

## **MACRO CATEGORIA POLÍTICA**

### **ANÁLISE UNIVERSALIDADE**

O Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado na Constituição federal de 1988 e nas Leis Orgânicas Federais 8080/90 e 8142/90, deve em suas ações e serviços de saúde ser desenvolvido de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Carta Magna, obedecendo aos princípios fundamentais (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social).

Embora o direito à saúde tenha sido difundido internacionalmente, desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, somente 40 anos depois o Brasil reconheceu formalmente a saúde como direito social. Antes de 1988 somente os trabalhadores com carteira de trabalho assinada e em dia com as contribuições pagas à previdência social tinham garantido por lei o direito à assistência médica, através dos serviços prestados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). (Paim, 2009).

Segundo Matta (2009), a universalidade tem sido considerada na ciência política como uma noção relacionada ao campo do direito, mais especificamente ao campo dos direitos humanos. Ou seja, os direitos que são comuns a todas as pessoas, como um direito positivo que visa à manutenção da vida individual e social no mundo moderno.

Na Saúde, essa definição é reafirmada, caracterizando a saúde como um direito de cidadania, algo comum a todos sem distinção de escolaridade, renda, religião ou qualquer outra forma de discriminação e um dever do estado brasileiro.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988)

Neste sentido, abrange a cobertura, o acesso e o atendimento nos serviços do SUS e exprime a ideia de que o Estado tem o dever de prestar esse atendimento a toda população brasileira (Mendes apud Pontes, 2009).

Para tal, Fausto (2007) afirma que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apresentada como um modelo adotado por diversos países desde a década de 1960 para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático.

Em uma versão distinta dessa apresentada, a APS em alguns momentos e por alguns autores, é descrita como uma estratégia de atenção focalizada em populações de baixa renda, caracterizando uma atenção à saúde seletiva, de tecnologias simples e limitadas. Essa noção replica ao princípio da universalidade, descrito na Constituição Brasileira, que estabelece que o Estado deve proporcionar, para toda a população, o acesso à saúde, assim como outros bens e serviços públicos.

Muitas críticas têm sido feitas às políticas, programas e projetos focalizados e seletivos, particularmente pelos efeitos perversos que acarretam, na medida em que consolidam as desigualdades já existentes, uma vez que se dão no marco de agudas desigualdades sociais. Além de introduzirem uma precariedade e descontinuidade, as políticas focalizadas são assistencialistas, abrem espaço à arbitrariedade dos que têm o poder de decidir sobre quem irá ser beneficiado pela política e qual o rol de necessidades a serem satisfeitas. (RIZZOTTO, 2013).

Nesse estudo, os autores acreditam que No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012)

Em 1994, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família, que atualmente é denominado Estratégia Saúde da Família (ESF),

uma vez que não possui caráter programático, e sim características estratégicas na mudança do padrão de atenção à saúde.

Mendonça (2008), diz que o Saúde da Família define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de um vínculo social entre população e profissionais, em contato permanente com o ambiente territorial. Assim, atualizou-se a perspectiva da APS dentro das políticas públicas brasileiras, cujo objetivo é a proteção social pela garantia da universalidade e integralidade da atenção.

Em 2008, por meio da Portaria N° 154/ GM, o Ministério da Saúde cria os Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (Brasil, 2008).

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. (BRASIL, 2012).

Para Campos (2011), o Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa.

Tal interação é percebida na experiência de implantação do matriciamento em saúde mental nas unidades de saúde da família do município de Florianópolis – SC. O presente estudo realizou entrevistas em duas unidades de saúde com

profissionais matriciados, e quando questionados sobre a cobertura dessa metodologia no serviço de saúde, temos que:

“O matriciamento é efetivado em todos os centros de saúde, é 100%” (PSQ3).

O matriciamento realizado por essas equipes de Saúde da Família e o NASF representa um planejamento estratégico da atenção em saúde, interligando diferentes projetos e funções profissionais. As equipes envolvidas no cuidado devem atuar de forma transdisciplinar, visando à integralidade do atendimento. Na fala de um dos entrevistados é evidenciado o resultado positivo do trabalho de matriciamento realizado em Florianópolis e reafirmado o princípio da universalidade na oferta desse serviço.

No município de Amparo – SP, a universalidade foi apresentada por um dos entrevistados como um desafio para o SUS, pois, há uma grande demanda por serviços odontológicos e poucos profissionais contratados. Surge então a dificuldade de atender á todos que necessitam.

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

Essa fala se refere á mudança que houve na prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil que se caracterizava anteriormente por um acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos, e gestantes. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. (BRASIL, 2013).

Essa lógica de atendimento foi modificada a partir de 2004 com a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente, que define o acesso como um dos seus princípios norteadores.

Acesso: buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento. (BRASIL, 2004).

Ainda no estado de São Paulo, temos a experiência de Campinas, no qual um dos entrevistados, se referindo ao acesso dos usuários aos serviços de saúde nos diz que:

“[...] É aberto a todos... é porta aberta” (COOR E1).

Demonstrando nessa fala que a universalidade é garantida no serviço através do acesso não excludente.

Diferente das cidades já apresentadas, em João Pessoa – PB os pesquisadores reconhecem a universalidade na experiência estudada, apesar de não haver trechos ilustrativos dessa categoria nas entrevistas. Pode-se discutir, portanto que a universalidade talvez não tenha sido evidenciada nos fragmentos de entrevista, por ser algo subentendido ao sistema de saúde brasileiro e que, é fundamentalmente incorporado à experiência a ponto de não ser referenciada pelos entrevistados.

Nas experiências de Ourilândia do Norte – PA e Vacaria - RS não houve registro e nem fatos que sugerissem a presença desta categoria, pois, nos dois casos o que ocorreram foram ações programáticas, voltadas para um grupo específico limitando-se a resolução das necessidades de saúde apresentadas na época da experiência.

## Referências

PAIM, JS. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

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

MENDES, E.V (1999) apud PONTES, AP. M et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: O Que Pensam Os Usuários. **Rev. Enfermagem**. V. 13 P.501. 2009

MATTA, G.C disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/uni.html>>. acesso em 15/12/2012.

RIZZOTTO, M.L.F disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/focsau.html>>. acessado em 30/01/2013.

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

Mendonça MHM, Vasconcellos MM, Vianna ALA. Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Sup 1):S4-S5.

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

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

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

BRASIL, disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/CNSB/brasil\\_sorridente.php](http://dab.saude.gov.br/CNSB/brasil_sorridente.php) > acesso em 31/01/2013

BRASIL. Portaria n. 154/ GM de 24 de janeiro de 2008. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_04\\_03\\_08\\_re.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf)>. Acesso em: 30/01/2013.

## **Análise de categoria: Equidade.**

O conceito de equidade deriva do latim: “aequitas, aequitas 'igualdade, equidade’” (Houaiss, ano , p.), de onde se pode notar que é ligado desde sempre com o conceito de igualdade. De fato, desde as discussões filosóficas em Platão e Aristóteles, passando pela teoria do direito, até sua aplicação em sociologia ou política, o conceito de equidade aparece como ferramenta para diferenciar aquela que seria uma igualdade idealista, abstrata e homogênea, de uma igualdade de fato, que levasse em conta o mundo concreto e suas heterogeneidades.

[...] a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime. (Sposati, 1999, p.128).

Quando se fortalece a ideia de cidadania e com ela o “direito a ter direitos”, se fortalece também a noção de igualdade entre os indivíduos. A igualdade perante a lei era a conquista mirada, de modo que o debate não se detinha nas questões de reprodução social de desigualdades, e quando sim, só alcançava seu aspecto macro, focado nas grandes estruturas sociais e econômicas. Foi somente depois, numa discussão mais contemporânea, que a ideia de igualdade foi deixando de ser focado no indivíduo ou na estrutura, para se voltar a grupos identitários e minorias políticas, fazendo com que a ideia de igualdade fosse sendo substituída pela ideia de equidade.

Equidade introduz a diferença e surge no período contemporâneo associada às minorias (termo inclusivo que nomeou primeiramente as mulheres, povos indígenas e grupos étnicos, mas que hoje em dia incorpora temáticas diversas como a do louco e a do negro). (Escorel, 2013).

Equidade entendida como direito, mas não mais um direito individual ou formal, mas um direito que leva em conta pertencimentos, identidades, e que almeja garantir a possibilidade do exercício pleno das capacidades dos sujeitos e das comunidades.

No Brasil, no que se refere ao uso do termo na área da saúde, o termo equidade vem sendo usado principalmente na sua dimensão política, ao aliar a ideia de igualdade à de justiça social. A ideia de superar iniquidades (seu oposto) aparece então como obrigação moral social:

Iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e

indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social. (Whitehead, 1992).

Não haveria como fugir então de juízos de valor. O conceito de equidade exigiria tal juízo, pois lida diretamente com valores normativos.

A equidade, segundo Perelman, corresponde então a um instrumento da justiça concreta concebida para resolver as antinomias entre as diversas fórmulas da justiça formal. A equidade significa dessa forma um produto de uma intervenção sobre situações de conflito. (Silva e Almeida Filho, 2000:7).

É importante salientar esse aspecto na medida em que muitas vezes, em um contexto de busca por eficiência e racionalização economicista a equidade é confundida com focalização e pretexto de negação de universalidade. O discurso é algo como: “Diante dos poucos recursos, o Estado deve voltar-se para quem mais precisa e deixar que a iniciativa privada controle o resto”.

No extremo, está a conhecida redefinição de equidade sustentada pelos economistas de agências internacionais, que tomam a equidade como sinônimo de distribuição ‘focalizada’ de recursos do orçamento social para os mais carentes. (Nogueira, 2000).

Essa redefinição não se sustenta se colocada frente a um contexto em que se entende a saúde como direito de todos e dever do estado. A carga política do termo equidade no Brasil e neste trabalho vai no sentido inverso: a busca por equidade como um esforço de garantia de acesso universal “de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades” (Marx, 1875, s/d).

A posição oficial do governo federal frente à promoção da equidade pode ser lida:

A redução das desigualdades sociais é uma das mais importantes diretrizes que orientam as políticas do atual governo brasileiro. As desigualdades em saúde persistentes e passíveis de ação de mudança são chamadas também de iniquidades. Sobre esse assunto, o Ministério da Saúde e as demais esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm atuando, por meio de seus respectivos pactos, implementando metas sanitárias.

Estas políticas buscam incorporar as causas que determinam os processos de saúde e as condições de vida, resguardando os limites do setor saúde e desafiando as práticas intersectoriais como reais produtoras de mudanças no nível de saúde dos grupos sociais. Consideram-se como causas determinantes da saúde: as condições



de classe social, escolaridade, segurança alimentar, acesso a serviços e bens públicos que constituem a qualidade de vida, assim como a discriminação que ainda prevalece na sociedade, especialmente, o racismo, a homofobia e a misoginia.

O objetivo comum destas políticas se insere na concepção da justiça social nas quais as iniquidades em saúde possam ser tratadas além das desigualdades e das diferenças culturais e étnicas entre os diversos grupos. Esse enfoque, além de caracterizar os diferentes tipos de iniquidades em saúde, remete ao campo político da incorporação de valores éticos e morais explícitos na solidariedade como base do tecido social. (Brasil, 2013).

Seria possível perceber na literatura e estudos atuais alguns caminhos típicos ao se debruçarem na investigação da equidade em saúde. Um deles iria em direção da análise das condições de saúde de determinado grupo, e dos determinantes (ou determinação) social dessas condições:

Mas a maior parte das diferenças de condições de saúde são socialmente determinadas e não decorrem de variações naturais, ou de livres escolhas pessoais por estilos de vida mais ou menos saudáveis. Os pobres, grupos social e economicamente vulneráveis pagam o maior tributo em termos de saúde acumulando a carga de maior frequência de distribuição de doenças, sejam estas de origem infecciosas, sejam crônico-degenerativas ou ainda as originadas por causas externas. (Escorel, 2013)

Um outro iria no sentido de investigar o acesso aos serviços de saúde, e em que medida grupos com a mesma necessidade de serviço são atendidos desigualmente a depender de sua distribuição geográfica e social.

Neste caso adota-se o conceito de equidade horizontal, mantendo as desigualdades existentes previamente à entrada no sistema enquanto na equidade vertical o tratamento é desigual para indivíduos com necessidades distintas. (Escorel, 2013)

Há ainda os estudos que focam na institucionalidade do Sistema de Saúde, mirando na descentralização do poder decisório e do controle social, e por fim, a investigação em relação à presença da equidade enquanto princípio orientador das políticas.

Dois aspectos sobressaem na análise da equidade nesta dimensão:

- a predominância de políticas universais vs. políticas residuais e seletivas (focalização com cestas “mínimas”);
- a distribuição dos recursos financeiros – “o verdadeiro indutor das políticas de saúde” (Barbosa, 2001). Estudos e modelos sobre equidade na alocação de recursos financeiros (Porto, 1997; Lucchese et al., 2001). (Escorel, 2013)

A atual pesquisa sendo desenvolvida tentar notar, nas experiências pesquisadas, não só as dimensões assinaladas acima, como também de que forma aparece a aplicação concreta desses princípios.

No caso de Vacaria houve indícios de que a desejada equidade não foi alcançada, com entrevistados que indicam isso explicitamente (grifo meu):

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

A tentativa de organizar o processo de trabalho e prover um acesso mais rápido parece não ter conseguido superar a iniquidade do atendimento. Em outros casos, como o de Florianópolis, não há uma negação tão clara dos entrevistados, mas tampouco se encontram trechos ilustrativos da presença da categoria.

Houve boas notícias, porém. Em João Pessoa se pôde observar nos temas das peças apresentadas uma preocupação com as iniquidades:

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

Ourlândia do Norte serviu de exemplo de respeito à diversidade e heterogeneidade do tecido social ao fazer um atendimento diferenciado a uma população com necessidades e interesses específicos de sua microcultura: os indígenas locais. Ao adaptarem-se à realidade da população que precisa de atendimento, os profissionais de Ourlândia saíram de noções homogeneizadas e engessadas de igualdade em direção à heterogeneidade reconhecida pela equidade.

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

Houve ainda um caso em que se chegou à conclusão que a categoria equidade não se aplicaria: Vacaria. Isso porque neste caso particular o que houve foi uma ação programática com um objetivo específico de acabar com a infestação de mosquitos. Julgou-se que neste caso não faria sentido falar em equidade já que não se estava lidando com situações de iniquidades a serem resolvidas.

Diante disso é importante notar que a categoria equidade se está presente com tamanha importância nos mais diversos estudos não só sobre saúde, mas sobre quaisquer políticas sociais, é devido à constante reprodução social de iniquidades. Se não é possível, nem desejável acabar com as

desigualdades para gerar uma espécie de igualdade homogênea, é sim possível mirar na equidade, já que é ela o conceito que abarca a diversidade sem inferioridade. O conceito de equidade atualiza e politiza o conceito de igualdade, como nas palavras de Boaventura de Souza Santos: “tenho o direito a ser igual sempre que a diferença me inferioriza; e tenho o direito a ser diferente sempre que a igualdade me descaracteriza”.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NOGUEIRA, R. P **A impotência da Equidade**, In: Saúde, equidade, e gênero: Um desafio para as políticas públicas. ABRASCO, Editora UNB, 2000.

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

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

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

SANTOS, B. S, **Uma concepção multicultural de direitos humanos**. Disponível em: [<http://www.scielo.br/pdf/ln/n39/a07n39.pdf>] Acesso: 16/12/2012

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

## Intersetorialidade

A ação intersetorial, um dos pilares da promoção da saúde (OPAS, 1986), ocorre quando diferentes setores sociais relacionam-se para agir conjuntamente sobre problemas de saúde e para alcançar melhores resultados em saúde (WHO, 1996).

No campo da saúde pública brasileira, a intersetorialidade é reconhecida como fundamental para a consolidação da Reforma Sanitária e articulação das políticas públicas, no sentido de que os problemas de saúde devem ser abordados de forma intersetorial (BRASIL, 2004). Na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, a intersetorialidade é citada no sentido de que a esfera federal contará com comissões intersetoriais para promover a articulação de políticas e programas de diferentes setores de interesse para a saúde (BRASIL, 1990).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, independente da esfera de governo, mas, especialmente, pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), a valorização da intersetorialidade e a adoção da sua lógica precisa ser assumida (BRASIL, 2004). Requer-se a ação intersetorial desses profissionais porque a ESF apresenta o conceito ampliado de saúde como pressuposto para a sua atuação, e, sendo assim, utiliza conceitos e práticas da promoção da saúde.

Neste estudo, os resultados indicaram que existem diversas iniciativas intersetoriais e intrassetoriais dentro das ações da ESF. O conceito da intrassetorialidade foi incorporado neste estudo como articulação de diferentes departamentos dentro do setor saúde. Destaca-se que tal conceito foi utilizado a fim de valorizar as práticas ocorridas nos diversos pontos do setor saúde mesmo que (ainda) não sejam intersetoriais.

Observou-se que, em alguns casos, a intersetorialidade foi confundida/compreendida como uma ação intrassetorial ou desconhecida, conforme seguem os respectivos exemplos:

Inicialmente, foi a equipe mesmo [que trabalhou na ficha], né? A *intersectorialidade local*, daqui, de todos, TODOS, porque foram, assim, todos envolvidos: as agentes comunitárias, os técnicos, enfermagem, médica, psicóloga que estava aqui na época. TODOS participaram disso, dessa criação (OD1-AMPARO).

Eu não consigo enxergar parceiros além da gente mesmo, é uma conduta nossa mesmo. A Universidade Federal de Santa Catarina envia os alunos pra gente também, porque é uma experiência fundamental pra eles passarem pela assistência primária [...]. Até pouco tempo atrás era uma vez por semana só a visita deles aqui, mas com a mudança do currículo eles passam um período imerso aqui manhã e tarde e aí dá pra vê o que se faz (ENF1-FLORIANÓPOLIS).

Carvalho et al. (2009) também encontraram a presença de confusão e desconhecimento acerca do termo intersetorialidade entre profissionais e gestores (n= 91) da atenção básica na

região norte do município de Goiânia, a partir de um estudo quanti-qualitativo que objetivou analisar a visão e o tipo de ações intersetoriais para promoção da saúde na atenção básica. Segundo os autores, alguns participantes confundiram o conceito de intersetorialidade com integralidade da atenção ou intrasetorialidade, e ainda, outros demonstraram desconhecimento sobre o assunto.

Tal confusão também foi encontrada por Paula et al. (2004), que entrevistaram enfermeiros da ESF de Ribeirão Preto, São Paulo, e utilizaram o discurso do sujeito coletivo para descobrir a compreensão desses sobre intersetorialidade e quais eram as articulações que faziam com os equipamentos sociais. Os autores perceberam que os profissionais não compreendiam o conceito de intersetorialidade na sua magnitude, ou seja, não ultrapassaram a perspectiva setorial ou departamental, e que, muitas vezes, o termo foi confundido com interdisciplinaridade.

Dentre as ações intrasetoriais realizadas por profissionais de Amparo e Campinas, observou-se, respectivamente, que elas ocorrem a partir da articulação com profissionais da assistência social e da vigilância em saúde:

[...] esse instrumento, ele já foi construído por vários profissionais que acompanham a equipe quando a gente foi fazer a avaliação social. Por exemplo: ali vai ter renda, então a gente chamou a assistente social da rede para poder ajudar a gente a falar o que que a gente vai considerar renda: 'ter casa ou não ter casa é um critério?' [...] enfim, a gente foi incluindo essas pessoas, né (GT1-AMPARO).

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

A setorialização do trabalho desempenhado, conforme observado nessas experiências, embora engajem atores de outros pontos do sistema, é comum nas práticas realizadas na saúde pública (JUNQUEIRA, 1997). Atingir a intersetorialidade, na prática, representa um grande desafio para o setor saúde em virtude da fragmentação histórica do modelo de atenção à saúde (SÍCOLI E NASCIMENTO, 2003).

No que tange à presença da categoria intersetorialidade, esta ocorreu entre o setor saúde da maioria das experiências estudadas e educação, assistência social, segurança pública, defesa civil, desenvolvimento social, limpeza urbana e comunicação. Verificou-se, também, a articulação do setor saúde com organizações não governamentais (ONG), cooperativas e setor privado. Ressalta-se, porém, que entre as experiências estudadas apenas na de João Pessoa essa categoria não foi encontrada, e que os resultados limitaram-se ao apresentar quais eram os arranjos intersetoriais presentes na realização das experiências.

Iniciativas de ação intersetorial no contexto da ESF, com diferentes intensidades de integração, são demonstradas em outros estudos. Santana et al. (2009), ao investigarem a relação entre ações intersetoriais e a ESF a partir de gestores, profissionais e usuários em um

distrito sanitário da cidade de João Pessoa, Paraíba, informaram que, na visão dos profissionais, há uma tentativa por parte desses em promover a intersetorialidade, a qual ocorria de forma incipiente, na época da investigação, "[...] mesmo entre os espaços instituídos pelo governo [...]" com essa finalidade (p. Sem número). Entretanto, os autores afirmaram, a partir do discurso dos profissionais da ESF, que estes apresentaram potencial para o trabalho intersetorial, porém não tinham a governabilidade necessária para promover esse trabalho, tendo em vista a sua complexidade.

Em contrapartida, Papoula (2006) ao estudar o processo de trabalho intersetorial de 34 equipes da ESF implantadas em Petrópolis, no Rio de Janeiro, entre 1998 a 2004, verificou que as equipes buscavam resolver problemas da comunidade com setores governamentais e não governamentais, sendo que muitas vezes, a depender do setor envolvido, as respostas eram efetivas.

Neste estudo, a presença da intersetorialidade nas práticas das equipes da ESF pode demonstrar, que de certa forma, há aproximação dos profissionais ao paradigma da promoção da saúde e à noção de saúde na perspectiva ampliada. Esse aspecto é ainda um desafio para a concretização da intersetorialidade, pois a saúde pública necessita de profissionais capazes de entender a complexidade dos determinantes da saúde para, então, estabelecer ações intersetoriais que possam influenciar em tais determinantes (SILVA E RODRIGUES, 2010).

Nos achados deste estudo, percebeu-se que a intersetorialidade ocorreu principalmente com o setor educação, caracterizando-se, assim, esse resultado como uma convergência, visto que foi a articulação mais comum entre as experiências (Amparo, Florianópolis e Ourilândia). A integração saúde-educação foi feita por meio de programa de residência na unidade de saúde, do Programa Saúde na Escola e de ações isoladas de saúde escolar, conforme demonstrado a seguir:

A UFSC envia os alunos pra gente também por que é uma experiência fundamental pra eles passar pela assistência primária (ENF1-FLORIANÓPOLIS). REPETE PARTE DE TRECHO JÁ EXPOSTO, pode?

Agora tão todas as escolas no Programa Saúde na Escola, então tem o articulador da equipe da saúde da família e os articuladores da escola que sentam juntos pra discutir as demandas, sempre. Trabalha conjuntamente com a equipe de saúde da família (PSQ3-FLORIANÓPOLIS).

[...] além das ações de promoção, a gente faz um mural, no começo do ano, com todos os dentistas, praticamente. E eles vão para a escola e eles fazem uma avaliação odontológica com todas as crianças e daí separa quem precisa ser enxergado como indivíduo e quem pode ser enxergado como coletivo. Esses que são identificados como risco, ou seja, ele precisa ser visto individualmente, ele tem uma residência, que é identificada, e daí há uma comunicação (GT1-AMPARO).

Às vezes com escola a gente tinha [integração], só com escola, dentro da própria aldeia, a gente fez isso [...] De vez em quando a gente fazia [...]. Inclusive o pessoal da educação, eles ajudavam muito na questão da saúde bucal, colocando as crianças para escovar os dentes de manhã depois que merendava, entendeu? Eles ajudavam, ajudaram muito assim, ajudaram na conservação do meio ambiente, para não está colocando lixo, tudo, ensinando (ENF1-OURILÂNDIA).

Resultado similar é apresentado no estudo de Silva e Rodrigues (2010), no qual foi verificado que a articulação entre saúde-educação é a mais significativa. Esses autores analisaram as práticas intersetoriais de equipes da ESF na área de abrangência de um centro de saúde de Belo Horizonte, por meio de observações e entrevistas com profissionais de saúde e informantes-chave de equipamentos sociais locais (igrejas, escolas, creches, núcleo de ação social e núcleo intersetorial regional).

Papoula (2006), no estudo já exposto anteriormente, verificou a presença da efetividade na integração saúde-educação ao calcular a taxa de retorno dos setores contatados para estabelecer parceria. A taxa foi calculada a partir "[...] da porcentagem de equipes que referiram o número de contatos realizados com os setores e que opinaram que eles respondem às suas solicitações “na maioria das vezes” (p. 82).

É consensual que o setor educação é um importante aliado para o desenvolvimento de ações de saúde, sobretudo no campo da promoção de saúde (OPAS, 1986). Diversas iniciativas brasileiras de saúde escolar são efetivadas intersetorialmente com equipes de saúde, como, por exemplo, no contexto das Escolas Promotoras de Saúde (BRASIL, 2006) e do Programa Saúde na Escola (Brasil, 2007; 2012).

As articulações com o setor assistência social e ONG compõem a segunda convergência encontrada. Percebeu-se que a intersetorialidade ocorreu para resolver problemas de saúde e desenvolver ações.

Com Assistência Social a gente tem muita aproximação e ao mesmo tempo muita necessidade de alinhamento conceitual aí, porque tem disparidade de entendimento e tal, mas de qualquer maneira mantêm-se as comissões, são fervorosas (PSQ3-FLORIANÓPOLIS).

Ah, e a gente esqueceu dos projetos, a gente faz baile também, né, R., com os idosos. Uma vez por mês o ônibus da prefeitura vem e busca eles. O Centro de Referência de Assistência Social que oferece pra eles, também tem aulas de artesanato, coral, tem tido isso, a gente tem bastante coisa (ACS E1-CAMPINAS).

Mas tem outra parceria importante que nós tivemos na realização também dessas ações, que foi a da Pastoral da Criança, com a suplementação alimentar” (DSEI-KA2-OURILÂNDIA).

No relato de PSQ3-Florianópolis, o entrevistado expressou que há dificuldade no diálogo entre saúde e assistência social. Silva e Rodrigues (2010) também apresentaram esse aspecto no trabalho intersetorial de equipes da ESF de Belo Horizonte, estudo já citado

previamente. Para as autoras isso acontece em virtude da falta de consenso entre os profissionais das áreas, o que também é apresentado no estudo de Ckagnazaraff e Melo (2005).

Outros estudos demonstraram a integração saúde-assistência social no contexto da ESF, como em Silva e Rodrigues (2010) e Papoula (2006). Neste, em particular, descobriu-se que a assistência social era o setor mais procurado pelas equipes da ESF, porém, entre os setores procurados, esse não era o setor que mais respondia aos problemas encaminhados pelas equipes.

As instituições religiosas, seguido das ONG, foram as que mais responderam positivamente às solicitações das equipes de saúde no estudo de Papoula (2006), sendo que, nesse caso, as ONG eram menos contatadas pelos profissionais em relação às instituições religiosas. Ainda nesse estudo, pode-se visualizar setores comuns, acionados pela saúde, aos encontrados na presente pesquisa, a saber: defesa civil, educação, meio ambiente (limpeza urbana) e desenvolvimento social. Cabe destacar que, nos achados de Papoula (2006), a defesa civil foi o órgão governamental mais procurado pelas equipes de saúde e o que as deu mais retorno ao ser acionado.

Em uma das experiências analisadas, foi observada uma particularidade na participação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome no que diz respeito aos limites logísticos para viabilizar a entrega de alimentos à população dentro do prazo de validade dos produtos. [Não achei nada sobre isso no relatório, nem observação do pesquisador, nem em trechos do entrevistado, como fazer isso?:](#) (NA DISCUSSÃO INCLUIR LIMITES LOGÍSTICOS DA NÃO ENTREGA DEVIDO À VALIDADE DO INSUMOS - consideração da Dais)

Tem uma parceria também com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que eles fornecem cestas de alimentos [...], só que assim, as parcelas que a gente recebe, é, assim, não são/ não são mensalmente, por exemplo. Elas são... [...] seis (etapas) [...] duas vezes ao ano. [...] E aí temos uma dificuldade imensa também de distribuir essas cestas, porque o transporte aqui na maioria das aldeias é feito aéreo, e acaba sendo, assim, um volume grande quando chega e a gente precisa fazer a distribuição, porque são itens de alimentos que têm prazo de vencimento, às vezes, curto, e dificuldade também para armazenamento, embalagem, carga e descarga. (ON5)

Alguns achados foram compreendidos pelos pesquisadores como singularidades da categoria intersetorialidade, a parceria da saúde com o setor privado, em Vacaria, e o trabalho intersetorial a saúde, catadores de lixo, Departamento de Limpeza Urbana e cooperativa de reciclagem de lixo, em Campinas.

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



Até porque na própria cooperativa foi ensinado pra eles, como que recicla, como que separa. Então hoje a gente tem uma coleta que passa duas vezes por semana, coletando os lixos. Cada um coloca, você olha em frente às casas nos dias de coleta você já vê tudo separadinho. E temos também um depósito de ferro velho aqui que eles trazem também, tem muita gente que eles separam e trazem pra vender pra eles mesmo se manterem, então você vê direto, eles trazem carriola, junta... (ACS E1-CAMPINAS).

A inclusão do setor privado nas práticas de promoção da saúde foi anunciada pela primeira vez como fundamental para intervir nas questões de saúde no relatório da IV Conferência Internacional de Promoção de Saúde, em Jacarta (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997). Essa inclusão também é assumida pelo Ministério de Saúde, entendendo que as secretarias de saúde municipais precisam viabilizar parcerias com o setor privado para fortalecer a atuação das equipes da ESF (BRASIL, 2001). Além disso, atualmente, pode-se perceber a recorrente presença do setor privado/empresariado na implementação das iniciativas de Cidades Saudáveis, como, por exemplo, na cidade de Curitiba (MOYSES et al. 2004).

Embora a parceria público-privado na experiência de Vacaria não tenha um caráter continuado, mas ocorreu em virtude do engajamento comunitário no bairro em que a experiência se desenvolveu, a colocação seguinte reflete o envolvimento das empresas em Vacaria. Para Andion e Serva (2004), nas duas últimas décadas, houve maior sensibilização e envolvimento do setor privado nas questões sociais, sobretudo através de projetos de responsabilidade social.

A respeito da parceria estabelecida na experiência de Campinas, sabe-se que participação da cooperativa foi o cerne da experiência, pois promoveu, juntamente com os demais setores, a realização de cursos para os catadores não-membros de cooperativas a fim de combater o problema da dengue e informar o trabalho realizado na cooperativa, além da saúde prestar ações assistenciais. A finalidade desse tipo de articulação vem na direção do conceito de intersetorialidade, pois buscou solucionar problemas de saúde individuais e coletivos.

## Referências

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

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

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

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde Sistema. Relatório final da 12<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

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

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

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

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

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

JUNQUEIRA, L.A.P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade** 6(2):31-46, 1997.

MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T.; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc. saúde coletiva**, v.9, n.3, 2004.

SANTANA, P.R. et al. As ações intersetoriais e a estratégia saúde da família na ótica de gestores, profissionais e usuários da saúde no município de João Pessoa, Paraíba. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 76-87, Abr./jun., 2009.

SÍCOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, set./out. 2010.

OPAS (Organização Panamericana de Saúde). **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2011.

PAPOULA, S.R. O processo de trabalho intersetorial das equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores. Dissertação de mestrado em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2006. 186 p.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersectoral approach: a practical experience or a challenge to be met? The Collective Subject Discourse of nurses in the Family Health Centers of the Western District – Ribeirao Preto, Brazil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.331-48, mar/ago 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

## ANÁLISE DE CATEGORIAS – PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação social é inserida na gestão do SUS com base na lei nº 8.142 (BRASIL, 1990) a qual institucionaliza a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, na qual ressalta a necessidade da participação em cada esfera de governo, porém sem legitimar a função do poder legislativo, com base na Conferência de Saúde e Conselho de Saúde.

A lei cita Conferência de Saúde como segmentos sociais reunidos a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para formulação da política de saúde (BRASIL, 1990) e Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo de segmentos variados da sociedade na formulação de estratégias e no controle e na execução da política de saúde em cada instância correspondente ressaltando também a representação do usuário como maioria tanto nas Conferências quanto Conselho de Saúde. (BRASIL, 1990)

Analisando os 6 municípios visitados por suas experiências exitosas em ações da estratégia saúde da família, em sua maioria existe uma divergência entre os entrevistados quando questionados se havia participação social no planejamento e inserção das práticas premiadas, ou se participação social foi apenas para conhecimento da prática *in loco* como foi o caso de Amparo, Campinas, nos quais alguns entrevistados diziam que não houve participação da comunidade mesmo contando com o conselho local de saúde:

Que eu saiba não [o povo não participou da implantação e elaboração dessa Experiência]. Não, que eu me lembre. (ACS1-AMPARO)

Neste caso a população apenas foi informada sobre a mudança, o que foi mencionado como um ponto negativo na Experiência e até mesmo uma dificuldade já que nesta experiência o Conselho de Saúde é ativo, porém de forma questionadora e informativa sem uma gestão participativa como nos seguintes trechos:

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

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

É comum se observar a situação como o caso de Amparo em que a população não faz parte do planejamento da ação e apenas é informada quando o projeto já está feito e implementado ou já quase implantado, relatos de Campinas provam isso:

Então acho que [as instâncias de pactuação da Experiência] foi Distrital, VISA, local e os catadores [que participaram na implementação da experiência]. [...] foi uma ação local mesmo, essas três instâncias basicamente.” (APOIO1 - Campinas)

A ausência do Conselho de Saúde restringe ainda mais a participação social nos projetos, onde ela é vista apenas neste espaço:

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

Ocasionalmente então na situação em que a população nem é informada, o processo de trabalho demonstra que houve alguma mudança no cotidiano das pessoas:

Não tem assim uma formalidade de passar o projeto para a população, é a dinâmica do trabalho que vai socializando o projeto.”  
(COORE1-Campinas)

Neste caso os trechos corroboram a conclusão de trabalho de Cotta ET al (2008) em que percebe-se que a participação social se resume a existência de conselhos de saúde e na sua ausência não se encontra fatores que comprovem ações de mobilização social em prol da saúde planejamento das ações para a garantia do serviço.

Com o intuito de valorizar e fortalecer o que já é preconizado em lei o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS (BRASIL, 2009) reforçando a valorização da participação social e controle social especialmente os conselhos e as conferências, e reforça o protagonismo da população na luta por saúde na ampliação de espaços de articulação e trocas de saberes além de integração com as ações de auditoria e ouvidoria, monitoramento e avaliação para aprimoramento da gestão do SUS.

Analisando a participação efetiva da população e dos conselhos encontramos trechos interessantes nos municípios de Vacaria e Ourilândia do Norte, respectivamente:

A maioria abraçou a causa. O pessoal gostava de sair, ir pro rio, passar a tarde lá limpando” ressaltando além “[o projeto] foi escrito, com a participação popular”(V2 - Vacaria)

Nesta experiência e neste caso encontramos algumas singularidades visto que o município investe na participação social por meio de conselhos, tanto a nível municipal quanto a nível local, todos os centros de saúde têm conselho, assim como os serviços de assistência especializada e o ambulatório de DST/AIDS. Além disso, relatos da pesquisa informam que a prática de enviar aos conselheiros correspondências informando sobre a reunião mensal

acontece há mais de 10 anos e no caso dessa experiência a iniciativa partiu de uma mobilização social local que sentiu a necessidade de uma ação junto a saúde:

“[o projeto] foi escrito, com a participação popular” (V2 - Vacaria).

Em razão da valorização da participação da comunidade nas ações de saúde, Ourilândia do Norte também retrata bem essa realidade, de forma a estimular a participação da sociedade por meio da gestão do serviço:

[...]eles [indivíduos da comunidade] são convidados, aí existem também os Conselhos Locais de Saúde, então dependendo dos assuntos que vão ser discutidos, a gente chama, faz a reunião lá, dentro da comunidade mesmo, e aí aqueles conselheiros lá, eles vão ver o que a comunidade quer, a necessidade da comunidade, e vão anotar e quando for na reunião distrital eles passam para o Distrito/ o conselheiro local/ distrital que está lá na aldeia, ele vai para reunião e ele coloca lá e é discutido a nível de Distrito no Conselho.”(ON2 – Ourilândia do Norte).

A pesquisa também demonstrou críticas e fatores que dificultam a implementação e ação da participação social, como no caso de Florianópolis em que se observou a existência por meio dos conselhos de saúde, tanto o municipal quanto os locais (distritais). No entanto, todos os informantes concordam que a participação dos usuários (que não são conselheiros) é bastante tímida, e ocasionalmente, acaba representando somente nichos de interesses particulares:

Teve aprovação do Conselho, tudo passa por aprovação através do conselho (...).O que eu percebo isso é uma opinião pessoal, é que a participação popular é importante, mas os conselhos estão sendo deturpados na prática como nichos de interesses particulares, tá? Então assim, é muito pró-forma e é muita barganha que tem no final, sabe, assim, sendo bem sincera, E aí é um nicho do vereador tal, o nicho de uma categoria de um conselho regional de uma determinada profissão que aparelha aquilo, ou de um determinado partido. Então assim, os conselhos, eu não vejo como locais de participação popular

efetiva mesmo, sabe?[...]Eu posso dizer que sim, porque passou pela aprovação do conselho, mas o conselho muitas vezes está muito distante do usuário que deveria ser..." (FLN3 – Florianópolis)

Ou, outro caso singular que se observa é em Ourilândia do Norte em que a escolha do conselheiro é política e deve, neste caso, ser obrigatoriamente um indígena recriando a reflexão de que a escolha do conselheiro realmente representa aquele segmento e pode fazer parte da roda de discussão:

"[...] geralmente a gente deixa, a gente deixa, não. É para ser assim: a critério da comunidade, a comunidade escolhe [seu agente indígena de saúde], a gente não interfere. Só que era para ser uma pessoa que sabe ler, que sabe em português, escrever e que tenha um/ né, mas aí eles escolhem 'Ah, é meu sobrinho, é sobrinho do Cacique, é genro do Cacique' e é assim que eles escolhem, mas a gente não pode interferir porque isso tem que ser partido deles." (ON2 – Ourilândia do Norte)

Para Serapione et. Al (2006) é uma tarefa árdua se questionar mais o posicionamento e a participação do conselheiro usuário visto que apenas para o mesmo sua representatividade e ação é baseada completamente no trabalho voluntário, além do indivíduo estar lá na condição de representar uma necessidade como no caso de Florianópolis o paciente que necessita de apoio psicossocial:

"A gente tem um conselho local de saúde que está ainda engatinhando, têm as nossas reuniões enfim, mas ainda não tem uma participação plena da população, têm pessoas que estão participando da comunidade, mas que em geral já tem uma historia de participação em movimentos populares, mas eu não vejo o usuário participando, não vemos o nosso paciente participando (...) As pessoas são pouco participativas estão envolvidas ou no trabalho ou na família, no próprio sofrimento e não consegue ainda partir pra outras possibilidades." (FLN1).

Neste estudo, sinaliza-se que o mero funcionamento regular do conselho não garante que exista efetivo controle social, como no trabalho de Souza et. Al (2010) citando que alguns casos falta para o conselheiro de saúde capacitação para a sua atuação, permitindo-lhe que os mesmo tomem as decisões corretas e conscientes, exercendo sua função com clareza. O conselheiro municipal de saúde tem um desafio e uma responsabilidade por deliberar e representar a população de um município em que esta muitas vezes desconhece a existência e a importância, desconhecendo também o quanto se pode conquistar através de um Conselho de Saúde realmente ativo.

Portanto, como última análise foi observado com base em todo o referencial teórico e trechos das entrevistas que o conselho de saúde ora é um espaço de apresentação de resultados sem planejamento ascendente e gestão participativa ora um recinto de mobilização social, questionamento e criticidade que vai além de ações institucionalizadas e oriundas do setor saúde como o caso de Vacaria. Porém é importante ressaltar as debilidades de se manter um conselho ativo, devido interesses políticos, particulares e culturais.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 44 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

COTTA, RMM; CAZAL, MM; MARTINS, PC. **Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2437-2445. ISSN 1413-8123.



LANDERDHAL, MC; UNFER, B; BRAUN, K; SKUPIEN, J. **Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático?**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2431-2436. ISSN 1413-8123.

SERAPIONI, Mauro and ROMANI, Oriol. **Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.11, pp. 2411-2421. ISSN 0102-311X.

SOUZA, TO; DA SILVA, JM; DA NÓBREGA, SS; CONSTÂNCIO, JF; **Controle social: um desafio para o Conselheiro de saúde.** Rev Bras Enferm, Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 215-21.

## MACRO CATEGORIA ORGANIZAÇÃO

### EIXO ORGANIZAÇÃO

#### **CATEGORIA ACESSO**

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, devendo ocorrer no local mais próximo da vida das pessoas. É fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Assim, a AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, e as Unidades Básicas de Saúde desempenham um papel central na garantia, à população, de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (PNAB, 2012).

O acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos e de qualidade, com acolhimento dos usuários, vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde é uma diretriz da AB brasileira. (PNAB, 2012).

Sousa (2007) retrata que os termos “acesso” e “acessibilidade” são usados por alguns autores de forma indistinta e geralmente imprecisa, enquanto outros fazem sua diferenciação.

Donabedian (1973) diferenciou os tipos de acesso. Para ele, o acesso sócio-organizacional inclui características de recursos que facilitam ou atrapalham os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento. O acesso geográfico, por outro lado, envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessários para alcançar e obter os serviços.

Segundo Starfield (2002), existem diversos tipos de acessibilidade a serem considerados com relação aos serviços de saúde, como acessibilidade geográfica, psicossocial e em relação ao tempo. Assim, acessibilidade envolve tanto a localização do estabelecimento próxima à população que atende,

quanto os horários e os dias em que está aberto para atendimento, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e a percepção da conveniência desses aspectos por parte da população. A ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida ou seja adiada.

Sousa (2007) traz a definição de acesso como a inter-relação estabelecida entre os indivíduos, família e comunidades, gestores e equipes do PSF permeada pelo vínculo e pela co-responsabilidade, num exercício permanente de geração de oportunidades e capacidades entre os sujeitos nos processos de cuidar da saúde-doença-morte como expressões de respeito, autonomia e participação. Nessa pesquisa, assume-se esse conceito de acesso, de Sousa, que considera as relações, incluindo-se, na mesma categoria, a definição de acessibilidade de Starfield (2002).

### **Experiência realizada para organizar/facilitar o acesso**

Nas falas dos entrevistados de Amparo, Campinas, Florianópolis e João Pessoa, pode-se observar que a origem das ações da Experiência estava relacionada à necessidade de organizar e facilitar o acesso da população aos serviços de saúde da Atenção Básica.

As experiências de Amparo e Florianópolis, como se pode observar nos trechos destacados, estavam voltadas à organização da demanda dos serviços de saúde: o primeiro, da saúde bucal; o segundo, da saúde mental.

As ações desenvolvidas no município de Amparo tinham como objetivo planejar o acesso ao atendimento odontológico de forma equitativa e integrar toda a equipe com a proposta de saúde bucal para atendimento familiar, com a elaboração de um instrumento de avaliação de risco. A ideia inicial da ficha era que fosse feita toda a reorganização do acesso à saúde bucal, buscando-se superar barreiras de acesso através da busca-ativa, porém não houve continuidade dessa busca, devido à grande demanda.

“O que que isso [ida do dentista que estava na escola para a UBS] gerou? Uma demanda enorme para a saúde bucal, porque parece

que 'abriu a porteira' (risos), porque antes o adulto não tinha acesso dentro da escola." (GT1-AMPARO)

"[...] já tiveram várias fases [na organização da saúde bucal utilizando-se o instrumento], mas, na fase mais recente, a partir do momento em que a pessoa manifesta o desejo, a necessidade de fazer uma avaliação [da saúde bucal], fazer um tratamento, aí elas [ACS] falam da ficha. Neste momento, é a partir do momento em que a pessoa demanda. Isso atualmente, né. Porque no começo foi uma coisa mais de busca-ativa e oferecer [o atendimento], né." (COOR-AMPARO)

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

Em Florianópolis, assim como diversos outros municípios brasileiros, havia uma demanda psiquiátrica reprimida, o que dificultava o acesso aos serviços de saúde. Também as barreiras na comunicação entre os profissionais da rede de saúde e a localização geográfica de oferta do serviço foram apresentadas como um obstáculo ao acesso dos usuários.

"Mesmo porque a proposta inicial era: vamos juntar com psiquiatras e psicólogos, regionalizá-los, [...] porque eles estavam aglomerados, ou no centro, ou no norte.... vamos distribuir, montar essa equipe. Esses psicólogos e psiquiatras não vão ficar mais juntos. Vamos fazer uma proposta com eles e [eles] vão ter tempo formalizado para sentar com as equipes de Saúde da Família." (PSQ3-FLORIANÓPOLIS).

Já as experiências de Campinas e João Pessoa tinham como objetivo facilitar o acesso da população à AB, desenvolvendo ações que fossem convidativas. Em Campinas, a experiência era voltada para catadores de material reciclável que moravam e/ou trabalhavam na área. O objetivo era facilitar o acesso dessa população à UBS, com vistas, inclusive, à equidade, além de informar os catadores sobre questões referentes à saúde,

principalmente voltada à prevenção da dengue, e ao trabalho de reciclagem desempenhado por eles, com auxílio de uma cooperativa.

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

“E o que foi bem legal é que depois o resultado do trabalho, as meninas [ACS] passaram a ter um acesso melhor a eles [catadores].” (VIEPI E1-CAMPINAS).

Em João Pessoa, o teatro foi utilizado como uma forma de chamar a população a conhecer e utilizar os serviços da AB, além de informá-la sobre questões importantes relacionadas à saúde. Foi mencionada a importância de uma linguagem clara e de fácil compreensão por parte da comunidade, o que é necessário para garantir o acesso aos serviços que são ofertados.

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

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

Já a experiência de Ourilândia do Norte era voltada para a recuperação nutricional de crianças indígenas com baixo peso ou com risco nutricional enquanto a de Vacaria foi uma baseada na intersectorialidade, numa ação conjunta da saúde com a iniciativa privada e a comunidade para a limpeza dos córregos, a fim de evitar a endemia de mosquitos borrachudos.

### **Fatores que facilitam o acesso**

Os entrevistados dos municípios de Amparo, Campinas, Florianópolis, Ourilândia e Vacaria citaram fatores facilitadores para o acesso. Em Amparo, onde foi reorganizada a saúde bucal, foi citada a importância das equipes ampliadas de Saúde da Família e do acolhimento. Como menciona Starfield (2002), a oferta de ações e serviços é uma das dimensões do acesso.

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

Também o acolhimento é um importante fator para a melhoria desse acesso. Conforme a PNAB (2012), o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Esse acolhimento, porém, ainda está em processo de construção nas Unidades de Saúde da Família, apesar de sua implantação ter iniciado, de forma pioneira, já na década de 1990. (SOUZA et al, 2008).

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

A importância da oferta para garantir o acesso também foi observada em Florianópolis, com a abordagem da necessidade do atendimento de saúde mental e do matriciamento nas próprias UBS.

“Encaminhando direto, na prática, como ficava uma fila de espera enorme, [...] quem atende é o médico de família. Você está

atendendo toda a demanda, porque você não tem acesso a outro [médico]. Se a gente abrir, colocar esses espaços presenciais [com profissionais da saúde mental], você [médico de família] vai ter acesso direto, vai conseguir discutir os casos que são os maiores pepinos para você, e aí conseguir o acesso mais rápido à consulta (psiquiátrica)” (PSQ3-FLORIANÓPOLIS).

Na visão dos pesquisadores deste estudo, também a informatização do sistema realmente parece tornar potencialmente melhor o acesso e o cuidado. A facilidade de informação sobre os centros de saúde e suas atividades, através de blogs, por exemplo, o sistema informatizado de atendimento e o prontuário eletrônico pareceram ter bons resultados na garantia do acesso da população, em Florianópolis.

No município de Ourilândia do Norte, foi vista a peculiaridade da saúde indígena, que faz parte de um subsistema do SUS e que, por isso, possui os mesmos princípios. Levar as ações de saúde para as aldeias, considerando a realidade de cada local, é um fator facilitador do acesso.

**Sim.** “A gente trabalhou dentro do Posto de Saúde Indígena. Na verdade, não é bem um PSF registrado, mas é um Pólo, [...] é o posto que a gente tem lá e era dentro do Posto de Saúde que a gente trabalhava essas ações. [...] Na aldeia, a gente fazia esse trabalho na aldeia. [...] Um (posto de saúde) em cada aldeia” (ENF1-OURILÂNDIA).

Starfield (2002) discute também que é fundamental, para a garantia do acesso, o profissional falar a língua dos usuários. No caso da saúde indígena, esse é um ponto que ainda precisa ser aprofundado. Na visita a Ourilândia, os pesquisadores perceberam que poucos profissionais falavam a língua dos povos indígenas atendidos e que isso fazia muita diferença. A interculturalidade deve ser uma questão debatida e exercida também no âmbito da saúde, bem como o respeito às práticas de saúde tradicionais, desenvolvidas, muitas vezes, pelo pajé.

Em Campinas, a questão da territorialização, base da Estratégia Saúde da Família e essencial para o acesso da população adscrita, foi mencionada. Como descrito na PNAB (2012), a AB deve ser descentralizada e capilarizada,

de forma que as pessoas tenham a oferta das ações e serviços próximos a sua casa.

“Territorialmente, esse bairro não é muito amplo, a proximidade não é muito distante não [dos catadores]. [...] A população é adscrita, tem a divisão territorial né? Ai tem, por setor censitário...” (COOR E1-CAMPINAS)

Em Vacaria, a organização do processo de trabalho, bem como a territorialização, também foram fatores importantes para o acesso da população. Vale destacar a importância da busca-ativa, realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para se conhecer a realidade de saúde da comunidade adscrita.

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

### **Fatores que dificultam o acesso**

No município de Amparo, os entrevistados mencionaram alguns fatores dificultadores para o acesso à Estratégia Saúde da Família, em especial no que tange à saúde bucal. A mudança do local de trabalho da Equipe de Saúde Bucal, que deixou de ofertar ações focalizadas exclusivamente para os escolares e passou a atender toda a comunidade, com acesso universal, foi um fator que facilitou o acesso para os demais indivíduos, porém, como consequência, dificultou o acesso de parte do grupo que era atendido anteriormente, mesmo existindo ações intersetoriais da UBS com a escola.

“Só que essa criança que foi identificada lá [na escola], foi avisado na unidade e a unidade sabe onde ela mora, sabe o nome, sabe quantos



dentes cariados ela tem e tudo. A logística é bacana, [mas] as barreiras sociais e as dificuldades para ela chegar à unidade estão muito além da gente saber que ela existe e que ela mora na rua tal. E você chega lá e é um menininho de 8 anos que cuida da irmã de 2 anos porque a mãe está trabalhando o dia inteiro e não tem quem fique com a criança. E a gente precisa atender. Estou dando um exemplo grosseiro, mas o que eu estou querendo dizer é isso: a gente tem que ter uma logística e até uma comunicação em rede aqui para falar 'olha, tem tal criança aqui', mas as coisas não são tão 'redondinhas assim'. A gente tirou a dentista da escola [...]: é um salto, mas tem uma perda. Esse menininho de alto risco [...], quando a gente tinha um dentista na escola, a gente pegava. Hoje, a gente não consegue pegar na unidade." [...] nós não tiramos o acesso, a gente continuou o acesso, mas colocamos uma barreira no meio, né, porque eles têm outros complicantes [...]" (GT1-AMPARO)

Outro aspecto mencionado estava relacionado especificamente ao instrumento desenvolvido na experiência, o qual ajudou na organização da demanda para a saúde bucal, de acordo com o princípio da equidade, porém não foi suficiente para garantir o acesso e eliminar as barreiras:

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

Por fim, como bem retrata OD1, a organização da demanda, sozinha, não é capaz de garantir o acesso. É preciso levar em consideração o conjunto de questões que influenciam na possibilidade do usuário chegar ou não ao serviço de saúde. Um obstáculo importante é o horário de funcionamento das Unidades Básicas, que há algum tempo já vem sendo discutido no Brasil, com alterações em alguns municípios, porém não sendo uma realidade nacional o horário alternativo ou expandido. Isso deixa de fora importante parcela da população trabalhadora, que fica impossibilitada de cuidar de sua saúde na AB.

Assim, a porta de entrada desses usuários acaba se tornando, muitas vezes, o hospital, já em situações de doença, e eles deixam de ter acesso a bastantes ações de promoção e prevenção da saúde, reforçando o modelo curativista (STARFIELD, 2002).

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

Segundo a PNAB (2012), para garantir o maior acesso possível, o vínculo, e os demais atributos da AB, o processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo a atingi-los. Também é ressaltada a importância da definição do território e da população sob responsabilidade das UBS e das equipes e do planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais, com a recomendação de se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários.

### **Singularidade**

Também em Amparo, foi observada uma singularidade em relação ao que o município tem feito para tentar superar os obstáculos encontrados para que se possa garantir o acesso dos usuários ao serviço de saúde da AB. Nesse caso, foi apresentado o equipamento transportado para o atendimento na saúde bucal:

“Hoje, a gente tem um equipamento transportado - que foi a sacada que a gente teve - que ele vai para a escola, fica um tempo, trata só aquelas crianças que precisam e depois ele muda de escola... Só que a gente não tem um número de [equipamento] transportável suficiente e nem profissional suficiente para conseguir pegar essas crianças de alto risco no lugar onde elas estão - não confinada, mas que ela, pelo

menos um momento, ela está ali. Porque na hora que se passa a responsabilidade para a família levá-lo à unidade, essa família tem uma complexidade tão grande, que muitas vezes ela não consegue chegar.” (GT1-AMPARO)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

SOUSA MF. **Programa Saúde da Família: estratégia de superação das desigualdades na saúde?** Tese (doutorado) – Universidade de Brasília, 2007. 268 p.

STARFIELD B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviço e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA ECF, VILAR RLA, ROCHA NSPD, UCHOA AC, ROCHA PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

## **Organização – Gestão do Processo de trabalho**

Um dos focos deste estudo foi caracterizar na organização, a gestão do processo de trabalho das experiências municipais visitadas da III Mostra Nacional de Produção de Saúde da Família de 2008.

O trabalho em saúde, segundo Matumoto et al. (2005) pode ser visto como um conjunto de tarefas empenhadas pelos trabalhadores, com constante interação que objetiva a “realização da tarefa assistencial, do atendimento integral, de reconstrução dos modos de lidar com os saberes e disciplinas, necessários para o atendimento em saúde” (p. 13). Na Estratégia de Saúde da Família o objetivo do trabalho das equipes de saúde é realizar na perspectiva da família, a integralidade na assistência, de maneira contínua, visando qualidade e resolutividade nos serviços, buscando sempre atender a necessidade da população adscrita (RIBEIRO, et al, 2004).

A gestão do trabalho em saúde é um eixo fundamental na estrutura organizacional dos serviços em saúde, sendo que a qualidade e a produtividade são resultados da forma que este é realizado. A gestão do trabalho em saúde acredita que o trabalhador é um elemento chave para a transformação do meio de trabalho, sendo ele entendido como um agente transformador para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde: “o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, co-participação, e co-responsabilização de enriquecimento e comprometimento mútuos”. (MACHADO, M.H.)

Na análise da categoria de gestão do processo de trabalho foram identificadas as seguintes dimensões nas experiências visitadas: a) fatores que facilitam: trabalho em conjunto em saúde, autonomia, educação permanente, uso de fichas e planilhas no processo de trabalho, b) fatores que dificultam: centralização, ausência de liderança, mudanças na gestão, não adaptação de instrumento; c) fatores de singularidade: análise do contexto de saúde.

O trabalho em conjunto com as equipes e suas coordenações foi uma similaridade que pode ser observado em algumas experiências, tal aspecto pôde ser visto nos municípios de Amparo, Florianópolis e Vacaria. Esse trabalho em conjunto pode ser notado pela realização de reuniões e encontros esporádicos das equipes de saúde da família e outros participantes. Os

entrevistados expressaram que mesmo com os consensos das reuniões, cada equipe tem a autonomia de fazer o trabalho voltado para a realidade de sua população adscrita. Em Amparo, essa relação foi relatada no seguinte trecho de fala de um agente comunitário de saúde:

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

Em Florianópolis também é evidenciado o trabalho em conjunto conforme foi explicado por uma enfermeira:

“Eu acho que a estratégia principal (para assegurar a continuidade ou expansão da experiência) talvez seja a questão das regionais estarem coordenando tudo isso, então a regional no meu modo de vista fomenta e dá os limites, isso facilita bastante. A regional garantindo, por exemplo, uma tarde de matriciamento, a gente organizando essas agendas, coincidindo a agenda do dia com a do psiquiatra, havendo essas comunicações, fomentando essas comunicações internas entre nós e o pessoal do NASF e daí a coisa anda, deixando os objetivos claros, sendo assertivo é a estratégia que se precisa né? Por que aí vence a resistência que existe em algum grau em vários profissionais.” (ENF1).

No município de Vacaria o trabalho conjunto da equipe foi um fator essencial para os resultados da experiência:

[...] a gente tinha tudo especificado, [...] na reunião de equipe [...] a gente já organizava tudo: ‘tal dia a gente vai sair, tal dia vai ter que fazer a limpeza nos córregos, na segunda-feira, no km 4 tal lugar, na quarta-feira em um ponto específico em outro lugar’. Então, era tudo organizado com a equipe e secretaria de saúde” (DEN).

Conforme aponta Ribeiro, et al. (2004), o modo de trabalho da equipe de saúde da família permite a ampliação das ações de promoção em saúde, maior adesão da população aos serviços e principalmente a autonomia de “introduzir práticas assistenciais inovadoras”. Para Campos, G.W.S. (1997), o trabalho em saúde para ser resolutivo precisa de certo grau de autonomia, por acreditar que ela confere independência ao profissional é necessário que ele execute suas ações com responsabilidade, desta forma, ele designa “autonomia-responsável” para um processo de trabalho em saúde no qual os agentes de transformação se comprometam e se envolvam na realização de tarefas.

A autonomia do processo de trabalho em saúde do município de Amparo se destaca, cada equipe fez alterações na ficha de saúde bucal conforme considerou pertinente. Entretanto, um aspecto que demonstrou divergência entre os entrevistados, foi que muitos não demonstraram ter se adaptado ao instrumento:

“A própria equipe da odonto tem, tem processos de trabalho um pouco diferentes, usa a ficha de forma diferente. Uma equipe continua aquele processo familiar, de chamar pela família e fazer a orientação, enfim; e a outra equipe preferiu fazer / usar a ficha mais com pontuação individual e não pontuação familiar, né. E foi, na verdade, eu acho que é uma polêmica que vem desde a época em que [a ficha] foi implantada [...]” (COOR).

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

Já em Florianópolis a autonomia apresenta convergência:

“Nós temos aqui quatro equipes, cada equipe ela tem a sua autonomia dentro do seu processo de trabalho. Temos uma coordenação da unidade, que sou eu quem responde. E aí a gente procura trabalhar... Padronizar algumas coisas. Mas nada impede que a equipe tenha seu próprio planejamento em relação a sua área de abrangência” (MED2).

Quanto à educação e capacitação das equipes, nota-se que nas experiências visitadas de Ourilândia do Norte, Florianópolis e Vacaria que este foi um processo relevante na implantação e desenvolvimento das experiências. Conforme a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2011), a estratégia da educação permanente é um fator-chave para o trabalho das equipes de saúde da família, sendo considerado um elemento de gestão essencial para que a partir dele haja a “análise coletiva dos processos de trabalho, identificando-se os nós críticos [...] na atenção e/ou na gestão [...], estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde” (p.11). Em Vacaria o processo educativo foi feito com os agentes comunitários:

“[...] daí a gente teve junto com Centro Estadual de Vigilância em Saúde um treinamento né, todos os agentes de saúde, um treinamento de uma semana com aulas teóricas e práticas. Daí, ali a gente aprendeu a medir vazão de rio, como passar o biolarvicida, e, então, depois de todo este trabalho a gente foi colocar isso dentro da comunidade [...]” (SEC).

No contexto de Florianópolis, no qual eles trabalharam com o matriciamento em saúde mental, houve uma capacitação para toda a equipe com o tema:

“O matriciamento inicialmente ele é muito complicado, porque sai do encaminhamento e parte para a responsabilidade da equipe, então geralmente gera insegurança por parte do profissional que não tem muito ainda o manejo, questão da própria experiência com os casos clínicos mais sérios. Então, inicialmente houve uma rejeição por parte dos profissionais [...] só que daí o município também gerou uma capacitação em saúde mental e aí eu acho que facilitou um pouco essa absorção das equipes em relação ao matriciamento” (MED2).

No município de Ourilândia do Norte, a educação é feita pela passagem do conhecimento de quem trabalha a mais tempo para os novos membros da equipe, dada a singularidade deste caso, por se tratar do trabalho em saúde para os indígenas:

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

Percebe-se que o uso desses processos de educação no trabalho das equipes de saúde, potencializa as ações realizadas, oferecendo mais opções para enfrentamento de problemas que podem ocorrer, sendo então uma estratégia de apoio desse trabalho na atenção básica (PNAB, 2011). Para Machado, M.F.A.S. *et al.*, a educação permanente juntamente com a capacitação profissional fazem parte da discussão da integralidade na atenção na ESF, devendo “estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde” (p.338).

O uso de planilhas e fichas para auxiliar no processo de trabalho das equipes de saúde ocorreu nos municípios de Vacaria e Ourilândia do Norte. Em Vacaria para pesquisa foi feito o uso da ficha epidemiológica:

“Então dentro da própria visita do ACS a gente perguntava, fazia uma pesquisa. Tinha uma ficha epidemiológica que a gente preenchia, e a



gente entregava folders educativos explicando a vida, como funciona a vida do mosquito pras pessoas entender como é que é” (ACS).

Em Ourilândia do Norte o uso da planilha foi utilizado para organizar o processo de trabalho e reuniões da equipe com a coordenação específica indígena. Entretanto, pelo relato da enfermeira entrevistada, o uso da planilha e a realização das reuniões não são feitos mensalmente como previstos:

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

As dificuldades encontradas variam conforme o contexto de cada município. No município de Campinas a centralização da gestão foi um fator que dificulta, não havendo reuniões em grupo na tomada de decisão:

“É porque assim, vem o projeto a gente faz a pactuação a nível distrital e implanta na unidade, coordenador vem e socializa com a equipe e aí a gente divulga no conselho local” (COOR E1).

Em João Pessoa a dificuldade encontrada foi à ausência de liderança para a realização das peças de teatro:

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

Na experiência de Ourilândia do Norte, foi bastante evidenciada a dificuldade da mudança de gestão na saúde indígena e das parcerias com as Organizações Não Governamentais (ONG's):

“As ‘ONGs’, como vocês sabem [...] não deram certo. A intenção do governo era colocar ‘ONGs’ para administrar, que anteriormente o governo / alguns funcionários estavam desviando verbas, não estava dando certo. O que que o governo fez? ‘Não, eu vou fazer uma parceria, colocar ONG e funcionário nosso, para acompanhar, tá?’ Aí começou a existir desavença. ‘Acaba com as ‘ONGs’, as ‘ONGs’ estão/estão desviando dinheiro, agora vamos ter a nossa nova secretaria, botar gente responsável, funcionário responsável para administrar. Só pessoal do governo mesmo.’ Então, ele fez isso, acabou com as ‘ONGs’, entendeu? Pegou a administração novamente, e está começando a fazer os primeiros passos: uma nova

secretaria, que não conhece, por pessoas que vieram de outro setor que não conhecem como é que se faz o trabalho. Então, nós estamos aqui engatinhado com eles que já trabalhavam. São/são/ de ONG's, entendeu? E que o governo, é, terceirizou. Pegou várias empresas: de transporte [...] de assistência, de restaurante. E está terceirizando tudo, e colocou seus funcionários, para fiscalizar e administrar, entendeu? [...] E caminhando, dando os primeiros passos. E nós, que somos da SESAI, temos que nos orientar com eles, estão mais experientes. [...] Então nós temos que estar aprendendo com eles” (SESAI1)

Em Amparo o instrumento se mostrou como um fator que também dificulta, pois segundo alguns entrevistados o instrumento não permite analisar o real diagnóstico de saúde bucal:

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

Outro fator encontrado na experiência de Amparo foi quanto ao foco do instrumento, referindo-se ao indivíduo e não mais a família, conforme pode ser visto na fala do agente comunitário:

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

A análise do contexto de saúde da população se expressou de forma singular em Ourilândia do Norte, por se tratar de uma experiência com crianças indígenas do sul do Pará. A partir dos relatos dos entrevistados pode se identificar que a aproximação da cultura e dos saberes indígenas, favoreceu para que a organização do processo de trabalho de saúde trouxesse resultados positivos à experiência:

“A gente não dava (o suplemento alimentar) para eles levarem para a casa, nunca a gente trabalhou assim, porque se você dá para levar para a casa, quem menos come é a criança, que mais precisa. Então a gente preparava no Posto de Saúde e quando era na hora, eles já

sabiam [...] Vinham com as crianças, a gente dava no copinho, aqueles que ainda não conseguiam no copinho, a gente dava na mamadeira, dava na colher, e aí eles tomavam e as crianças realmente melhoravam, a gente via que tinha resultado.” (ENF1).

Observa-se então, que as experiências de Amparo, Florianópolis e Vacaria apresentaram convergências em suas considerações, das quais podem se observar que o trabalho em conjunto e a autonomia da equipe apresentaram semelhanças entre si. A educação permanente enquanto estratégia na execução das experiências esteve presente nos municípios de Vacaria, Ourilândia do Norte e Florianópolis. Nos métodos utilizados no processo de trabalho foi observado o uso de fichas e planilhas nas experiências de Vacaria e Ourilândia do Norte. A singularidade se apresentou em Ourilândia do Norte pela análise do contexto de saúde dos indígenas para a elaboração das ações do trabalho em saúde. RIBEIRO et al, 2004, apontou em seu estudo que as potencialidades hoje para enriquecer o processo de trabalho em saúde estão justamente na autonomia e também na aproximação dos trabalhadores com os resultados dos seus serviços, para efetivação das ações a autora também explana que os uso de indicadores apontam as direções que devem ser trabalhadas, buscando sempre aprimorar a forma de planejamento do trabalho em saúde.

Já as dificuldades e divergências variaram entre os municípios, a centralização foi um aspecto encontrado na experiência de Campinas, em João Pessoa a ausência de liderança dificultou o trabalho da equipe, no município de Ourilândia do Norte a mudança de gestão na saúde indígena e parcerias com ONG's foram dificultadores, em Amparo o novo instrumento de avaliação de saúde bucal gerou divergências quanto a sua efetividade e seu foco ao individuo e não mais a família. Em seu estudo RIBEIRO et al, 2004, aponta que as dificuldades na construção do trabalho em saúde na ESF podem ser evidenciados em “conflitos decorrentes da posição dos atores e de serviços na arena de construção de um novo modelo de produção da saúde, em face da lógica e condições do processo de trabalho em que se inserem” (p.445), tais percepções feitas neste estudo apresentam similaridades com as dificuldades encontradas na gestão do processo de trabalho das experiências visitadas.

Evidencia-se, que a análise que o processo de trabalho das equipes de saúde da família deve ser organizado considerando “em condições sócio-políticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência” (RIBEIRO et al, 2004, p. 445). O trabalho em conjunto nas diversas experiências visitadas apresentou-se como um desafio para os atores das ações, no qual gerou conflitos e/ou as potencialidades do processo de trabalho, gerando profissionais que buscam o rompimento de costumes, enfrentando e criando ações diferenciadas para a população atendida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

MACHADO, M.H. Gestão do trabalho em saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gestrasau.html> Acessos em dezembro de 2012.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):335-342, 2007.

MATUMOTO, Silvia et al . **Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados.** *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 10 dez. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100002>.

**Política Nacional de Atenção Básica – PNAB**, PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.

RIBEIRO, Edilza Maria, PIRES, Denise, BLANK, Vera Lúcia G. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar- abr, 2004.

## **Análise Integralidade**

Na análise a seguir são apresentados os resultados do eixo Organização caracterizando a categoria Integralidade. Para iniciar essa análise, é preciso resgatar o conceito de Integralidade que dará suporte as discussões levantadas.

Um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde é a Integralidade. Segundo Vasconcelos e Pasche a Integralidade “pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos. Esse princípio orienta a expansão e qualificação das ações e serviços de saúde do SUS que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter intersetorial.”

No município de Amparo, foi relatado que em questão à Integralidade, ainda há coisas que o SUS não cobre o exemplo dado, foi o da parte odontológica. Essa característica pode ser vista como um fator dificultador para a Integralidade. O entrevistado relata que há tratamento que o SUS não faz. Outro entrevistado relata a importância de não ter a atenção básica fragmentada.

Os dois trechos a seguir, resgatam informações de Florianópolis, que conseguem ilustrar dimensões trazendo conceitos importantes para a realização da integralidade:

“A gente tendo hoje o olhar no individuo como um todo né? Sabendo da inserção dele no ambiente domiciliar, no ambiente de trabalho, então assim, a gente vê a importância até porque, até ele chegar na especialidade, a atenção primária vai ter que tomar conta desse cuidado, E muitas vezes esse cuidado não requer somente a demanda do especialista. Então o apoio matricial nesse sentido, ele vem fortalecer a questão do acompanhamento da continuidade do cuidado” (MED2).

O entrevistado destaca a relevância de observar o indivíduo em sua concepção ampliada. Ele identifica a atenção primária como aquela responsável por esse cuidado. Identifica ainda, que esse cuidado não requer somente a demanda do especialista. Destaca que o apoio matricial fortalece esse acompanhamento proporcionando a continuidade do cuidado.

“Existem vários espaços de rede de integração dos diferentes níveis de complexidade pra discutir mensalmente. [...] Tem momentos de encontro entre profissionais de saúde mental e profissionais de saúde da família, pra discussão de casos de atendimento, visita domiciliar. [...] Depois tem espaços, também mensais, dessas equipes de saúde mental que dão apoio com os CAPS e o CAPS também tem interlocução com o hospital, fazendo uma linha de cuidado.” (PSQ3).

Para PAIM (2009,p.60) “a integralidade da assistência deve contemplar também a continuidade do atendimento, quando necessário, em distintos níveis: a atenção básica ou atenção primária à saúde, a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar”.

O trecho destaca os espaços existentes, onde os diferentes níveis de complexidade são integrados. Destaca também que as complexidades estão integradas, desde o encontro entre profissionais de saúde mental e profissionais da saúde da família, até a interlocução com o hospital.

Ourlândia também apresentou um trecho possuindo característica que remete à integralidade:

“Então a gente remove das aldeias para os municípios de referência, e dos municípios vêm, aqueles casos que dependem de um tratamento mais especializado, média e de alta complexidade e vêm para um Hospital Regional que fica em Redenção. [...] De todos os municípios, é, da área de abrangência do Distrito, esses pacientes vêm para esse hospital aqui em Redenção” (DSEI-KA1).”

No registro a cima há referência à integração dos níveis de média e alta complexidade e de como eles se relacionam dentro dos municípios. Resgatando o conceito trabalhado por PAIM (2009,p.56) destaca-se que “a integralidade de assistência é entendida como um conjunto articulado e

contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.”

Em João Pessoa e Vacaria, não houve registro e nem fatos que sugerissem a presença desta categoria.

Das seis experiências relatadas, podem-se observar semelhanças conceituais nos trechos selecionados de Florianópolis e Ourilândia que apresentaram convergências na compreensão textual de significados atribuídos envolvendo Integralidade.

Para reflexão das questões levantadas ao longo dessa categoria uma pergunta orientadora pode trazer um novo olhar às experiências estudadas: Os resultados apresentados podem dialogar com estudos anteriormente desenvolvidos sobre essa temática?

Um estudo realizado por Mattioni (2011,p.8) destaca que “o sentido de integralidade como percepção das diferentes dimensões e da complexidade do usuário, de forma que os integrantes da equipe concebem-no como um ser dotado dessas variadas dimensões” A discussão trazida por Florianópolis também compõe aspectos que incorporam a relevância de se perceber o indivíduo em sua variadas dimensões.

Machado (2006,p.6) afirma que “o princípio da integralidade deve estar articulado à urgência de se corrigir a tendência de um agir em saúde fragmentado e desarticulado, embasado em uma postura autoritária”; assemelhando-se ao relato do município de Amparo que fez referência a importância da atenção básica não estar fragmentada

Em Campinas, foi registrado que há muita demanda em busca de tratamento e que as ações de promoção e educação em saúde são realizadas diariamente, porém não está explícito se o serviço consegue dar conta dessa alta demanda. Machado et all. (2006,p.6) entende a prática da educação em saúde como “um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social.”

Diante desses referenciais pode-se inferir que as discussões abordadas nessa categoria dialogam com estudos existentes proporcionando uma maior compreensão de como a Integralidade se insere nas práticas dos serviços de saúde.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

VASCONCELOS, C.M; PASCHE, D.F. **O Sistema Único de Saúde. Disponível em:** <<http://www.ufjf.br/facfisio/files/2012/06/refe.-SUS-Vasconcelos-e-Pasche.pdf>> . acessos em 15 de dez. 2012.

PAIM, J.S. **O que é o SUS.** Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

MATTIONI, F.C. **O Exercício da Integralidade em uma equipe da Estratégia Saúde da Família: Saberes e Práticas.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Abr-Jun.

MACHADO, M.F; MONTEIRO,E.S; QUEIROZ, D.T; VIEIRA, N.F; BARROSO, M.G. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual.** Ciência & Saúde Pública, 2007.



## MACRO CATEGORIA SINAIS DA REALIDADE