 533-9.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M. Ações de cuidado coletivo no trabalho dos enfermeiros da estratégia saúde da família: abordagem do meio ambiente. ABEn C, editor. In: Anais do 61o Congresso Brasileiro de Enfermagem. Fortaleza; 2009.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; KAWATA, L. S.; CAMARGO, C. B. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2011; 19(3): 1-8.



GONZALEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, May 2010 .

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Direito à saúde e a integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do ministério público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) *Construção social da demanda: direito á saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro. IMS/UERJ; ABRASCO, 2005. p. 47-63.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004.

MERHY, E. E.; FRANCO, T.B.. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; FRANÇA, J.C. *Dicionário da educação profissional*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 427-432.

MINAYO, M. C. DE S. *O desafio do conhecimento*. 12th ed. São Paulo: Hucitec, editor. São Paulo; 2010.

BARBOSA JUNIOR, Aristides et al . Indicadores propostos pela UNGASS e o monitoramento da epidemia de Aids no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 40, supl. Apr. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000800013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Nov. 2014.

FARIA, L.S.; BERTOLOZZI, M.R.. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, Sept. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300034&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300034&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 Nov. 2014.

GONÇALVES RBM. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR; 1992. (Cadernos CEFOR. Textos, 1).

SÃO PAULO. Mapa regional de saúde RRAS13- Araraquara-Barretos-Franca-Ribeirão Preto. São Paulo: SES/SP; 2012.

SILVA, K. L. da et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. Rev. Bras. Enferm. v.62, n.1, p.86-91. Brasília, jan./fev, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/13.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2013.

SOUSA, M.F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista do ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v.53, n. especial, p.25-30, dez. 2000. p. 5-58.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L.; FREITAS, C.S.F. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. Rev. Enferm. UERJ, v.17,n.3, p.436-41, jul/set 2009.

AKERMAN, M.; DRUMOND J. R. M.; CARVALHO Y. M. organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Friocruz; 2009. p. 41- 80.

ALMEIDA, M. C. P. & MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. Interface: Comunicação, Saúde, Educação; 9: 150-153; 2001.

ANDRADE, M.C.; CASTANHEIRA, E.R.L. Cooperação e Apoio Técnico entre Estado e Municípios: a experiência do Programa Articuladores da Atenção Básica em São Paulo. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.980-990, 2011.

ASSAD, L. G.; VIANA, L. O. Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 58, n. 5, p.586-591, 2005.

AYRES, J. A.; BERTI, H. W.; SPIRI, W. C. Opinião e conhecimento do enfermeiro supervisor sobre sua atividade. Reme – Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 407-13, 2007.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saude soc., São Paulo , v. 13, n. 3, Dec. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 Sept. 2013.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 3ª Edição. Lisboa: Edições 70. 223 p, 2004.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Edições 70, LDA 2009.

BASTOS, L. G. C. Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BONI, V.; QUARESMA, S. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. In Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, Vol. 2 n° 1 (3) janeiro-julho 2005.

BORNSTEIN, V.J. O Agente comunitário de saúde na mediação de saberes. 2007. 232 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1996.

BRASILa. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde, Volume 4, 2006.

BRASILb. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2006.

BRASILa. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: gestão participativa Co-Gestão. 2ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_co\\_gestao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_co_gestao.pdf) >. Acesso em: 30 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 7.498/86 – Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Disponível em: <  
<http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf> >. Acesso em: 30 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. Supervisão em serviços básicos de saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Guia de supervisão em estabelecimentos de saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.

BRASILa. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011.

BRASILa. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual instrutivo. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2012.

BRASILb. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.089, de 28 de maio de 2012 que define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), 2012.

BRAVERMAN, H. Trabalho e capital monopolista. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 3, p.35,69-78, 2010.

BUDÓ, M. L. D. et al. O diagnóstico de saúde em unidade de saúde da família como ferramenta da prática pedagógica. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. *Ensino – Trabalho- Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*. Rio de Janeiro: Lappis. Série ENSINASUS. 2006.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoa: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio public*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-66.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. de S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. de. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fio Cruz, p.53-92, 2006.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. *Revista de Antropologia*. São Paulo, v. 39, n.1, p. 13-37, 1996.

CARDOSO, C. L. Relações interpessoais na equipe do programa de saúde da Família. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p.47-50, 2004.

CARNEIRO, A.C.L.L.; SOUZA, V.; GODINHO, L.K.; FARIA, I.C.M.; SILVA, K.L.; GAZZINELLI, M.F. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; v31(2):115–20.

CARVALHO, J.F.S.; CHAVES, L.D.P. Supervisão de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa *Rev. Eletr. Enf.* jul/set;13(3):546-53, 2011.

CARVALHO, S.R. Saúde coletiva e promoção da saúde, sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec. 2005.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al . Quali A B: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saúde soc.*, São Paulo, v.20, n.4, Dec. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 Sept. 2013.

CEZAR-VAZ, M. R.; MUCCILLO-BAISCH, A. L.; SOARES, M. C. F.; SOARES, J. F. S.; COSTA, V. Z.; KERBER, N. P. C.; BONOW, C. A.; SANTAANNA, C. F.; CARDOSO, L. S. Sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na saúde da família: Uma abordagem qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 43, n. 4, p.915-22, 2009.

CECILIO, L.C. de O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, mar./abr. 2005.

CHIAVENATO, I. Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa. 2.ed. São Paulo: Makron Books, 1992. 658 p.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, v. 7, edição especial, p. 42-9, 2004.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, 8. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2006. 164 p.

CIAMPONEM, M. H. T. Supervisão e enfermagem. Revista Paulista de Enfermagem, Brasília, v. 5, n. 3, p.111-3, 1985.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; GUIMARÃES, J. M. S. Participação social na atenção básica à saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família. Rev. APS, v. 12, n. 4, p. 448-458, out./dez. 2009.

COELHO, J. S. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.138-151, 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Relatório final. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

CORREIA, V. S.; SERVO, M. L. S. Supervisão da enfermeira em Unidades Básicas de Saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 59, n. 4, p.527-31, 2006.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para Co-Gestão de coletivos organizados para o trabalho. Revista Org & Demo, Marília, v. 11, n. 1, p.31-46, 2010.

DEMARZO, M. M. P. Reorganização dos sistemas de saúde: Promoção da saúde e atenção primária à saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família – UNASUS/UNIFESP, 2012. (Material Didático).

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia, 5 vols. São Paulo: Ed. 34, v. 3,.1995.



ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(4): 533-9.

FALKEMBACH, E. M. F. Diário de campo: um instrumento de reflexão. Contexto e educação, Ijuí, v. 2, n. 7, p. 19-24, 1987.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, Território e Saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. R. RA´E GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, Editora UFPR, 2009.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. A. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.p. 43- 67.

FAZENDA, I. C. A. Práticas interdisciplinares na escola. São Paulo: Cortez, 1996.

FELICIANO, K. V. O; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 520-7, 2009.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-55, 2005.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, Suppl. 1, p.1421-8, 2009.

FERRERIRA, E.F.; VARGAS, A.M.D.; AMARAL, J.H.L; et al. Travessia a caminho da integralidade: uma experiência do curso de odontologia da UFMG. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. Ensino- Trabalho- Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: Lappis. Série ENSINASUS. p. 85-91, 2006.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface – Comunicação Saúde, Educacional, Rio de Janeiro, v. 9, n. 18, p. 498-506, 2005.

FLORENTINO, F. R. A.; FLORENTINO, J. A. As relações sociais profissionais entre enfermeiro e médico no campo da saúde. Projeto Saber. Travessias Vol. 3, N° 2; 2009.

FIGUEIREDO, P. P. et al. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. Physis [online]. 2010, vol.20, n.1, pp. 235-259. ISSN 0103-7331.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, Apostila, 2002.

FONTANELLA, B.J.B.; CAMPOS, C.J.G.; TURATO, E.R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. Rev. Latino-am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v.14, n.5, 2006. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 16 abr 2012.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; KAWATA, L. S.; CAMARGO, C. B. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na Estratégia Saúde da Família. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2011; 19(3): 1-8.

FORTUNA, C.M. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividade: em busca do desejo, do devir e de singularidades. Ribeirão Preto, 236f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1999.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no Programa de saúde da Família: Reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Rev Latino-am Enfermagem, março-abril; 13(2):262-8; 2005.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M. Ações de cuidado coletivo no trabalho dos enfermeiros da estratégia saúde da família: abordagem do meio ambiente. ABEn C, editor. In: Anais do 61o Congresso Brasileiro de Enfermagem. Fortaleza; 2009.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR., H.M.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. (Org.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.125-34.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.) Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro, CEPESC, 2006. p. 459-74.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. PSF: contradições e novos desafios. Belo Horizonte/Campinas, março 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm/>>. Acesso em: 26 de junho 2013.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. Caracterização da assistência oncológica nas Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo. RRAS 13 – DRS Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto. 2014.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, jun. 2009, vol.14, n.3, p 783-794. Disponível em:<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000300014](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014) &ng=en&nrm=iso>. Acesso em 4 de maio 2013.

GONZALEZ, A.D.; ALMEIDA, M.J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.3, May 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 Sept. 2013.

KRUG, S. B. F. et al. O processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 1, p. 77 - 88, jan./jun. 2010.

MARQUES, G. E; LIMA M. A. D. S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2004 abr; 25 (1): 17-25.

MARTINS, G. A. Estudo de caso, uma estratégia de pesquisa. São Paulo. Atlas S.A. 101p. 2006

MASSUDA, A. Práticas de saúde coletiva na atenção primária em saúde. In: CAMPOS G. W. O.; GUERREIRO A. V. P. Organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 179-205.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 Sept. 2013.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A., organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001 p. 39-64.

MENDES GONÇALVES, R.B. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MERHY, E. E.. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo).

In: FLEURY, S. (Org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos editorial, 1997. P. 125-42.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ed. São Paulo> Editora Hucitec, 2002. 189 p.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). Agir em saúde um desafio para o público. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 71-112 p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T.B.. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; FRANÇA, J.C. Dicionário da educação profissional. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 427-432.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: \_\_\_\_\_. (Org.). Pesquisa social: teoria método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999<sup>a</sup>. P. 9-29.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. 269p.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência & Saúde Coletiva, v.17, n.3, p.621-6, 2012.

MISHIMA, S. M. et al. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? – alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Estudos e Análises. Brasília: MS, 2003. p. 137-156.

OLIVEIRA, A. A. Observação e entrevista em pesquisa qualitativa. Revista FACEVV, Vila Velha, n. 4, p.22-7, 2010.

OLIVEIRA, D. C. de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro; out/dez; 16(4):569-76, 2008.

PÁDUA, E.M.M. Metodologia da pesquisa: abordagem teórico- prática. 15. ed. Campinas: Papyrus, 2009.

PAIM, J. S.; ALMEIDA, FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou um campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Públ., v.32, n.4, p. 299-316, 1998 .

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Ciência & Saúde Coletiva 8(2):557-567, 2003.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ ABRASCO; 2007. p. 161-77.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. Integralidade como princípio do direito à saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. Ensino – Trabalho- Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: Lappis. Série ENSINASUS. 2006.

PINHO, L.B.; KANTORSKI, L.P.; SAEKI, T.; DUARTE, M.L.C.; SOUSA, J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. Revista eletrônica de enfermagem. Goiânia, v.9, n.3, p.835-846, set/dez. 2007.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTARIA GM/MS nº 4279/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010, Seção I, p.89.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P. processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev. Latino-Am. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.

ROSA, W.A.G. de.; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-Am. Enfermagem, dez. 2005, v. 13, n. 6, p. 1027-1034. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692\\_00500\\_0600016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692_00500_0600016) &lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 maio 2013.

RUDIO, V. F. Introdução ao projeto de pesquisa científica. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 144p.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Articuladores da atenção básica: experiências e resultados positivos. 2010.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Deliberação CIB 06 de 08/02/2012 – diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo. São Paulo. 2012.

SHIMIZU, H.E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? Rev. Bras enferm. 2009; 62(3): 424-9.

SILVA, G.G.A.; EGYDIO, M.V.R.M.; SOUZA, M.C. Algumas considerações sobre o controle social no SUS: usuários ou consumidores? Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 37-42,1999.

SILVA, K. L. da et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. Rev. Bras. Enferm. v.62, n.1, p.86-91. Brasília, jan./fev, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/13.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2013.

SOUSA, M.F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista do ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v.53, n.especial, p.25-30, dez. 2000. p. 5-58.

TEIXEIRA, R. R. A grande saúde: uma introdução à medicina do corpo sem órgãos. Interface 8(14):35-72. 2004.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. Inf Epidemiol SUS. 1998; 2(1): 7-28.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições e seus objetivos de pesquisa. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.39, n.3, p.14-507, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

VERARDINO, R.G.S.; ARANTES, C.I.S. Práticas do enfermeiro na atenção primária à saúde: análise das ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família. Relatório pesquisa. Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal de São Carlos – PIBIC/CNPq/UFSCar. São Carlos, 2011. 32p.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* Tratado de Saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p.635-667.



## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### Descrição do entrevistado

Formação: \_\_\_\_\_

Município onde mora: \_\_\_\_\_

Tempo na função: \_\_\_\_\_

No. de municípios que apoia: \_\_\_\_\_

Experiências profissionais anteriores:

Quais municípios?

Quantas USF tem cada município?

Quantas UBS tem cada município?

1. Descreva de forma resumida o cotidiano do seu trabalho. (objetivos, metas, práticas e dificuldades do trabalho do articulador)
2. O que você entende por Integralidade na atenção à saúde?
3. O que significa para você cuidado coletivo na atenção básica à saúde.
4. Você tem contato com o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família dos municípios que vocês atuam como articuladores? De que forma?
5. Dentro das ações que as equipes de saúde da família desenvolvem, quais você identificaria como sendo as de cuidado coletivo? Descreva sinteticamente as características dessas ações.
6. Sobre Vigilância em saúde, o que você entende que é e quais as ações que se desenvolvem dentro da Vigilância em Saúde.
7. Em sua opinião as equipes de saúde da família utilizam ferramentas que permitam conhecer as necessidades e problemas em saúde do território e sua população? Quais? Fazem uso da tecnologia de diagnóstico em saúde?
8. Existem ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família que você identifica como de promoção da saúde? Quais?
9. Como você avalia a promoção da participação social na atenção básica? Existem ações sendo realizadas? De que forma?
10. Como se faz o planejamento das ações de saúde coletiva na atenção básica? Há participação da população nesse planejamento?

11. Como você analisa o desenvolvimento de ações intersetoriais na atenção básica?
12. Como você percebe o processo de trabalho das equipes no que diz respeito ao desenvolvimento de ações voltadas ao território?
13. Como você avalia as ações e serviços da atenção básica dos seus municípios? (pontos positivos, dificuldades, perspectivas e projetos).
14. Em sua opinião, há equipes que desenvolvam ações de cuidado coletivas que você identifique como inovadoras? Quais? O que você qualificaria de inovador nessas ações?
15. Você tem alguma sugestão para o fortalecimento das ações de saúde coletiva na atenção básica? Quer acrescentar mais uma informação?

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado/a Sr/a. \_\_\_\_\_

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa: “Ações de saúde coletiva sob a perspectiva dos articuladores da atenção básica à saúde”.
2. O objetivo deste estudo é Analisar a incorporação de ações de saúde coletiva na produção da atenção primária à saúde em diferentes municípios do estado de São Paulo sob a perspectiva de Articuladores da Atenção Básica.
3. Você foi selecionado/a por atuar como articulador da atenção básica à saúde da RRAS 13 do estado de São Paulo.
4. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
5. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição na qual trabalha.
6. Sua participação nesta pesquisa consistirá na concessão de uma entrevista individual que será gravada e transcrita para posterior análise.
7. Os riscos envolvidos neste estudo são mínimos. Você poderá vir a sentir cansaço, algum desconforto e/ou constrangimento. No entanto, caso isso aconteça você poderá desistir a qualquer momento. Se isso ocorrer, a entrevista será imediatamente suspensa. Por isso, caso haja algum desconforto durante a entrevista, pedimos que, se for de sua vontade, você nos explique o que ocorreu para que possamos corrigir qualquer erro que, em seu julgamento, tenhamos cometido.
8. Sua participação contribuirá para a ampliação dos conhecimentos sobre as tecnologias e ações de cuidado coletivo incorporadas e desenvolvidas pelas equipes de saúde da família dentro do contexto da atenção primária à saúde e na visualização de caminhos para possíveis melhorias na atuação da equipe de saúde.
9. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre o conteúdo de sua participação. Asseguramos, também, que você não será identificado, pois quando sua fala for citada no texto da pesquisa ela será identificada pelo nome de um país de Sul América que será dado segundo a sequência de realização das entrevistas.

10. Sua participação não implica em qualquer despesa financeira e nem indenizações de qualquer natureza.

11. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

**Lina Karina Bernal Ordoñez**

Pesquisadora responsável - Departamento de Enfermagem da UFSCar

End: Rodovia Washington Luiz, Km. 235

Tel.: (16) 34163107/ 82457765 - E-mail: linakarina55@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada da Rodovia Washington Luis, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905. São Carlos, SP, Brasil. Fone: (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

São Carlos, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Sujeito da pesquisa

**APÊNDICE 3a**  
**Matriz de análise**

U.R	Descrição do fragmento	Categorização		
		Tema ou Tópico	Categoria	Sub categoria

**APÊNDICE 3b**  
**Recategorização**

FALAS CATEGORIA 1		
Subcategoria 1	A...	Fragmentos da falas
Subcategoria 2	A...	Fragmentos da falas
Subcategoria 3	A...	Fragmentos da falas