Diálogos em saúde coletiva

avaliação, Trabalho e Educação

Ana Maria Gondim Valença
Franklin Delano Soares Forte
(organizadores)

Editora UFPB

Diálogos em Saúde Coletiva

Avaliação, Trabalho e Educação

Ana Maria Gondim Valença
Franklin Delano Soares Forte
(organizadores)

Diálogos em Saúde Coletiva

Avaliação, Trabalho e Educação

João Pessoa
Editora UFPB
2020

Projeto Gráfico
Editora UFPB

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

D536 Diálogos em saúde coletiva: avaliação, trabalho e educação / Ana Maria Gondim Valença, Franklin Delano Soares Forte (organizadores). - João Pessoa: Editora UFPB, 2020.

255 p. il.

Recurso digital (1,37MB)
Formato: PDF
Requisitos do Sistema: Adobe Acrobat Reader

ISBN 978-65-5942-028-5

1. Saúde coletiva. 2. Avaliação em saúde - Brasil. 3. Gestão em saúde. 4. Saúde da família. 5. Atenção básica. 6. Saúde do trabalhador. 7. Atenção Primária à Saúde. I. Valença, Ana Maria Gondim. II. Forte, Franklin Delano Soares. III. Título.

UFPB/BC CDU 614

Livro aprovado para publicação através do Edital Nº 01/2020/Editora Universitária/UFPB - Programa de Publicação de E-books.

EDITORA UFPB
Cidade Universitária, Campus I, Prédio da editora Universitária,
s/n João Pessoa – PB .• CEP 58.051-970

http://www.editora.ufpb.br
E-mail: editora@ufpb.br
Fone: (83) 3216-7147

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

> *O diálogo é este encontro dos homens mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo (...) o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significado enquanto homens(...) ele é o encontro onde se solidariza o refletir e o agir (...).*
>
> *Paulo Freire*

A presente obra é o primeiro produto do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Programa recém-criado a partir de esforço coletivo dos Centro de Ciências da Saúde e Centro de Ciências Médicas da UFPB.

O Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva possui duas áreas de concentração: Epidemiologia e Política, gestão e cuidado em saúde. Os capítulos desse livro dialogam intimamente com essas áreas e suas linhas de pesquisa, visando coerência na produção de conhecimento e na formação de novos mestres em saúde coletiva.

Nesse sentido, no intuito de promover a qualificação de pesquisadores e docentes com formação multiprofissional, integrando saberes numa perspectiva interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, o PPGSC vai se constituindo. Para tanto, integra professores com experiência em formação,

pesquisa e extensão, em diferentes áreas do conhecimento da Saúde.

Esse livro reafirma o desafio de uma universidade que responde às demandas da sociedade, que promove o desenvolvimento loco regional, que se preocupa com a formação ética e contextualizada, colocando em prática uma atitude epistemológica em pesquisa e em formação em saúde coletiva e serviços públicos de saúde. Os textos servirão à toda comunidade de estudantes e professores de graduação e Pós-Graduação na área da saúde, assim como profissionais de saúde e gestores.

Os capítulos iniciais discutem a saúde coletiva, apresentando conceitos, teorias, atores e sua vinculação com as demandas de saúde de nosso país. Os capítulos seguintes refletem sobre processos de avalição em saúde, a partir de diferentes perspectivas e cenários. O processo de trabalho em saúde e sua complexidade é também abordado nos eixos da saúde bucal segundo a orientação teórica, conceitual e metodológica da interprofissionalidade e no contexto da atenção primária a agenda importante da saúde do trabalhador. A acessibilidade aos serviços de saúde é discutida como um desafio da organização dos serviços visando a integralidade e resolutividade do cuidado. A extensão popular e a saúde coletiva são debatidas também em

uma construção que busca aproximações e revela caminhos e contribuições. Uma proposta metodológica para cartografia é apresentada na perspectiva de mães como guia para o estudo. Um debate importante e atual, é discutido a partir da medicina de família e comunidade e o contexto neoliberal.

Nesse sentido, fomenta-se a construção de diálogo em prol de objetivos comuns entre a pesquisa, ensino e a atenção à saúde visando a compreensão do processo saúde doença e as possibilidades de uma produção de cuidado integral e resolutiva, alicerçados nos princípios do Sistema Único de Saúde.

Os organizadores

Capítulo 1

SAÚDE COLETIVA: UMA IDENTIDADE EM CONSTRUÇÃO?

Erlaine Souza da Silva, Tarcisio Almeida Menezes,
Franklin Delano Soares Forte, Geraldo Eduardo Guedes de Brito

1 INTRODUÇÃO

A partir dos debates do componente curricular "Saúde Coletiva: teoria e prática", do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, emergiu o desejo em contribuirmos com a discussão sobre a identidade da Saúde Coletiva no Brasil. Ao aprofundarmos nossos conhecimentos, verificamos que, embora haja convergências, a definição de Saúde Coletiva não é consensual.

Sobre essas divergências consensuais, Campos[1] considera "a Saúde Coletiva como um núcleo de saberes e práticas" (p. 225). Osmo e Scharaiber[2], afirmam que a Saúde Coletiva possui a tendência para consolidar-se como campo. *Pari passu*, Paim e Almeida Filho[3,4] já a reconhecem como um campo de conhecimento, diferente de Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber[5], que a tomam como área ou espaço social.

Ao discutirmos a construção da identidade da Saúde Coletiva, precisamos considerar como o conjunto de seus atores possibilitou a caracterização de um grupo organizado e com objetivos que favoreçam os seus ideais. Portanto, nos parece razoável, inicialmente, assumirmos a nossa definição conceitual para o termo "identidade"[6].

Recorreremos a Claude Dubar, sociólogo francês. Para este autor, a construção da identidade pode ser entendida tanto como uma ação psicológica quanto sociológica. A primeira refere-se à "identidade pessoal" (o que sou/gostaria de ser) e a segunda à "identificação social" (como sou definido/o que dizem que sou), dando margem a múltiplos desdobramentos[7,8].

Strey *et al.*[9] definiram a identidade como a perspectiva que procura responder a “quem és” por meio da(s) representação(ões) de si. Assim, ela é entendida como a união de referência a partir da qual surgem o conceito de si e a imagem de si, construídos na relação interpessoal (eu, não eu, eu grupo). Logo, não se limita aos conceitos de autoconsciência ou autoimagem.

Na Saúde Coletiva, verificam-se duas vertentes que a identificam, conforme já apresentado. A primeira está relacionada ao campo de produção de conhecimento voltado para

a compreensão da saúde e explicação dos determinantes sociais em saúde. A segunda, a esfera de práticas, é voltada para a sua promoção, além de para a prevenção e o cuidado em agravos e doenças, tendo em seu objeto de estudo os grupos sociais[10]. Assim, sugere-se que a primeira vertente é composta por cientistas/pesquisadores, e a segunda, por trabalhadores[11]. As vertentes se comunicam, dialogam, produzem saberes, fazeres.

Cabe destacar que a Saúde Coletiva se estruturou como consequência de lutas e de posicionamentos políticos, sociais e ideológicos[1,2]. Assim, tais aspectos contribuem para uma possível construção identitária de seus atores. Conforme apontado por Campos[1], é *mister* importância que se questione qual a identidade da Saúde Coletiva e como esse entendimento influencia sua representação social.

Assim, objetiva-se, com esse ensaio, identificar possíveis fatores constituidores da identidade da Saúde Coletiva brasileira. Para isso, em um primeiro momento, apresentaremos elementos de sua construção histórica, e, em seguida, discutiremos sua representação identitária enquanto campo, núcleo ou espaço.

2 GÊNESIS DA SAÚDE COLETIVA: CAMPO, NÚCLEO OU ESPAÇO?

O processo de construção do campo e, consequentemente, da identidade da Saúde Coletiva no Brasil foi fortemente influenciado pelo Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Tal movimento ocorreu no país já na segunda metade do século XX. Inspirado nas lutas de classe em busca de assegurar direitos humanos e sociais igualitários, o MRS tinha o objetivo de romper com os movimentos tradicionalistas, criticando fortemente os movimentos de medicina preventiva, comunitária e sanitarista. Teve como base a determinação social da doença e o processo de trabalho em saúde, o que culminou com a fundação do Sistema Único de Saúde (SUS)[2].

Para Campos[1], apesar do MRS possuir grande influência na Saúde Pública, não nos caberia tal denominação, pois esta carrega traços da tecnociência e do modelo assistencial biomédico. Essas questões a afastam dos ideais da Saúde Coletiva, que possuem as marcas da luta pela reorientação das ações em saúde, privilegiando o social no pensamento sanitário e tornando-se um novo método de produção da saúde. Essa identidade inicial se reconhecia em duas instituições, que acolheram esse debate: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

(Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)[2].

O Cebes, fundado no ano de 1976, edificava na sua essência a questão da democratização da saúde. Tornou-se conhecido como a semente da institucionalização do movimento sanitarista brasileiro, com atuação relevante para socialização da produção acadêmica[2].

A fundação da ABRASCO só ocorreu em 1979, no I Encontro Nacional de Pós-Graduação, e atualmente é reconhecida como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, órgão de representação da Saúde Coletiva em geral, abrangendo o grande cenário de discussões[2].

Diante da necessidade de se formar profissionais políticos e socialmente qualificados para a transformação de práticas e modelos de atenção à saúde, outras ações precisaram ser construídas. Foi necessário almejar a efetivação, a manutenção e o fortalecimento do SUS e do comprometimento com a Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Assim, ocorreram investimentos na modalidade de cursos de pós-graduação *lato* e *stricto sensu*, e, mais recentemente, a criação dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva[5,10,12,13].

Os cursos de graduação em Saúde Coletiva emergem do amadurecimento teórico-metodológico da área, da tradição dos cursos de pós-graduação e do reconhecimento social desses profissionais. Isso favoreceu, portanto, a assimilação e o aprofundamento desses novos profissionais em seus respectivos estudos, tendo por base a existência de um campo e um núcleo de saberes e práticas em saúde desde a graduação[10,11].

Observa-se uma inquietude de saberes que vem sendo discutida na literatura com o intuito de delimitar qual a identidade da Saúde Coletiva no Brasil. Destaca-se também que as mudanças no mercado de trabalho influenciam no perfil desses discentes. Tais transformações visaram capacitá-los para suprir as demandas sociais e políticas, de forma que essas mudanças sejam consideradas ou incorporadas à sua identidade[13,14,15].

Nessa perspectiva, para se delinear uma identidade é necessário compreender a motivação para se inserir na Saúde Coletiva. Diante disso, partimos das motivações em comum dos autores deste ensaio, os quais almejam se colocar no lugar de discussão como sujeitos sócio-políticos.

Ao almejar e ocupar esse lugar, os autores são norteados pelo fortalecimento da universalidade da saúde, dever do estado e

equitativa, bem como para contribuir na qualificação das ações individuais e coletivas em saúde. Além disso, para se aprofundar em pesquisas de base e aplicadas e, então, ocupar os lugares acadêmicos e de gestão, subvertendo o processo do novo sanitarismo, que se distância dos fundamentos da Saúde Coletiva e que ganha força na atual conjuntura política brasileira.

O quadro 1 aponta um breve alinhamento entre pesquisadores que buscaram ao longo das últimas décadas apontar os limites e possibilidades da Saúde Coletiva:

Quadro 1 - Principais definições da Saúde Coletiva.

AUTORES	DEFINIÇÕES
Campos[1]	"Um campo científico quanto como um movimento ideológico em aberto" (p. 220).
Paim e Almeida Filho[3]	"(...) permite una delimitación comprensiblemente provisoria de ese campo científico, en tanto campo de conocimiento y ámbito de prácticas" (p. 22).
Vieira-da-silva, Paim e Schraiber[5]	"A Saúde Coletiva brasileira consolidou-se como espaço multiprofissional e interdisciplinar Nessa perspectiva, sua evolução tem sido na direção de um *campo,* no sentido concebido pelo sociólogo Pierre Bourdieu, que corresponde a um microcosmo social relativamente autônomo, com objeto específico...".
Osmo e Scharaiber[2]	"(...) essa qualificação de "campo", desde o início embasada pelo conceito cunhado por Pierre Bourdieu (1993), é relativizada, considerando que a Saúde Coletiva, ora denominada como "área", ora como "espaço social", aponta em seu desenvolvimento uma tendência para consolidar-se como um campo" (p. 206).

Fonte: Pesquisa Direta.

Observa-se, portanto, o caráter complexo de tais definições. Segundo Estrada[16], em um estudo sobre a Teoria da Complexidade de Edgar Morin, a construção paradigmática da ciência contemporânea caminha para a complexidade de seus postulados:

> Pois sua problemática epistemológica baseia-se nas noções de pluralidade e complexidade dos sistemas físicos, biológicos e antropossociológicos, cuja compreensão requer um outro paradigma – o da complexidade – que, por sua vez, fundamenta-se numa outra razão - razão aberta - , que se caracteriza por ser evolutiva, residual, complexa e dialógica (p. 86).

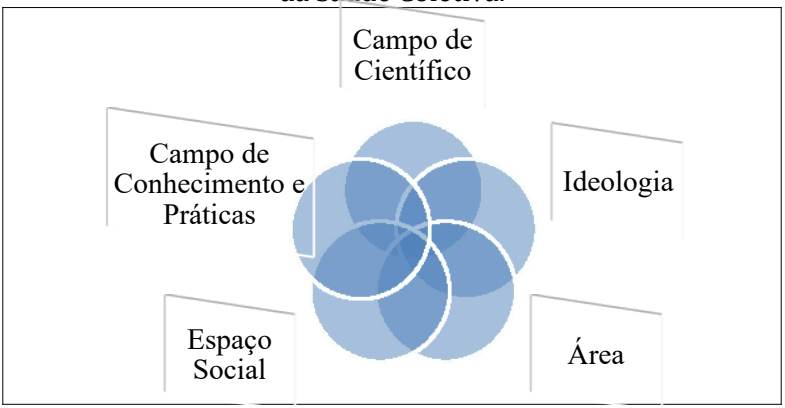
Ao analisarmos a Saúde Coletiva através dos postulados da Teoria da Complexidade, compreendemos sua construção. Quanto à sua aplicabilidade, é necessário considerar a recondução dos seus possíveis limites e da complementariedade entre os paradigmas fundantes de modo que eles façam leituras do objeto de pesquisa/intervenção sem excluir-se mutuamente.[16]

Por meio, desse olhar, percebe-se a importância de não pensar a construção e a modelação social da Saúde Coletiva de maneira simplista ou não complexa. A pós-modernidade nos condiciona à complexidade. A inovação está intrinsecamente relacionada à complexidade, e isso só reafirma o caráter atual e dinâmico da Saúde Coletiva para o mercado de trabalho.[16]

A Saúde Coletiva, desde sua gênese, existe em decorrência da complexidade dos fatos em que se propõe intervir.[17] Logo, uma ação para proposição de respostas ou direcionada ao cuidado de questões complexas demanda de um elemento também de origem e fazer complexos.

Corroborando esse argumento e com base nos elementos postos pelos pesquisadores do quadro 1, sinalizaremos, por meio da figura 1, a interação complexa entre os paradigmas norteadores da Saúde Coletiva.

Figura 1 - Interação entre os paradigmas norteadores da Saúde Coletiva.



Fonte: Elaboração própria.

Esse emaranhado de paradigmas, ao se articular, forma o que entendemos hoje como Saúde Coletiva. Eles se mantêm a partir de uma demanda social que valida seu lugar de existência ao atribuírem a seus membros uma credibilidade de apontar

caminhos e soluções para questões sociais que afetam a saúde e o bem-estar das populações.[18]

O discurso da Saúde Coletiva é atravessado pelo lugar de poder que lhe foi creditado pela população (sociedade civil, profissionais, políticos, professores). Esses sujeitos lutaram e ainda lutam por um sistema de saúde equitativo, universal e integral, diferente do que pontua o viés da Saúde Pública[19].

Os legados desses grupos materializam-se por meio da característica ideológica presente nas ações dos profissionais da Saúde Coletiva. Invalidar ou não fazer uso da característica ideológica e do poder que esse discurso possui é negar a posição da Saúde Coletiva enquanto organização viva e operante em um espaço histórico-social, conquistado e em constante ameaça, em defesa dos que ainda vivenciam as mazelas da opressão e da expressão da Questão Social[20].

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Saúde Coletiva e sua construção histórica atravessada pela luta da saúde como um direito de cidadania e a partir da pluralidade das vozes dos sujeitos do planejamento, da gestão e do cuidado, da epidemiologia, das ciências sociais e humanas aplicadas à saúde se constitui como uma possibilidade de

encaminhamento de respostas a problemas sociais e sanitários que afetam a saúde. Sua construção paradigmática tem como característica principal seu entendimento como complexo, baseados nos apontamentos da Teoria da Complexidade[16].

Não cabe ao pesquisador da Saúde Coletiva, tomando como eixo sua diferença da Saúde Pública, desenvolver seus estudos e intervenções, deslocado da realidade social em que está inserido. Antes de tudo, ser sanitarista é uma escolha política, em defesa do direito à saúde de todos e à qualidade de vida, e de uma perspectiva ampliada de cuidados em saúde.

Quando discutimos a identidade da Saúde Coletiva, estamos falando de um campo e núcleo com saberes e práticas que estruturam suas ações e sua inserção a partir de, com e para os membros da sociedade. Entendemos que a saúde das populações, sem distinção, é o seu bem mais precioso e o compromisso que a faz existir[12].

Ao reconhecermos esse compromisso da Saúde Coletiva como elemento constituinte de sua identidade e fator que corrobora a valorização histórica de seus precursores, afirmamos que não é possível ser sanitarista no Brasil sem conhecer a história do povo brasileiro.

Desse modo, compreende-se que a identidade da Saúde Coletiva é complexa, constituída por vários paradigmas em movimento, que são produtos de lutas, e de ações em defesa do estado democrático de direito, que vislumbram um sistema de saúde público de fato universal, integral e equitativo[20].

REFERÊNCIAS

1 CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v 5, n 2, 219-230, 2000.

2 OSMO, A.; SCHRAIBER L.B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**. v 24, n 1, p 205-218, 2015.

3 PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO N. La crisis de La salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. **Cuadernos Médico Sociales**. V 40, n 75, p 5-30, 1999.

4 PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: **Casa da Qualidade**, 2000.

5 VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; PAIM J.S.; SCHRAIBER, L.B. O que é Saúde Coletiva? In: Paim J.S, Almeida Filho N, organizadores. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 2014.

6 DUBAR, C. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

7 DUBAR, C. **A Socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. Porto Editora, 1997.

8 DUBAR, C. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. **Educação e Sociedade**. v 19, n 62, p 13-30, 1998.

9 STREY, M.N. *et al.* **Psicologia Social Contemporânea**. Vozes, 2013.

10 BOSI, M. L. M.; PAIM, J.S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciências Saúde Coletiva**. v 15, n 4, p 2029-2038, 2010.

11 SILVA, V.O.; PINTO, I. C.M.; TEIXEIRA, C.F.S. Identidade profissional e movimentos de emprego de egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva. **Saúde Debate**. v 42, n 119, p 799-808, 2018.

12 PAIM, J.S. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: **EDUFBA**; 2006. 158 p.

13 SILVA, V.O.; PINTO, I.C.M. The identity of the Public Health Professional in Brazil: perceptions of Public and Collective Health students and graduates of undergraduate courses. **Interface**. V 22, n 65, p 539-550, 2018.

14 SILVA, V.O.; PINTO, I.C.M. Construction of the identity of Public Health players in Brazil: a review of the literature. **Interface**. v 17, n 46, p 549-560, 2013.

15 NOVAES, H. M. D. *et al*. Pós-Graduação senso estrito em Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde. **Ciências Saúde Coletiva**. v 23, n 6, p 2017-2025. 2018.

16 ESTRADA, A. A. Os fundamentos da teoria da complexidade em Edgar Morin. **Akrópolis**, Umuarama. v 17, n 2, p 85-90, 2009.

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

18 LUZ, M.T. Notas sobre a política de produtividade em pesquisa no Brasil: consequências para a vida acadêmica, a ética no trabalho e a saúde dos trabalhadores. **Revista Sociologia Politica**. v 7, n 13, p 205-228, 2008.

19 PAIM, J.S.; PINTO, I.C.M. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. **Tempus**. v 7, n 3, p 13-35, 2013.

20 PAIM, J.S. A Reforma Sanitária Brasileira e a Saúde Coletiva: concepções, posições e tomadas de posição de intelectuais fundadores. In.: Vieira-da-Silva, L.M. **O campo da saúde Coletiva: gêneses, transformações e articulações com a reforma sanitária brasileira.** Salvador: Rio de Janeiro: EDUFBA; Editora Fiocruz; 2018. 269 p.26.

Capítulo 2

SAÚDE COLETIVA: CAMPO COMPLEXO E EM CONSTRUÇÃO

Edjavane da Rocha Rodrigues Andrade, Sarah Barbosa Segalla, Semirames Marlexandra de Lima Coqueijo, Franklin Delano Soares Forte, Geraldo Eduardo Guedes Brito

1 INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva (SC) é marcada por um histórico militante e surge em superação e contraposição a outras reorganizações políticas, como é o caso do Modelo Preventivista, da Saúde Pública e da Saúde Comunitária, o que resultou no desenvolvimento do projeto de Medicina Social, inicialmente consolidada na América Latina, como refere Nunes (1994).[1]

Por influência da Medicina Social, a SC surge em 1950 em meio a rearranjos políticos, entretanto toma corpo no Brasil ao final da década de 70, em um momento crucial para a reorganização de um conjunto de ações relacionadas à saúde, estruturada não apenas no tecnicismo, mas na valorização das práticas sociais e coletivas.[1,2]

A SC representou, além de um ideal social, a ampliação de suas bases na coletividade, o que permitiu a agregação de

diferentes segmentos sociais para esse movimento. Isso proporcionou o apoio consistente de movimentos sociais, cujas lutas contribuíram na formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, que teve como fruto subsequente o Sistema Único de Saúde (SUS).[3,4] A partir da compreensão histórica e social da saúde, inaugurada pela Medicina Social latino-americana, reconhece-se a diversidade de atuação e envolvimento da SC.

Partindo da complexidade que permeia o campo, amplo o bastante para fomentar questionamentos sobre sua atuação e prática, a proposta deste capítulo é de apresentar características relacionadas à história e à atuação da saúde coletiva, que além de ser um campo complexo, está também em construção.

2 SAÚDE COLETIVA: ENFOQUES E PARADIGMAS

Inicialmente, a SC apresenta forte influência no campo acadêmico, produzindo e fomentando provocações quanto à importância e à necessidade de se trabalhar com diversas realidades sociais, englobando as dimensões política e econômica e, dessa forma, construindo um conhecimento socialmente justificado e aplicável. Além disso, a partir de suas produções acadêmicas, as/os pesquisadores do campo posicionam-se

criticamente à ordem capitalista, em oposição às políticas médico-sanitaristas da época, à saúde privada e assistencialista, e ao conhecimento médico hegemônico; em resumo, ao processo de medicalização e mercantilização da saúde.[5,6]

A SC também é destaque nos debates em saúde, em razão de seu histórico envolvimento na luta por um sistema de saúde que garanta acesso universal e integral a toda população, no qual o foco principal sejam os sujeitos enquanto seres sociais, de modo a não os restringir a patologias, ampliando o olhar aos determinantes sociais da saúde e às subjetividades.[6]

Podemos assumir, portanto, que não se pode restringir a SC apenas ao campo científico, pois é notável sua interseção com os campos político e burocrático, desde a época em que enfrentou a militância política de um estado autoritário e repressor, o qual empreendia um modelo de atenção excludente, que fazia da saúde um objeto de lucro.[7] Nesse mesmo sentido, a SC até os dias atuais vem provocando críticas e despertares de consciência, ao apontar a permanência do enfoque lucrativo e o fortalecimento do capitalismo sobre a saúde da população, que se torna refém de uma conjuntura que tenta, literalmente, vender saúde e qualidade de vida.

De acordo com reflexões históricas relacionadas à SC, é possível caracterizá-la como um campo complexo, que teve influência de diferentes lugares e forças em seu movimento. Dotada de uma multidimensionalidade que possibilita sua presença em várias áreas de atuação, seja nas ciências da saúde, seja nas ciências sociais e humanas, a SC promove a disseminação de diversos saberes e discursos que direcionam para uma reflexão crítica diante das condições de saúde das populações.[8] Deste modo, estimula uma visão diferenciada frente aos conhecimentos já existentes e impulsiona a inovação do pensamento para a construção e o aperfeiçoamento de novos e antigos saberes.

Em virtude da complexidade do campo, um dilema de difícil solução para as/os pesquisadores da SC consiste na definição de seus objetos e práticas, para consolidação como campo científico e social. A partir de vários cenários, surgem diversas conceituações independentes, considerando que a área está presente em contextos teóricos, além de contextos de prática direta da produção de saúde. Campos[9] acredita que, devido à ampla abrangência em termos de atuação, foram criados muitos conceitos que geraram ambiguidades e instabilidades, suficientes

para fragilizá-la e enfraquecê-la como um campo de saberes e práticas.

Apesar das diversas discussões epistemológicas acerca da definição da área, o que observamos em publicações e estudos, é uma compreensão comum de que a multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade são, não só elementos importantes para a compreensão do tema, como também fatores que dificultam uma conceituação específica, capaz de contemplar toda a amplitude de interesses e atuações que envolvem a SC. Atualmente, as ciências sociais e humanas; a epidemiologia; e a política, gestão e planejamento são considerados os três grandes espaços disciplinares que configuram o campo.[10]

Em razão da variada produção de conhecimentos e intervenções associadas à SC, a estruturação do campo se vincula a diferentes paradigmas, que perscrutam a multi, a inter e a transdisciplinaridade. A multidisciplinariedade é definida por um conjunto de disciplinas que lidam com uma dada questão ou problema, todavia, não há inter-relação entre os campos; na interdisciplinaridade, há comunicação entre os campos, mas as relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior, responsável por coordená-los e desenvolver novos projetos; já na

transdisciplinaridade, existe uma melhor integração entre os campos disciplinares, de modo que conhecimentos e discursos são fundamentados na horizontalidade, incentivando a autonomia dos agentes em cada campo.[11,12,13]

Na literatura, as menções em relação a esses paradigmas evoluíram conforme os avanços nas ciências e pesquisas sobre a atuação do campo. Caponi e Rebelo[14] referenciavam a SC como um campo interdisciplinar e não somente multidisciplinar, em razão do diálogo entre as ciências biológicas e as ciências sociais. Em outros estudos, surgiu a referência à transdisciplinaridade, como no texto de Leal e Camargo Junior,[8] ao se referirem ao campo disciplinar da SC como multi ou interdisciplinar, afirmando a existência de barreiras disciplinares, visto que existem configurações de poder bem estabelecidas em suas posições. É proposta então a correlação e a coexistência da multi, inter e transdisciplinaridade, de maneira que se permita contemplar a complexidade da área, uma vez que, ao reduzi-la, se nega as múltiplas competências da SC.

Para compreender a dinâmica do campo é preciso observar e valorizar as experiências inter, multi e transdisciplinares, que apresentam como característica comum a potência para solucionar problemas por meio da aproximação de disciplinas

distintas.[15] É justamente este mosaico disciplinar que possibilita maior amplitude, criatividade e capacidade de atuação nos serviços de saúde – a multiplicidade de áreas do conhecimento, sujeitos e categorias profissionais em interação com a população, seus saberes e experiências capazes de dialogar e produzir por meio das práticas da SC.

Podemos observar as contribuições da SC em diversos contextos: está presente no processo de organização de políticas públicas de saúde, na gestão dos serviços, na orientação dos profissionais de saúde no acolhimento às subjetividades dos atores sociais em todas as dimensões do cuidado, nas atividades de educação em saúde da população, na formulação de estratégias que norteiam o processo de promoção da saúde, nas discussões e análises acerca dos determinantes sociais da saúde, do controle social, da bioética, do meio ambiente, da epidemiologia, dentre outros diversos temas relevantes de pesquisa.[16]

Nos campos de prática também se produz ambiguidades e confusões que dificultam a definição da área. Muitos relacionam a SC somente à Saúde Pública, em relação direta com o SUS, notadamente nas discussões a respeito da Atenção Primária à Saúde (APS), porém, existem outras inserções do campo que são

menos conhecidas. Isso se evidencia na defasagem de informações e produções divulgadas e comentadas sobre a graduação em SC.[17]

A população e, o que é mais preocupante, os próprios profissionais de saúde desconhecem o processo de formação de sanitaristas, de modo que há muitas dúvidas sobre os papéis desempenhados pelos profissionais no exercício da profissão.[18] Como a SC é um campo em constante debate e a profissão ainda se encontra em processo de consolidação, os cursos de SC são envolvidos por questionamentos quanto a posicionamento e definições, o que configura um grande desafio para seu reconhecimento público diante da prática atuante.[19]

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, ainda observamos a SC em pleno desenvolvimento, o que podemos observar pela vasta gama de modalidades de formação que a tem como foco, como as especializações *lato sensu*, as residências profissionais, os mestrados acadêmicos e profissionais, os programas de doutorados, e, mais recentemente, a graduação em SC.[20]

É cada vez mais evidente a impossibilidade de limitar ou restringir a SC, pois trata-se de um campo vasto, com produção

diversificada de conhecimentos, saberes e práticas, que se constituiu através da ousadia de interseccionar e mediar diversas áreas do conhecimento. Por isso, acredita-se que seja complexa demais para ser delimitada em uma única área. Sendo ampla o suficiente para fundamentar e caracterizar seus saberes teóricos e práticos.

REFERÊNCIAS

1 NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

2 MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 233-241, 2001.

3 PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Editora Fiocruz, 2008.

4 PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, ciências, saúde**, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014.

5 BURLANDY, L.; BODSTEIN, R. C. A. Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992). **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 543-554, 1998.

6 VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. *In*: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P.; PAIVA, C. H. A. **Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história**. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, p. 25-48, 2015.

7 NOVAES, R. L. Reflexões sobre o Campo da Saúde Coletiva. **Instituto de Medicina Social**, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

8 LEAL, M. B.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Saúde coletiva em debate: reflexões acerca de um campo em construção. **Interface (Botucatu)**, v. 16, n. 40, p. 53-65, 2012.

9 CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

10 NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.;

11 DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M.**Tratado de saúde coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

12 ALMEIDA FILHO, N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Rev. Adm. Publ**., v. 34, n. 6, p. 11-34, 2000.

13 LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc.,** v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

14 IANNI, A. M. Z. *et al*. As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na ABRASCO: a construção de um pensamento social em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 11, p. 2298-2308, 2014.

15 CAPONI, S.; REBELO, F. Sobre juízes e profissões: a avaliação de um campo disciplinar complexo. **Physis**, v. 15, n. 1, p. 59-82, 2005.

16 ROQUETE, F. F. *et al.* Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**., v. 2, n. 2, p. 463-474, 2012.

17 MACHADO, P.H.B.; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S. **Saúde Coletiva: um campo em construção**. Curitiba: Ibpex, 2006.

18 MENESES, J. J. S. *et al*. Panorama dos cursos de graduação em saúde coletiva no Brasil entre 2008 e 2014. **Trab. educ. saúde**, v. 15, n. 2, p. 501-518, 2017.

19 BEZERRA, A. P. S. *et al.* Quem são os novos sanitaristas e qual seu papel? **Rev Tempus Actas Saúde Col**., v. 7, n. 3, p. 57-62, 2013.

20 OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da saúde coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde Soc.**, v. 24, supl. 1, p. 205-218, 2015.

21 SILVA, V. O.; PINTO, I. C. M. Construção da identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil: uma revisão da literatura. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 46, p. 549-60, 2013.

Capítulo 3

SAÚDE COLETIVA: O PROCESSO FORMATIVO DE "NOVOS" SANITARISTAS FRENTE A UMA PRÁTICA EM CONSTRUÇÃO

Gabrielle Mangueira Lacerda, Maria Joyce Tavares Alves, Marileide Pires Tavares, Franklin Delano Soares Forte, Geraldo Eduardo Guedes Brito

1 INTRODUÇÃO

No Brasil ainda é incipiente a produção de pesquisas que retratem o diferencial da atuação do "novo" sanitarista, profissional que surge a partir da criação dos Curso de Graduação em Saúde Coletiva (SC). Até a década de 90, as inquietações que conduziram as produções da SC eram outras, alicerçadas pela luta da Reforma Sanitária e pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que nesse momento recebia forte influência das áreas de gestão/planejamento. Seu objetivo era consolidar a SC como campo de prática e saberes, defendendo sua importância para as grandes áreas: epidemiologia, planejamento/gestão e ciências sociais e humanas. [1]

Em razão da SC ser um elemento diferenciador para a prática do "novo" sanitarista, o presente capítulo visa contribuir com o

debate sobre as características do exercício profissional, enfatizando o processo formativo do novo sanitarista, ao buscar compreender melhor seus campos de prática, forma de atuação e contribuições para a sociedade.

1.2 A PRÁTICA DA SAÚDE COLETIVA FRENTE À NECESSIDADE DE "NOVOS" SANITARISTAS

Para Russo e Carrara[2], há duas leituras políticas acerca do par saúde-doença. Nos anos de 1970/1980, os conflitos pela luta política eram decorrentes dos "determinantes sociais da doença", que correspondem às condições sociodemográficas da população, às situações sanitárias, etc. Já na segunda leitura, nos anos de 1990 a 2000, há uma perspectiva em "dar voz" aos sujeitos, ir além dos pressupostos versados da medicina, entre outras especialidades.

Entende-se que a segunda perspectiva tem influenciado a SC até os dias atuais, subsidiando discussões cada vez mais abordadas pelos profissionais da SC, como a subjetividade, a cultura, o território, etc. Em 1990, a SC foi embasada em um conceito de vulnerabilidade, com foco no adoecimento e, dessa forma, deixa ausente a integralidade do sujeito. 3

A formação em SC, conforme o art. 4º das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em SC tem por propósito desenvolver e estimular um profissional que tenha competências específicas e interprofissionais que possam contribuir no exercício da profissão, de maneira que sejam capazes de atuar nos serviços ou em espaços sociais e intersetoriais [4]. Se os profissionais não obtiverem as competências para atuar nesses espaços, qual seria então o diferencial da SC como ciência de saberes e práticas? Ter uma formação que potencialize uma visão analítica do fazer profissional com referência das ciências sociais e humanas deve ser um dos objetivos da formação do "novo" sanitarista.

A inserção progressiva da relevância do pensamento crítico e contestador nos espaços de liderança no Brasil, no início dos anos 1970:3

> [...] libera e autoriza uma crescente produção de um pensamento em saúde mais politizado, de cunho macroestrutural, com ênfase nos aspectos materiais do adoecimento, das determinações extra clínicas dos processos de adoecimento; em suma, inserção do pensamento marxista em saúde. [3]

Para Pereira e Carneiro[1], ao partir da Antropologia, os espaços de atuação do profissional em SC podem ampliar-se para além dos constituídos formalmente, o que por vezes não é

interpretado de forma positiva pela área de gestão e planejamento. A ampliação da atuação da SC viabiliza um olhar sanitarista para além do SUS e de uma leitura restrita monolítica de Estado.

Um dos desafios da SC em relação à formação é inexistência de sanitaristas bacharéis em SC em atuação, como preceptores nos serviços de saúde. Outro desafio é a influência que a pós-graduação em SC tem de parâmetros de uma formação antiga de seus cursos de origem, que se desenvolve em um espaço disciplinar, fechado, o que dificulta a consolidação da identidade em SC, na interprofissionalidade. [1]

Entre os profissionais que passam por uma pós-graduação em SC, há o reconhecimento de uma busca em participar e conhecer o espaço social que representa a realidade vivenciada por parte cada indivíduo. Desse modo, é possível que os profissionais obtenham uma visão profunda dos agentes sociais que compõem o campo e, assim, um melhor domínio sobre as condições de vida e de vulnerabilidade, a fim de direcionar e fundamentar sua atuação conforme a individualidade de cada pessoa. [3]

Nessa direção, percebe-se que, mesmo ainda embrionária a atuação dos “novos” sanitaristas, sejam eles bacharéis ou com formação primária em outras áreas da saúde, esses profissionais

buscam apropriar-se e legitimar-se no campo da SC, estando presentes nos debates, nos espaços de construção de políticas públicas e na oferta, ainda que mínima, de cuidados mais amplos em saúde. Assim, considerar a subjetividade dos usuários e abordar os determinantes sociais e econômicos são dois pontos que podem configurar-se como potencializadores dos adoecimentos. [5]

Também é necessário esforço e comprometimento dos novos sanitaristas, no sentido de propor sempre a reflexão teórica da prática, de se autoavaliar no fazer profissional, o que contribuiria para consolidação de uma prática afinada entre o agente social e o campo. [3] Dessa forma, o reflexo seria o vislumbre dessa prática por outros profissionais da saúde como também da população usuária dos serviços de saúde, a qual fortaleceria e ampliaria a compreensão de seus direitos sociais.

1.3 A FORMAÇÃO DE SANITARISTAS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA PRÁTICA DA SAÚDE COLETIVA

Em 2 de janeiro de 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, uma data que registra a Reforma Sanitária de Carlos Chagas e dá origem ao dia do Sanitarista, marco reconhecido como necessário para caracterizar e monitorar o

estado de saúde da população; identificar as demandas; programar e organizar ações de vigilância e avaliar o impacto dos riscos de doença e outros agravos, de forma a garantira adequação e a efetividade das políticas públicas. O sanitarista da época era fundamentalmente médico ou engenheiro, e a saúde pública era sua especialidade.6

Esses médicos sanitaristas pautavam sua prática em razão de uma ciência neutra, na qual o Estado tinha como dever intervir na vida das populações, impondo suas exigências, a fim de higienizá-las e discipliná-las, como se fosse por opção da população que as doenças surgissem. Uma ordem política excludente e centralizada no poder. [7]

Observa-se que, ao longo dos anos, foram realizados diversos debates acerca da importância dos sanitaristas para o andamento e desenvolvimento das políticas e ações de saúde, de modo que, após várias discussões, em 2008, um conjunto de Universidades Federais brasileiras ofereceram cursos de graduação na área da SC, dando início ao processo formativo de ensino superior dessa profissão no Brasil. [8]

A formação em SC como curso de graduação surgiu em razão da precisão de antecipar a formação de sanitaristas, com o propósito de formar profissionais para atuar na mudança de um

novo modelo de atenção à saúde, de modo que possam favorecer a consolidação da reforma sanitária e na defesa dos preceitos do SUS. [9]

As práticas sanitaristas se orientam em torno de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, de modo que esses profissionais possuem conhecimentos que lhes permitem identificar os agravos, os possíveis riscos e determinantes sociais que estejam ou possam ser capazes de vir a comprometer a saúde da população. A reserva do atendimento clínico individual dos doentes fica sob a responsabilidade dos profissionais tradicionalmente graduados e que detenham de conhecimentos clínicos. [10]

Até então, a disseminação da SC ocorria basicamente sob duas modalidades: através de disciplinas introduzidas nos currículos de diferentes cursos da área da saúde, entre outros, e pelo ensino no âmbito da pós-graduação: *latu senso e strictu senso*[9]. Ressalta-se ainda que as competências adquiridas apenas através do ensino em SC, por meio das disciplinas de graduação em saúde, costumam ser limitadas, além de adaptadas ao modelo médico hegemônico, que geralmente estrutura as práticas inerentes ao processo formativo em diversas instituições de ensino. [11]

Com o tempo, nota-se que os cursos de graduação foram estabelecendo-se e tomando maiores dimensões na área acadêmica. Foram estruturados cursos em SC no Brasil, com componentes curriculares organizados de acordo às necessidades teóricas e práticas do processo formativo adequado ao sanitarista. O ensino composto por estágios que geralmente ocorre nos últimos semestres do bacharelado faz compreender que o estudante necessita de ensino prévio sólido e fundamentado em teorias e práticas suficientes, para se inserir adequadamente no serviço de saúde. Ou seja, é importante uma preparação adequada, com vistas a uma prática profissional dotada de conhecimentos disciplinares, desenvolvidos de maneira interdisciplinar, como esperado no campo, sendo necessário, para tanto, um olhar multifacetado.[1]

A atuação do "novo" sanitarista fundamenta-se em consonância com o SUS brasileiro, na área público-estatal ou na área privado-suplementar [12]. O profissional também é livre para atuar em outras áreas de planejamento, gestão e avaliação em saúde, responsabilizando-se pelo diagnóstico de diversas situações, pela interpretação de dados e informações, assim como pelo estabelecimento de proposições, em todo o processo de acompanhamento e monitoramento dos assuntos de saúde. Em

linhas gerais, a prática do sanitarista consolida-se, principalmente, na análise de políticas, serviços e sistemas de saúde ou configurações da vida. [6]

Contudo, para além da discussão sobre o perfil identitário e teórico do sanitarista, é importante mencionar que a graduação em SC instigou também a reflexão sobre a prática desses profissionais. Os campos de prática na formação dos sanitaristas devem ser vistos como espaços que permitem a apoderação da dimensão prática do objeto de seu trabalho e não apenas um ambiente para aquisição de habilidades técnicas, como se fundamenta a inserção prática das formações de outras profissões da saúde. [13]

Se a complexidade epistemológica da SC causa confusão nos próprios intelectuais do campo, por parte da sociedade o papel dos profissionais da SC, é ainda mais difícil a compreensão. Há poucas reflexões e investigações a respeito da visão popular para esses atores, visto que as definições ainda estão em processo e em disputa. Observou-se que a literatura acadêmica denota um descompasso entre a formação dos profissionais da saúde e as reais necessidades que acometem a população, o que obscurece ainda mais a observação de sua atuação prática por parte da sociedade. [10]

Além disso, a atuação em um campo que se propõe a desafiar paradigmas de saúde e poderes construídos e reforçados historicamente - como a atenção centrada na doença e na heteronomia dos sujeitos - requer uma militância cotidiana e um posicionamento assertivos frente aos usuários e às instituições.

1.4 DESAFIOS PARA PRÁTICA DA SAÚDE COLETIVA

Desafios podem ser encontrados nas mais variadas áreas de atuação que compõem o campo da SC. Apresentam-se, por exemplo, dificuldades na construção de uma práxis científica interdisciplinar, intersetorial e participativa, no contexto político e acadêmico, que dialogue e construa conhecimentos, valorizando o diálogo proposto pelos movimentos sociais, em ma organização em defesa dos direitos da população, articulando estratégias de resistência.[14]

Na Epidemiologia, um dos desafios que envolve a SC é a implementação de uma epidemiologia social que considere, além de críticas das ciências humanas, as análises sociais dos processos de adoecimento. [15]

No que diz respeito à gestão em saúde, existem vários entraves que dificultam uma prática efetiva. Cecílio e Lacaz[16] acreditam que um dos déficits na gestão dos serviços é a ausência

de reflexão sobre os impasses da educação permanente, para se refletir sobre as características das organizações de saúde. Entretanto, Lorenzetti et al. [17] referem que a maior problemática da gestão que dificulta o desenvolvimento de uma atuação satisfatória no serviço de saúde é a alta rotatividade dos gestores das esferas federativas, o que torna difícil organizar e gerenciar um trabalho de desempenho contínuo.

Compreende-se que também há um desafio em entender que o processo formativo da SC não pode abster-se ao sanitarismo, é algo que deve ir além. Paim e Pinto[18] acreditam que a criação do sujeito em SC pressupõe uma conversação entre práticas teóricas e políticas, mostrando-se capaz de construir atitudes e aptidões que valorizem as percepções críticas e busquem superar a consciência ingênua, possibilitando ampliar a concepção crítica necessária a um pensamento e um agir que sejam estratégicos e atentos no âmbito da saúde.

Nesse sentido, Mota e Santos[19] apresentam alguns dos vários desafios de enfrentamento na constituição da SC: a formação dos indivíduos, entre âmbitos como ciência e política; os pensamentos de análises críticas e proposições, ou mesmo militância e a profissionalização dos trabalhadores do campo.

Dessa forma, nos últimos anos, algumas universidades brasileiras vêm enfrentando o desafio de fundamentar a SC na graduação por meio de formação acadêmica, como uma profissão específica, com titulação de bacharelado.[20] O conhecimento transversal, assim como as práticas da SC são essenciais para um conjunto de profissões da saúde, contudo decorreu bastante tempo desde o surgimento do campo até a criação do curso de graduação no Brasil.

As pessoas ainda se surpreendem ao ouvir falar sobre graduação em SC, mesmo com tópicos presentes nos currículos da área da saúde e em linhas de atuação profissional há décadas. É nesses termos que se entende o valor da profissão do "novo" sanitarista, uma *expertise* que constitui uma parte da formação dos profissionais de saúde para a integralidade da atenção. [6]

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

São vários os desafios que surgem no campo da saúde, principalmente, quando envolvem questões de direitos e princípios sociais, no entanto é possível que, ao identificá-los e estudar as possíveis soluções, os mesmos deixem de ser desafios e tornem-se parte operante na construção e evolução do campo. Vale lembrar que fazer da SC uma ciência, criada, expandida e

discutida fortemente nos diversos âmbitos e contextos teórico-práticos científicos, um dia, também foi um desafio que hoje se faz real.

REFERÊNCIAS

1 PEREIRA, E. L.; CARNEIRO, R. O. que podem nos contar os estágios supervisionados em/sobre saúde coletiva? **Saúde Soc.**, v. 28, n. 2, p. 53-66, 2019.

2 RUSSO, J. Á.; CARRARA, S. L. Sobre as ciências sociais na saúde coletiva – com especial referência à antropologia. **Physis**, v. 25, n. 2, p. 467-484, 2015.

3 MONTAGNER, M. A.; MONTAGNER, M. I. Como se tornar um intelectual da saúde: a illusio necessária e seus tormentos. **Saúde Soc.**, v. 25, n. 4, p. 837-846, 2016.

4 BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em saúde coletiva. Brasília, 2017.

5 SILVA, V. O.; PINTO, I. C. M. Identidade do sanitarista no Brasil; percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 65, p. 539-50, 2018.

6 CECCIM, R. B. Educação em saúde coletiva e formação de sanitaristas no âmbito da graduação. In: SODRÉ, F.; ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. C. D.; GARCIA, A. C. P. **Formação em saúde:**

práticas e perspectivas no campo da saúde coletiva. – Dados eletrônicos. – Vitória: EDUFES, 2016.

7 MELLO, A. O. *et al.* O discurso sanitarista como discurso político e ideológico na república velha. **Revista Historiador**, v. 3, n. 3, 2010.

8 LORENA, A. G. *et al*. Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? **Saúde Soc.**, v. 25, n. 2, p. 369-380, 2016.

9 TEIXEIRA, C. F. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. **Interface (Botucatu)**, v. 7, n. 13, p. 163-166, 2003.

10 PAIM, J. S. **O objeto e a prática da Saúde Coletiva:** o campo demanda um novo profissional? Salvador, ISC/ UFBA, 2002.

11 PARO, C. A. **Formação em saúde coletiva e integralidade:** saberes e práticas de ensino em cenários diversificados de aprendizagem. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva).

12 SAMPAIO, J. R. C.; SANTOS, R. D. Graduandos em saúde coletiva Brasil: perspectivas, opiniões e críticas sobre os cursos. **Rev Tempus Actas Saúde Col**., v. 7, n. 3, 2013.

13 SILVA, N. E. K.; VENTURA, M. V.; FERREIRA, J. Graduação em Saúde Coletiva e o processo de construção de cenários práticos. **Rev Tempus Actas Saúde Col.**, v. 7, n. 3, p. 91-101, 2013.

14 AUGUSTO, L. G. S. *et al.* Desafios para a construção da saúde e ambiente na perspectiva do seu Grupo Temático da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Ciênc. Saúde Colet.,** v. 19, n. 10, p. 4081-4089, 2014.

15 BARATA, R. B. Tendências no ensino da epidemiologia no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 2, n. 5, p. 334-341, 1997.

16 CECILIO, L. C. O; LACAZ, F. A. C. **O trabalho em saúde. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

17 LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & contexto enferm.,** v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014.

18 PAIM, J. S.; PINTO, I. C. M. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. **Rev. Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 13-35, 2013.

19 MOTA, E. M.; SANTOS, L. S. O que se pode alcançar com a graduação em saúde coletiva no brasil? **Rev. Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 37-41, 2013.

20 VIANA, J. L.; SOUZA, E. C. F. Os novos sanitaristas no mundo do trabalho: um estudo com graduados em saúde coletiva. **Trab. Educ. Saúde,** v. 16, n. 3, 2018.

Capítulo 4

ATORES DA SAÚDE COLETIVA E SUA INSERÇÃO NA SOCIEDADE

Augusto José Bezerra de Andrade, Débora Thaise Freires de Brito, José Augusto de Sousa Rodrigues, Franklin Delano Soares Forte, Geraldo Eduardo Guedes de Brito

1 INTRODUÇÃO

O texto que segue é um ensaio realizado por discentes e docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a partir de reflexões emergidas na disciplina de Saúde Coletiva (SC) do referido programa.

Nesse ínterim, frente às reflexões desenvolvidas durante as discussões, observa-se que a SC possui duas vertentes que a identificam: a do campo de produção de conhecimento voltado para analisar a saúde por meio dos seus atores sociais e a do âmbito de práticas direcionadas para promoção, prevenção e cuidado a agravos e doenças, a nível individual e coletivo[1].

Nesse contexto, buscamos refletir como se dá a inserção dos atores na SC e qual o seu papel nesse campo, tendo em vista que é um debate fundante e atual para a área.

2 SAÚDE COLETIVA E SUA INSERÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA: UM DUPLO CAMINHO

Ao considerarmos a SC como área de conhecimento e âmbito de práticas, corroboramos com Campos[2] que indica uma dupla inserção da SC na grande área da Saúde como um movimento cultural e moral, produtor de conhecimento e um campo de atuação que ao mesmo tempo é produto e produtor de práticas na Saúde.

Campos[2] explica essa dupla inserção a partir de dois planos, um horizontal e outro vertical. O primeiro, se refere aos saberes e práticas da SC como parte do arcabouço de outras categorias e atores sociais, ou seja, as demais categorias do setor saúde, em alguma medida, deveriam incorporar elementos desse campo. E o segundo, aponta a SC como uma área específica de intervenção com características específicas, diferente da clínica ou de outras áreas.

Ressalta-se que, a inserção vertical requer uma organização mais formal, com cursos de formação inicial, reservas de mercado, instituições de representação de classe, ou seja, um arranjo organizacional mais complexo do que o requisitado por uma mobilização ideológica[2].

Assim, afirmamos que na primeira vertente podemos indicar como seu ator o cientista/pesquisador, e na segunda o trabalhador. Diante disso, evidencia-se essa duplicidade ideológica em relação a SC, e tal fato leva a uma confusão para os atores que nela se inserem.

Historicamente a figura que atua na SC no Brasil ficou conhecida como o "sanitarista", de modo que, em seu tempo, Oswaldo Cruz já era assim denominado em razão a sua atuação diante dos problemas de saúde, termo genérico, que é descrito no dicionário de língua portuguesa como "especialista em assuntos sanitários"[3], ou seja, uma definição bem abstrata e vaga que não define bem quem seria esse sujeito, seu local de atuação e quais os problemas sanitários do contexto.

Desse modo, a quem caberia a alcunha de "Sanitarista"? Qual a atuação esse termo designa a quem o carrega? Essas perguntas dão direcionamento para construir a identidade da SC, de modo que ao olhar o plano de inserção horizontal, percebe-se que, segundo o descrito por Campos[2], a SC é um campo científico que agrega profissionais de diversos níveis de formação, trajetórias e identidades diferentes, gerando uma heterogeneidade.

Para tanto, o sanitarista assumiria o papel de cientista/pesquisador, ou seja, um construtor e divulgador de

conhecimento que embasaria a formação das demais categorias profissionais da saúde, reduzindo muitas vezes a SC a um componente curricular meramente teórico na formação dos cursos da saúde. A partir da vivência dos autores, no transcorrer de suas formações, foi e ainda é possível identificar indivíduos que reduzem a SC apenas a espaços de discussões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse reducionismo também está presente entre os intelectuais, como ficou evidente em uma investigação realizada com "fundadores" da SC, que já ocuparam a presidência da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a qual observou que esses compartilham de uma concepção que iguala a SC a Saúde Pública e reduzem a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) ao SUS[4]. Isso torna mais árdua a tentativa de desenvolver uma definição mais estruturada da identidade desse campo, uma vez que é difícil sua caracterização até pelos teóricos que acompanharam seu surgimento.

Com relação à inserção vertical, Campos[2] utiliza características que se alinham aos pré-requisitos traçados por Eliot Freidson[5], sociólogo norte-americano e um dos formuladores da Sociologia das Profissões que se arrisca na formulação de um tipo ideal de profissão, a partir do saber

genérico e domínio do conhecimento especializado, autossuficiência para sua atuação e garantia de reserva de mercado por meio de registro formal e certificação de ensino superior.

Em relação ao conhecimento formal adquirido, após uma longa carreira acadêmica, percebe-se que a SC se caracteriza pela multiplicidade de possibilidades formativas, uma vez que envolve desde profissionais graduados até doutores[6]. Partindo desse pressuposto, cabe ressaltar que a graduação em SC teve início no Brasil em 2008 e sua gênese teve como intuito formar profissionais que possam ser absorvidos pelo mercado de trabalho em todos os seus postos de atuação possíveis, respondendo aos desafios da sociedade contemporânea por meio de um olhar ampliado dos problemas sociais cuja formação valoriza o SUS e todas as áreas de atuação profissional, inclusive a educação superior[7, 8].

Na conjuntura atual, os graduados nessa área também recebem o título de sanitaristas, uma vez que possuem conhecimento e prática necessária para atuar como um agente transformador do perfil sanitário do país ou da saúde da população de uma determinada região. Todavia, cabe salientar que a formação do generalista da SC na graduação não excluirá a

necessidade de pós-graduados (especialistas, mestres e doutores) e sim, antecipa a presença do profissional no setor saúde[7].

É oportuno enfatizar que os PPGSC possibilitam meios para construção da identidade desse campo, uma vez que permitem a ruptura de paradigmas construídos inicialmente nas graduações em saúde dos seus atores, as quais, em sua maioria, têm predominância terapêutica e conhecimento incipiente sobre a SC. Além disso, oferta aos seus profissionais um aprofundamento teórico-metodológico sem que precisem se submeter a uma nova graduação. Dessa maneira, contribui para o fortalecimento do SUS e para o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes politicamente sociais, que favoreçam a transformação da realidade, sendo fundamentado nos saberes procedentes da Epidemiologia; da Política, Planejamento e Gestão; e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

Cabe deixar claro neste ensaio que o desejo dos autores em cursar o PPGSC, emergiu a partir do processo formativo nas graduações em saúde, das experiências profissionais e de formação de cada um e da realidade social, ao se depararem com conteúdos teóricos e com a prática nesse campo, o que não os

limitou a demarcarem com maior clareza as especificidades que formam seus perfis profissionais.

Dubar[9] e Vieira[10] defendem que a identidade profissional não é construída exclusivamente durante o processo formativo na graduação, ela decorre da experiência obtida a partir da vivência profissional e de seus trajetos sociais. Nessa perspectiva, observa-se que não apenas a formação, mas também o trabalho deva ser considerado como proporções que contribuem para delimitação da identidade profissional do sanitarista.

Por conseguinte, salienta-se ainda que, o curso de Graduação em SC surgiu a partir da necessidade percebida por teóricos da área em se ter profissionais qualificados para atuarem no SUS para que impulsionassem as mudanças que não foram alcançadas na RSB[11].

Entretanto, aponta-se o seguinte questionamento: a criação da graduação nesta área contribuiu para fortalecer a identidade deste campo, uma vez que ele é considerado transdisciplinar e multiprofissional ou ajudou a causar uma crise de identidade devido à criação de um novo perfil de sanitarista?

Como apontado anteriormente, a identidade da SC tem configuração híbrida, uma vez que esse campo é composto por

profissionais com diferentes formações, o que caracteriza seu caráter multiprofissional e transdisciplinar.

Dessa forma, para Freidson[5] o reconhecimento de uma categoria profissional se faz a partir do momento em que os indivíduos nela inseridos, vivem dessa atividade, realizando-a em tempo integral e sobrevivendo a partir dela, organizados coletivamente por meio de regras e noções capazes de garantir a imagem de corpo único a que seus sujeitos pertençam. Ainda, deve nortear-se por um código de ética que proporcione o domínio sobre a sua formação e seus processos de trabalho, bem como adquiram conhecimento formal reconhecido pelo Estado, possuam ideal de serviço para a coletividade e, como principal característica, busquem a autonomia econômica e de conhecimento.

Seguindo a definição de Freidson[5], ainda é possível identificar fragilidades para a identificação do sanitarista como uma categoria profissional distinta, uma vez que ainda lhe falta representação de conselho de classe, um código de ética exclusivo para seu processo de trabalho e a definição específica de sua área de atuação. Nesse contexto, Silva, Pinto e Teixeira[12] ressaltam que a dificuldade para inserção desse profissional no mercado de trabalho, advém de questões burocráticas e políticas que

dificultam a inclusão de vagas específicas para sanitaristas em editais de concursos.

Esse último elemento torna-se uma estratégia para que os sanitaristas, egressos das graduações ou de pós-graduações em SC, sejam legitimados e inseridos no mercado de trabalho em um cargo distinto. Perante a ressalva anterior, salienta-se a necessidade dessa legitimação pela existência de relações conflitantes entre bacharéis, egressos das graduações em SC e pós-graduados oriundos de outras graduações. Sem contar que grande parte dos profissionais dos serviços de saúde desconhece o novo sanitarista e consequentemente seu espaço de atuação, o que influencia negativamente na construção de sua identidade e fragiliza seu reconhecimento profissional.

Diante disso, é oportuno apontar a necessidade de se elucidar o papel desses novos atores da SC na sociedade e seus locais de atuação, para que sua inserção seja potencializada e valorizada, de acordo com Paim e Pinto[11], não apenas por criação de vagas em concursos, mas também pela criação e fortalecimento de carreiras no setor público.

Com relação à representação de classe, a SC possui a ABRASCO como associação que incentiva o seu desenvolvimento e estabelece como missão, apoiar o ensino, a pesquisa, a

cooperação e a prestação de serviços em Saúde Pública/Coletiva, ampliando o aperfeiçoamento da área, investindo na construção de conhecimento e estimulando a criação de políticas de saúde, educação e tecnologia para qualificar a promoção da saúde brasileira.

De certo modo, a ABRASCO pode ser encarada como o principal representante da SC, porém não devendo ser confundida como um representante de classe profissional do sanitarista, já que a mesma não define um código de ética ou normas de atuação para o mesmo, sendo apenas uma associação e não um órgão regulamentador como se vê nas demais profissões da saúde.

Cezar *et al.*[13] observaram ao analisar as vagas de sanitaristas em concursos públicos a imposição de matrícula em órgão de representação de formação profissional inicial, como requisito para investidura no cargo em parte dos editais. Essa inquisição é relevante para a efetivação da profissão do Bacharel em SC, uma vez que são incipientes as discussões acerca da implantação de uma entidade de classe.

Outra característica apontada na lógica Freidsoniana[5] é possuir um ideal de serviço voltado para a coletividade. Esse traço é bem visto na SC já que a mesma compreende a relação do

processo saúde-doença como os determinantes sociais e se preocupa com todas as questões que envolvem a saúde do público, de forma que analisa as práticas de saúde e sua interação com os demais âmbitos sociais. Ademais, busca entender como são identificados socialmente os problemas de saúde, juntamente com seus condicionantes e determinantes para assim, enfrentá-los de forma organizada[14].

Com relação à autonomia de conhecimento, dentro da SC, historicamente se constituiu três campos disciplinares, identificados por autores como Nunes[15] e Paim e Almeida Filho[14]: a epidemiologia; as ciências sociais em saúde; e a política, planejamento e gestão em saúde, sendo estas complementadas por outras disciplinas como a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas, entre outras.

Ressalta-se que esses campos estão fundamentados na interdisciplinaridade como proposta de ampliação do conhecimento em saúde, na medida em que abrange ações investigativas das condições de saúde dos sujeitos, o caráter das políticas de saúde vigentes, a relação entre trabalho-saúde-doença, além de intervenções de movimentos sociais sobre aspectos sanitários, caracterizando-se em um cenário de práticas

transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial.

Dessa forma, a SC organiza seu conhecimento através de uma multiplicidade de saberes que possibilita uma abordagem na qual suas subáreas se articulam na construção de uma visão complexa e multidimensional sobre o processo saúde-doença.

Entretanto, mesmo compartilhando valores e possuindo objetivos comuns, os três subcampos se baseiam em distintas perspectivas epistemológicas, teóricas e metodológicas, criando assim filosofias formativas distintas com modos de produção diversos na formulação de saberes. Essa heterogeneidade definidora da SC contribui para sua riqueza, sendo fundamental para a abordagem do complexo fenômeno saúde. Tal variedade de olhares acaba por gerar disputas internas sobre o direcionamento do campo[16].

Com relação à autonomia econômica, Cezar *et al.*[13] constataram que a remuneração profissional destinada aos sanitaristas foi de R$ 2.866,77 e a carga horária média de 34 horas semanais, semelhante ao identificado em outra investigação[17] que apontou que 32,8% dos egressos em SC possuem salário entre R$ 2.035 e R$ 3.390 reais. Porém, vale salientar que grande parte do contingente sanitarista trabalha

sobre o regime de contrato temporário. Essa é uma realidade diferente da maioria das profissões da saúde que possuem reserva de mercado bem maior e vencimentos mais altos, o que possibilita maior seguridade financeira.

Em síntese, percebe-se que tanto na vertente horizontal quanto na vertical a SC encontra fragilidades, o que leva a necessidade de se aprofundar os debates acerca da sua caracterização.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da SC permeia diversos desafios que acabam por refletir na inserção dos seus atores na área da saúde, seja tanto no ensino como na prática em si, o que necessita de maior aprofundamento acerca dessa temática.

Ressaltamos que não tivemos por finalidade, encerrar as discussões, tampouco dar respostas definitivas sobre qual seria a inserção dos sanitaristas, mas levantar a necessidade de aprofundar os debates sobre tal tema e então procurar os melhores caminhos para o futuro desse campo e de seus atores.

REFERÊNCIAS

1 VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; PAIM, J.S.; SCHRAIBER, L.B. O que é Saúde Coletiva?. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N, (org). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

2 CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.2, p. 219-230, 2000.

3 FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio: o dicionário de língua portuguesa.** 8a ed. Rio de Janeiro: Positivo, 2010.

4 PAIM, J.S. **A Reforma Sanitária Brasileira e a Saúde Coletiva: concepções, posições e tomadas de posição de intelectuais fundadores**. In.: VIEIRA-DA-SILVA, L.M. O campo da saúde Coletiva: gênesis, transformações e articulações com a reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: EDUFBA, 2018.

5 FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo. Tradução Celso Mauro Paciornik**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

6 SILVA, V.O.; PINTO, I.C.M. Construction of the identity of Public Health players in Brazil: a review of the literature. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 46, p. 549-560, 2013.

7 BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Saúde Coletiva. Brasília, DF: Diário Oficial da União, seção 1, p. 26, 10 ago. 2017.

8 SILVA, V.O.; PINTO, I.C.M. The identity of the Public Health professional in Brazil: perceptions of Public and Collective Health students and graduates of undergraduate courses. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 65, p. 539-50, 2018.

9 DUBAR, C. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

10 VIEIRA, M. Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. **Trab Educ Saúde**, v. 5, n. 2, p. 243-260, 2007.

11 PAIM, J.S.; PINTO, I.C.M. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. **Tempus**, v. 7, n. 3, p. 13-35, 2013.

12 SILVA, V.O.; PINTO, I.C.M.; TEIXEIRA, C.F.S. Identidade profissional e movimentos de emprego de egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva. **Saúde Debate**, v. 42, n. 119, p. 799-808, 2018.

13 CEZAR, D.M.; RICALDE, I.G.; SANTOS, L.; *et al*. O bacharel em saúde coletiva e o mundo do trabalho: uma análise sobre editais para concursos públicos no âmbito do sistema único de saúde. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 4, p. 65-73, 2015.

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

15 NUNES, E.D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde Soc**, v. 3, n. 2, p. 05-21, 1994.

16 IRIAT, J.A.B.; DESLANDES, S.F.; MARTIN, D. *et al.* A avaliação da produção científica nas subáreas da Saúde Coletiva: limites do atual modelo e construção para o debate. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 10, p. 2137-2147, 2015.

17 LORENA, A.G.; SANTOS, L.; ROCHA, C.F. *et al.* Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação?. **Saúde Soc**, v. 25, n. 2, p.369-380, 2016.

Capítulo 5

TRILHAS E DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Erlaine Souza da Silva, Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz, Ana Claudia Cavalcanti Peixoto Vasconcelos

1 INTRODUÇÃO

A avaliação em saúde constava na pauta dos governos internacionais desde a década de 1970. No Brasil, inicia-se essa discussão em 1998, no Ministério da Saúde (MS), investindo-se em ações estratégicas de implementação de avaliação na Atenção Básica (AB).[1,2]

O tema da institucionalização da avaliação em saúde é tão potente que instiga o diálogo entre trabalhadores, usuários e gestores, subsidiando a tomada de decisão coletiva. Assim, a institucionalização da avaliação em saúde se apresenta como objeto de intervenção e de pesquisa.[1,2]

Esse processo de interação entre gestores, instituições de ensino, trabalhadores da saúde e usuários dos serviços da AB aponta que a avaliação em saúde acompanhada de inovações é a base de transformações políticas estruturais, ao mesmo tempo

em que incita a comunidade acadêmica à investigação dessa sinergia de mudanças.[3]

Este capítulo realiza uma análise crítica da inserção de programas de avaliação em saúde no âmbito da AB, buscando refletir sobre o percurso corrido até os dias atuais, com ênfase nas potencialidades e nos desafios enfrentados.

Para tanto, recorreu-se à literatura disponível, priorizando os artigos científicos que compõem a base de dados da Scientific Electronic Library Online – (SCIELO), exclusivamente no periódico Saúde em Debate. Tal opção se deu em função do papel protagônico desse periódico na Reforma Sanitária (RS) e no processo da construção do SUS, bem como do seu enfoque crítico e reflexivo.

O período compreendeu os anos de 2003 a 2019. Foram utilizados os descritores "Atenção Básica" e "Avaliação em saúde". Esses termos foram obtidos nos Descritores Ciências e Saúde (DeCS).

A pesquisa resultou em 61 artigos, dos quais, após a leitura criteriosa dos resumos, foram excluídos 35 artigos por repetição ou por não atenderem ao objeto desta revisão crítica, restando para análise 24 artigos de pesquisa originais, 01 ensaio e 01

relato de experiência, todos em formato de PDF, completos, gratuitos e escritos em língua portuguesa.

Ademais, foi realizada uma análise de documentos, relatórios e manuais do MS.

A sistematização dos resultados obtidos foi guiada pelos avanços identificados ao longo do percurso e desafios enfrentados, além do marco legal e institucional do campo da avaliação de serviços.

1.2 AS ORIGENS DA AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Na Constituição Federal, o SUS está descrito nos artigos 196 a 200, identificados como os artigos da saúde brasileira, e nas Leis Orgânicas da Saúde (LOAS) – 8080/90 e 8142/90, regulamentadas pelas Normas Operacionais Básicas – NOBs e Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS[6,8].

As LOAS estabelecem que a União, Distrito Federal e os Municípios deverão exercer na administração pública as funções concomitantes de avaliação e controle de serviços de saúde[7]. No entanto, os estudos evidenciam que a prática avaliativa na AB não constava na pauta dos gestores brasileiros[6,10,8].

Diante desse cenário, em 1998, o MS iniciou o PNASH (Programa de Avaliação de Serviços Hospitalares), cujo objetivo foi avaliar os serviços hospitalares por meio de pesquisa de satisfação com indivíduos internos, atendimento ambulatorial e pronto atendimento[11].

Concomitantemente, em 2001 e 2002, foi utilizado um roteiro técnico para gestores estaduais e municipais em hospitais de seu território de responsabilidade sanitária, inclusive os privados que fossem vinculados ao SUS. Avaliavam-se a infraestrutura e o manejo da prioridade no atendimento[11].

Encerrando esse ciclo, o MS, baseado nos achados encontrados, buscando seguir com as avaliações dos serviços de saúde no SUS, em alta e média complexidade, decidiu ampliar o PNASH para o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS, com execução nos anos de 2004/2005[11].

A literatura analisada indica que, em outros países nos quais a AB está consolidada, o processo de avaliação se iniciou pela porta de entrada no sistema, o que não ocorre no Brasil, referendando a cultura de valorização do cuidado hospitalocêntrico[11,12,13].

Em 1998, o MS, ainda de modo bem incipiente, lançou o "manual para estruturar a atenção básica", procurando orientar o

funcionamento na AB com elementos de monitoramento e avaliação.[12,13]

Em meados dos anos 2000, com a restruturação do MS, a avaliação da AB passou a ser entendida como prioridade, e a responsabilidade de implantar e executar recaiu para a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, do Departamento de AB. Esse processo culminou na publicação da Política de Monitoramento e Avaliação da AB, em 2006.[12,13]

Ainda em 2002, o MS realiza um estudo censitário, onde foram avaliadas 70% das Equipes de Atenção Básica (EqAB). Isso corresponde ao número de 13.501 equipes no Brasil. Esse estudo abordava aspectos ligados ao processo e à gestão do trabalho, à arquitetura e ao acesso das unidades, sem esquecer da interlocução com os demais pontos da RAS. Consistia, até então, no único panorama da situação da AB[13].

Com o intuito de aprofundar a análise de avaliação da AB, o Governo instituiu o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), voltado para a expansão da AB em municípios com população que ultrapasasse os 100 mil habitantes, além de ser responsável pela qualificação do processo de gestão dos trabalhadores e por apontar maneiras de se institucionalizar a avaliação na AB[1,12,13,22].

O PROESF foi planejado para ter sua execução em três fases, correspondendo ao período de 2002 a 2007. Construiu um plano estratégico para impulsionar as ações de institucionalização da avaliação na AB, apoiado em eixos estruturantes, com destaque para a cooperação técnica entre a comunidade acadêmica e a gestão dos serviços[13,1,22].

Tal projeto trabalhou com estudos de linha de base. Essa técnica de trabalho possibilitou analisar o seu impacto ao término da terceira fase, em parceria com instituições de pesquisa e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Essas parcerias fomentaram 84 projetos e pesquisas pelo DAB[1,12,13].

Os frutos colhidos ao longo do desenvolvimento do PROESF foram a capacitação dos gestores estaduais para desenvolver iniciativas de monitoramento e avaliação, e a elaboração do instrumento para autoavaliação de Melhoria e Qualidade (AMAQ)[1,12,13].

Tem sido consenso entre muitos autores que a avaliação deve ser entendida como subsídio para os componentes de planejamento, execução, financiamento e regulação dentro de um processo contínuo. Logo, a avaliação cumpriria sua função essencial de favorecer e subsidiar os agentes políticos por

decisões mais assertivas no desenvolvimento de políticas públicas ou programas de governo[15,16,12,13,22].

As avaliações se apresentam com três objetivos primários: apreciar as implicações localizadas por uma política ou um programa de governo; colaborar para o desenvolvimento de tal política; e amparar a construção do conhecimento produzido sob o fenômeno avaliado[13,16].

A proposta mais atual de implantação de processos avaliativos de maneira sistemática e contínua no âmbito da AB trata-se da instituição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado pela portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso aos serviços da AB[3,15,16,12,13].

Os estudos desenvolvidos por Protásio *et al.*[9] e Medrado[15] assumem que a proposta do PMAQ-AB consiste na melhoria da capacidade de gestão, vislumbrando a amplitude do acesso aos serviços com qualidade e respeitando as especificidades regionais, econômicas e culturais.

Esse programa possui quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, monitoramento de indicadores e a avaliação externa. A **contratualização** está relacionada aos aspectos de

formalização burocrática entre as Secretarias Municipais e as equipes que optam pela adesão [2,16,10,18].

A segunda fase, o **Desenvolvimento**, envolve ações estratégicas transversais e sistemáticas. Tais ações promovem movimentos de mudança na gestão do cuidado e excitam melhorias no acesso e na qualidade da AB. Esta fase se subdivide em quatro dimensões: Autoavaliação, Monitoramento, Educação permanente e Apoio institucional [20,16,18,10].

A dimensão da autoavaliação se apresenta como a mais desafiadora, ao tempo que tem o potencial de ser o gatilho para o início do processo de transformações. O MS sugere a utilização da AMAQ, que foi um produto do PROESF. Contudo, a equipe pode utilizar qualquer outro dispositivo que melhor se adeque à realidade[20,16,18,10,21].

O monitoramento significa a análise dos dados para a tomada de decisão, com o estabelecimento de prioridades e o planejamento de ações estratégicas[20,16,18,10,21].

A terceira dimensão é a educação permanente**,** que se mostrou fundamental ao longo do processo de reorganização da AB. Tem papel pedagógico e de enfrentamento dos conflitos naturais no processo de trabalho. Por fim, o apoio institucional

qual colabora na coordenação e no planejamento de ações coletivas, supervisão, vigilância e avaliação em saúde[20,16,18,10,21].

A terceira fase objetiva a verificação do desempenho das EqAB monitorando os indicadores, e a certificação *in loco* por avaliadores treinados e contratados por instituições de ensino superior, para averiguar um conjunto de condições de qualidade, além da verificação de documentos. Estes passos integram a **avaliação externa** [22,20,18,10].

A quarta e última fase é a **recontratualização** das EqAB que já integraram o ciclo passado e permanecerão no ciclo vindouro, a inclusão de novas EqAB com pactuação de novas metas. Com o incremento de novas metas, espera-se estimular um processo cíclico, subsidiado nos resultados obtidos no ciclo anterior. Cada ciclo do PMAQ tem duração média de dois anos, com a efetivação das quatro fases[22,20,18,10].

O período de execução do PMAQ-AB foi de 2011 a 2019, completando três ciclos de execução. Observa-se ainda mudanças do 2° ciclo para o 3° ciclo, como a diminuição de quatro fases para três, e a inclusão de um eixo transversal que perpassa todas as fases, resgatando o *modus operandis* do PROESF, que iniciou essa metodologia com os estudos de linha de base[20,11,12].

Compreende-se que o PMAQ-AB constitui uma iniciativa fortalecedora e inovadora de inserção de uma cultura de avaliação na AB. Todavia, com coletas *in loco* de baixa periodicidade, uma multiplicidade de variáveis geradas pelos instrumentos, dificultando a avaliação final[3,9,12].

Em que pese esses aspectos, não há como deixar de apreciar as repercussões do PMAQ-AB para considerar o aperfeiçoamento do olhar de trabalhadores e gestores quanto ao monitoramento dos indicadores. Entretanto, ainda persistem diversos desafios, sobretudo voltados para o entendimento da avaliação como um recurso para a construção de possibilidades.

Em novembro de 2019, o Governo Federal, por meio da Portaria n° 2.979, instituiu o PREVINE BRASIL. Esse programa propõe inovações para o custeio e o financiamento do SUS, referente à AB, baseado nas atuais evidências científicas de pagamento por alcance de indicadores[20,21,22].

Com tal medida, foram extintos o PMAQ-AB e, junto com ele, os elementos oriundos do PROESF. Contudo, entende-se que houve efetividade no tocante à ampliação do acesso, e a educação permanente deixou seu legado com trabalhadores mais empenhados com a qualidade dos serviços oferecidos[10].

O PREVINE BRASIL busca sincronia entre os princípios da AB e a inovação do século XXI, junto às mudanças sociais e culturais que se anunciam. O modelo de consolidação dos recursos em cinco componentes estruturantes rompe com o leque de rubricas financeiras anteriormente utilizadas pelo MS, dentre as quais constava o PMAQ-AB.

No programa PREVINE BRASIL, a transferência de recursos se dará por alcance de sete indicadores, sendo eles: o n° de gestantes com seis consultas realizadas, até a 20ª de gestação (1), a realização de testes rápidos de HIV e VDRL em público alvo de gestantes (2), a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado (3), a cobertura de citopatológico (4), a cobertura vacinal de poliomielite e pentavalente (5), o percentual de hipertensos com pressão arterial aferida no semestre (6), e o percentual de diabéticos com hemoglobina glicada solicitada (7), monitorados quadrimestralmente pelo sistema de E-SUS[21].

É indiscutível que o monitoramento por meio do sistema de informação e com menos indicadores tende a ser mais fácil e ágil, mas, se será efetivo e produzirá a melhoria dos serviços, eis uma incógnita. Ainda são necessários estudos a respeito da implementação e do impacto do referido programa.

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo buscou, a partir da literatura, sistematizar criticamente a inserção de programas de avaliação em saúde no âmbito da AB, visando refletir sobre o percurso construído até os dias atuais, com ênfase nas potencialidades e nos desafios enfrentados.

Vale considerar os avanços ocorridos no país nas últimas décadas, no âmbito das políticas públicas de avaliação em saúde da AB, no tocante aos marcos legal e institucional, e na participação da esfera acadêmica de gestores estaduais e municipais e, sobretudo, dos trabalhadores da AB.

Na literatura pesquisada sobre os programas PROESF e PMAQ-AB, observa-se a convergência da efetividade da ampliação do acesso, gerando consequentemente qualidade nos serviços, com maior capacitação dos trabalhadores.

Todavia, evidenciou-se que o PMAQ-AB ainda apresenta fragilidades relacionadas à sua implementação e compreensão por parte de trabalhadores de EqAB e Secretários Municipais, os quais muitas vezes tendem a não perceber esse programa como um recurso potente de qualificação da AB.

Nesse sentido, é imperativa a necessidade de se seguir expandindo e adequando os programas de avaliação em saúde na

AB, como também o fomento a novas pesquisas nesta temática, sobretudo para se acompanhar a implementação do PREVINE BRASIL, recém proposto no país.

REFERÊNCIAS

1 BODSTEIN, R. FELICIANO, K. HORTALE, V.A. LEAL, M.C. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciências Saúde Coletiva**. v 11, n. 3, p 725-731, 2006.

2 FONTANA, K.C. LACERDA, J.T. MACHADO, P.M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate**. v 40, n. 110, p 64-80, 2016.

3 UCHÔA, S.A.C. MARTINIANO, C.S. QUEIROZ, R.A.A. JÚNIOR, B.G.O. NASCIMENTO, G.W.DINIS, A.V.I. HARTZ, A.M.Z. Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate**. v 42, n. especial 1 ,p 100-113, 2018.

4 OSMO, A. SCHRAIBER, L.B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**. v 24, supl. 1, p 205-218, 2015.

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Avaliação, Regulação e Controles de Sistemas, Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde (PNASS)**. Brasília, DF. 2004.

6 BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

7 FELICIANO, M. MEDEIROS, K. R. DAMÁZIO, S. L. ALENCAR, F. L. BEZERRA, A. F. B. Avaliação da cobertura e completitude de variáveis de Sistemas de Informação sobre orçamentos públicos em saúde. **Saúde Debate**. v 43, n. 121, p 341-353, 2019.

8 BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

9 PROTÁSSIO, A.P.L. SILVA, P.B. LIMA, E, C. GOMES, L.B. MACHADO, L.S. VALENÇA, A.M.G. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1° ciclo de Avaliação Externa no PMAQ-AB. **Saúde Debate**. v 38, n. especial, p 209-220, 2014.

10 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde (PNASS)**. Resultado do Processo Avaliativo 2004-2006. Brasília, DF. 2007.

11 ANDRADE, S.H. BRAGANTE, I. A trajetória da Rede de Atenção de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da ABRASCO. **Saúde Debate**. p 396-405, 2018.

12 SOUZA, A.N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde Debate**. v 42, n. especial 1, p. 289-301, 2018.

13 MELO, E. A. MENDONCA, M.H.M. OLIVEIRA, J.R. ANDRADE, G.C.L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**. v 42, n. especial, p 38-51, 2018.

14 SOBRINHO, L.E.J. MARTELLI, L.J.P. ALBUQUERQUE, V.S.M.LYRA, M. T. FARIAS,F.S. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde Debate**. v 39, n. 104, p. 136-146, 2015.

15 PROTÁSSIO, A.P.L. GOMES, L.B. MACHADO, L.S. VALENÇA, A.M.G. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1° ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência e Saúde Coletiva**. v 22, n. 2, p 1829-1844, 2017.

16 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade: **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, DF, 2014.

17 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**: manual instrutivo. Brasília, DF. 2012.

18 BEZERRA, M.M. MEDEIROS, K.R. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **Saúde Debate**. v 42, n. 2, p 188-202, 2018.

19 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Programa Nacional de

Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica e Saúde Bucal (Saúde da Família ou Parametrizada)**. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2017.

20 Brasil. Portaria interministerial n° 2.979, de 12 de novembro de 2019. **Institui o Programa Previne Brasil, estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

21 Brasil. Portaria interministerial n°. 3.222, de 10 de dezembro de 2019. **Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

22 HARZHEIM, E. "Previne Brasil": bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v 25, n. 4, p 1189-1196, 2019.

Capítulo 6

AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DA GESTÃO EM SAÚDE: DA ABORDAGEM CONCEITUAL A UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DAS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS

André Luís Bonifácio de Carvalho, Edjavane da Rocha Rodrigues de Andrade Silva

1 INTRODUÇÃO

No campo da saúde, o desenvolvimento de novas tecnologias, as mudanças nos processos de gestão, as crises nas finanças públicas, a transição epidemiológica, as mudanças demográficas e a ampliação dos direitos sociais aumentam o grau de complexidade dos processos de tomada de decisão.

Nesse sentido, o estudo do funcionamento dos espaços de gestão, a pactuação e o diálogo interfederativo são fundamentais, com destaque para as Comissões Intergestores Regionais (CIR), instituídas em 2011, por meio do Decreto 7508/2011.

Sendo assim, este ensaio teórico aborda aspectos estratégicos e conceituais da avaliação em saúde, realiza uma abordagem sobre a regionalização e as comissões intergestores e por fim apresenta os componentes estratégicos para a construção do

processo de avaliação das CIR, entendidos como espaços estratégicos, para a implementação de ações e políticas de saúde no espaço regional do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E ESTRATÉGICOS SOBRE AVALIAÇÃO

Para falarmos da avaliação, faz-se necessário enfatizar aspectos inerentes ao monitoramento. Esse processo destacado é considerado sistemático e contínuo e produz informações sintéticas em tempo eficaz, permitindo uma rápida avaliação situacional, propiciando uma intervenção oportuna e se constituindo em uma ação que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno. [1]

Champagne *et al*[2] destacam que o sistema de saúde é muito complexo, e as relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-las são, em parte, impregnadas pela incerteza, e ainda as regras econômicas de alocação dos recursos não se aplicam. Sendo assim, a avaliação no campo da saúde demanda um quadro conceitual integrador, resultando um "casamento forçado" entre tradições muito diferentes: a avaliação econômica, a avaliação baseada na

epidemiologia e na prática clínica e, cada vez mais, a avaliação oriunda das ciências sociais.

Poister[3] aponta que o monitoramento e a avaliação são ferramentas críticas para a gestão, destacando o monitoramento como fundamental para o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias e para o acompanhamento de seu desempenho operacional e finalístico.

Garcia[1] reforça o monitoramento como requisito imprescindível para o exercício da avaliação pretendido, como um instrumento de gestão. Quem monitora e quem avalia tem a condição de confirmar ou corrigir, exercendo na direcionalidade, no âmbito da gestão. O monitoramento no âmbito da gestão pública não poderá ser eficaz se a equipe gestora não conhecer, de maneira contínua e objetiva, os *pontos críticos* dos processos que a conduzem, como também as situações nas quais deverá intervir e com as quais irá conviver.

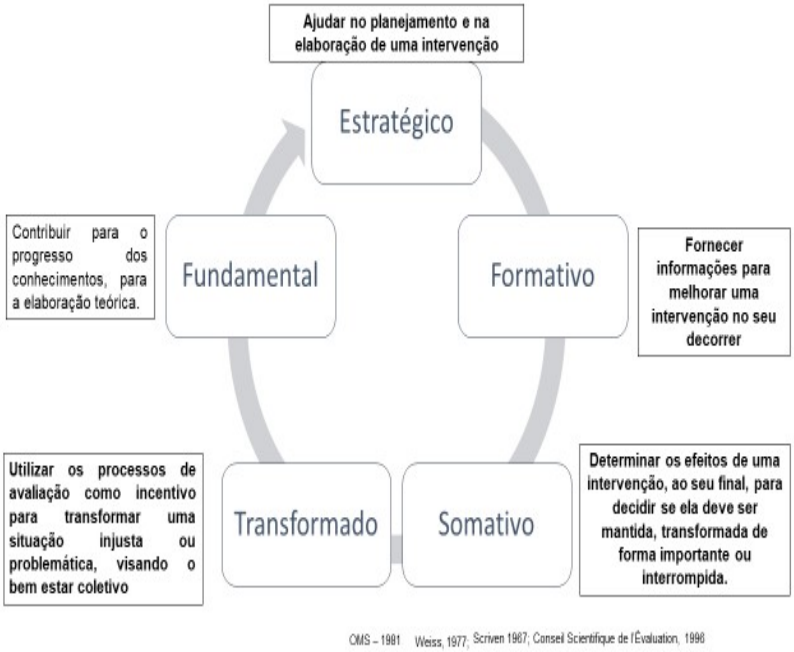
Tamaki *et al.*[4] destacam que o conceito de monitoramento comumente utilizado refere-se ao acompanhamento rotineiro de informações relevantes, propondo-se a verificar a existência de mudanças, mas não as suas razões, e inclui a definição da temporalidade para coleta e sistematização de dados.

Barros *et al.*[5] afirmam que avaliar tornou-se um ato de maior amplitude e implicação política, e, por isso, tenta-se anunciar a ideia de que o ato avaliativo compreende um conjunto de práticas ético-políticas, que sustentam intenções e realizam ações com efeito de medir, descrever, a fim de produzir aprendizagem para os sujeitos e a sociedade de forma geral.

Em que pese a diversidade e as discordâncias sobre os vários aspectos da avaliação, existe consenso em relação ao significado de avaliar, como emissão de um juízo de valor, sobre uma intervenção ou um de seus componentes. De qualquer forma, as normas e critérios a serem utilizados para conferir um julgamento ao final da avaliação serão influenciados pelos grupos que o definem, sejam usuários, profissionais, gerentes, entre outros.[6, 7, 8]

Figueiró *et al.*[9] destacam, a partir das contribuições de Contandriopoulos[7], que a avaliação apresenta objetivos de naturezas variadas e dicotômicos entre si, podendo ser oficiais e oficiosos, explícitos e implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os envolvidos ou somente por alguns. Em concordância com outros autores e instituições, destacam-se os seguintes objetivos oficiais da avaliação.

Figura 1 – Objetivos oficiais da Avaliação



Fonte: Adaptado de Figueiró *et al*. (2010)[9] e Champagne *et al*. (2011)[2].

Nesse sentido, entendemos que, para que essa prática se consolide de forma efetiva, é necessário um processo de fortalecimento de seu uso na perspectiva do fortalecimento da capacidade avaliativa e da gestão pública da saúde no âmbito das estruturas de gestão. Assim, esse processo deve produzir informações cientificamente válidas, socialmente legítimas e democraticamente debatidas, auxiliando o gestor a emitir julgamento que permita melhorar uma determinada situação de saúde.

1.2 ABORDAGEM SOBRE A REGIONALIZAÇÃO E AS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS.

Conforme disposto na Constituição Federal do Brasil, em seu artigo 198, as ações e serviços de saúde são de relevância pública e devem ser disponibilizadas à população de modo regionalizado e hierarquizado, com o atendimento integral das pessoas no território brasileiro, tanto em ações preventivas quanto assistenciais. Para dar conta do disposto no artigo supracitado, o sistema deve ser gerido de modo descentralizado e com direção única, em cada esfera de governo, constituindo um sistema pautado pela participação da comunidade no seu processo de desenvolvimento e implementação.[10]

Na mesma linha, a Lei Orgânica da Saúde (8080), editada em 1990, identifica como parte do processo de descentralização político-administrativa a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, constituída em níveis de complexidade crescente e que pode ser complementada por serviços de natureza privada, mediante a necessidade de garantir a plenitude desses princípios. [11]

Tivemos ainda, no início da década de noventa, a edição das normas operacionais básicas (NOB), [12, 13, 14] que estabeleceram estratégias para a organização e funcionamento do sistema,

através de um processo de descentralização político-administrativa, da habilitação de estados e municípios, do estabelecimento de novas formas de financiamento, da organização de acesso aos serviços de saúde, com consequente construção dos caminhos para o lançamento, da norma operacional da assistência à saúde (NOAS)[15] no ano de 2001. A edição das normas operacionais básicas (NOB), por sua vez, trouxe novas regras para o processo de regionalização das ações e serviços de saúde.

No ano de 2006, tivemos o lançamento do Pacto pela Saúde[16], com a instituição dos Termos de Compromisso de Gestão, dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com representação de gestores estaduais e municipais.

Os desdobramentos do Pacto pela Saúde impulsionaram a edição do Decreto nº 7.508[17], de 28 de junho de 2011, com destaque para a regionalização do ponto de vista dos acordos entre os gestores; a qualificação do papel das Comissões Intergestores, com a instituição das Comissões Intergestores Regionais (CIR); o fortalecimento do Planejamento Regional Integrado, com ênfase no Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP). A função deste (COAP) é subsidiar a organização das Regiões de Saúde (RS), como espaço efetivo da operacionalização

das ações e serviços de saúde ofertando no mínimo, atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. [18,19, 20]

Nesse processo, as comissões intergestores, que começaram a ser implementadas nos primeiros anos da década de 1990, ganham um papel essencial, constituindo-se, assim, como principais instâncias de coordenação política do pacto federativo setorial.

Sendo assim, podemos afirmar que o sistema de comissões intergestores, exposto na figura 2, consolidou-se como espaço estratégico da construção e pactuação das políticas de saúde no âmbito do SUS.

Figura 2 – Componentes da Governança do SUS

Fonte: Elaborado pelos autores.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) trata-se de um fórum setorial nacional de tomada de decisões, cujas

deliberações orientam, de forma tripartite, os gestores por meio de diretrizes consideradas estratégicas, com representação das três esferas: o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), fato que lhe dá ampla legitimidade.

No âmbito dos estados, as comissões intergestores bipartite (CIB) são responsáveis por aprofundar e adaptar as decisões nacionais aos contextos estaduais, na busca da pactuação de soluções, envolvendo gestores estaduais e municipais.

As Comissões Intergestores Regionais (CIR) representam a extensão desse sistema de governança, Instituídas pelo Decreto 7508/2011 e buscam aperfeiçoar o modelo dos colegiados de gestão regional estabelecido pelo Pacto pela Saúde em 2006. (DECRETO 7508/2011)

Assim, o funcionamento regular e adequado das CIR pode ampliar significativamente o debate sobre a regionalização, propiciando a construção de estratégias para superar os principais obstáculos relacionados à governança federativa, sendo imprescindível que existam níveis mínimos de qualidade institucional que garantam o cumprimento de seu papel no que tange à agenda federativa regional do SUS.

2 CAMINHOS METODOLÓGICOS PARA A AVALIAÇÃO DAS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS

A organização do território em regiões de saúde, como um agrupamento articulado de municípios, vem atender à necessidade de se ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde, desafio permanente na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Partindo do conceito de 'Região de Saúde', estabelecido no Decreto 7508/11 como "espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde", vemos a importância estratégica da CIR, no sentido de possibilitar a ampliação da capacidade de coordenação federativa da política de saúde, constituindo-se em canal político exclusivo, para que os gestores municipais possam discutir com o gestor estadual sobre as particularidades de cada região de saúde, qualificando, assim, as decisões sobre temas estratégicos.

No que se refere às atribuições da CIR, temos o que está disposto nos Art. 5º e 6º da Resolução Nº 1/2011[21] , que compete

definir : a) definição do rol de ações e serviços que serão ofertados na respectiva região de saúde, com base na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES); b) elenco de medicamentos que serão ofertados na respectiva região de saúde, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); c) critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos serviços; d) planejamento regional de acordo com a definição da política de saúde de cada ente federativo, consubstanciada em seus Planos de Saúde, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde; e) diretrizes regionais a respeito da organização das redes de atenção à saúde, no tocante à gestão institucional e à integração das ações e dos serviços dos entes federativos na região de saúde; f) responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo na região de saúde, definidas a partir da Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, que deverão estar expressas no COAP; g) diretrizes complementares às nacionais e estaduais para o fortalecimento da cogestão regional. Tais diretrizes são: monitorar e avaliar a execução do COAP e em particular o acesso às ações e aos serviços de saúde; incentivar a participação da comunidade, em atenção ao disposto no art. 37 do Decreto Nº 7.508, de 2011; elaborar seu regimento

interno e criar câmaras técnicas permanentes para assessoramento, apoio e análise técnica dos temas da pauta da CIR.

A partir do exposto, apresentamos alguns elementos a serem considerados no desenho de avaliação do funcionamento das CIR, com base na conformação de cinco componentes como exposto no Quadro 1.

Quadro 1 – Dimensões avaliativas na governança da CIR

COMPONENTES	CONTEÚDOS
Organização Territorial	Entender a lógica de conformação do território de atuação da CIR, com informações relativas à delimitação do espaço geográfico, na perspectiva da manutenção do mesmo e da definição de responsabilidades.
Estrutura Organizacional	Identificar qual o tipo de ato de criação da CIR, existência de regimento interno, existência de espaço físico e condições de funcionamento (salas, computadores e equipe técnica), existência e funcionamento da secretaria executiva e recursos financeiros dispendidos.
Comunicação e Transparência	Avaliar de que maneira ocorre o diálogo entre a CIR e a CIB, de que maneira são feitas as divulgações dos atos e ações da CIR, como os gestores comunicam as agendas da CIR junto aos respectivos conselhos de saúde.
Dinâmicas das Reuniões e Participação do Gestores	Analisar a dinâmica e a composição das pautas, a forma de registros das atas e das decisões, a priorização dos temas, a frequência da participação dos gestores e as formas utilizadas na discussão de estratégias, para a implantação/implementação das políticas pactuadas e rotatividade dos gestores.

Agendas de Pactuação	Identificar as agendas de pactuação no que tange à definição de aspectos do planejamento regional, vinculado ao desenvolvimento dos instrumentos de gestão aprovados pelos Conselhos de Saúde; definição das responsabilidades na garantia do acesso à Rede de Atenção à Saúde, pactuação do rateio de recursos, da regulação dos serviços e pactuação de indicadores de saúde.

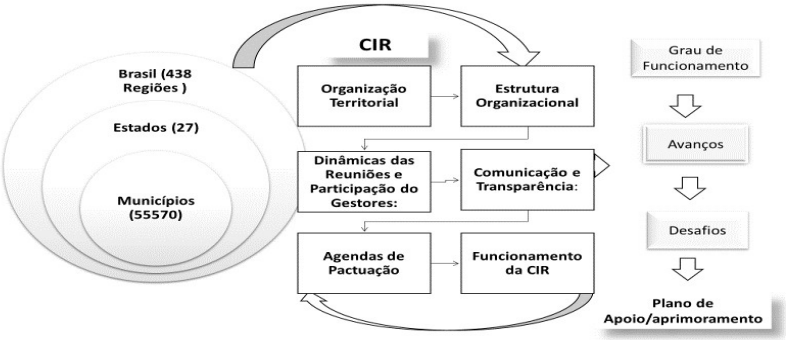
Fonte: Elaborado pelos autores.

Sendo assim, a proposta consiste na articulação de cinco dimensões, com a posterior construção de um matriz avaliativa; na perspectiva do delineamento de aspectos da dinâmica da governança funcional das CIR, traduzida na forma do seu funcionamento e em sua manutenção ao longo do tempo; na organização de suas agendas para a tomada de decisão, com ênfase no que está disposto nas normativas pactuadas; nas estratégias de comunicação, na construção de pautas e na sua articulação coma CIB, entre outros.

A proposta segue a linha de construção de um modelo lógico (Figura 3) como um esquema visual que pode ser trabalhado tanto do ponto de vista nacional como regional e/ou estadual, em que se busca avaliar o funcionamento da CIR, respeitando a relação entre os componentes definidos na perspectiva do cumprimento de suas responsabilidades, na perspectiva de

subsidiar os gestores para a construção de um plano de apoio/aprimoramento de suas práticas.

Figura 3 - Dimensões avaliativas na governança



Fonte: Elaborado pelos autores.

Para o desenvolvimento desse processo, é necessária uma articulação e diálogo com as SES e os respectivos COSEMS, no sentido de garantir o acesso aos interlocutores estratégicos que têm atuação na CIR. Outro componente imprescindível diz respeito ao acesso a documentos que garantem a confirmação das ações e práticas dos gestores no âmbito da CIR, propiciando a leitura da agenda federativa construída no âmbito da região de saúde. Importante destacar também a necessidade de construir um instrumento de verificação (Ana Luiza d'Ávila Viana desenvolveu amplo processo de avaliação das regiões de saúde, organizando vasto material sobre a tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. Assis Mafort Overney coordena atualmente

Pesquisa sobre o funcionamento das CIR no Brasil, por meio do Centro de Estudos Estratégicos, em parceria com CONASS e CONASEMS) junto aos gestores, a ser aplicado ou via web ou presencialmente para, a partir das falas desses atores, identificar avanços e desafios, no que diz respeito a esse processo.

Cabe ressaltar que a proposta apresentada não tem como objetivo o estabelecimento de um ranking entre as comissões, mas o desenho temporal de seu funcionamento, com vistas ao aprimoramento de suas ações. Por fim, destacamos a necessidade da devolutiva aos gestores e à equipe técnica da CIR e dos níveis de condução da SES e do COSEMS, utilizando-se nota técnicas e/ou relatórios circunstanciados, na perspectiva da mobilização de esforços, em torno do aprimoramento das ações das CIR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre a temática da regionalização da saúde, vem ganhando novos contornos que diz respeito à pactuação de um vasto arcabouço normativo vinculados a um cenário de muita instabilidade político-institucional, em que os gestores precisam cotidianamente pensar na implementação de políticas que possam responder às reais necessidades locais-regionais.

Nesse sentido, ampliar o conhecimento do funcionamento das CIR é uma tarefa fundamental no sentido de qualificarmos a leitura sobre os desafios e potencialidades a serem trabalhadas. Também é imprescindível o desenvolvimento de práticas avaliativas que sejam cientificamente válidas, socialmente legítimas e democraticamente construídas e disseminadas, dando aos gestores e às suas equipes a capacidade de emitir julgamentos que permitam melhorar a relação federativa e o consequente desenvolvimento de ações e serviços de saúde prestados à população.

REFERÊNCIAS

1 GARCIA, R.C; Subsídio para Organizar Avaliações da Ação Governamental; Texto para Discussão nº 776 – Brasília, **Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**, IPEA , 2001. 63p.

2 CHAMPAGNE, F.; CONTRANDRIOPUOLOS, A.P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J.L. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos, In: **Avaliação Conceitos e Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p 41-74.

3 POISTER, T.H. **Mensuring performance in public and nonprofit organizations**. São Francisco, Jossey-Bass Publishers, 2003.

4 TAMAKI, E.M.; TANAKA, O.Y.; FELISBERTO, E.; ALVES, C.K.A.; JUNIOR, M.D.; BEZERRA, L.C.A.; CALVO, C.M.; MIRANDA, A.S. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS; **Ciências & Saúde Coletiva**, 17(4)821-828, 2012.

5 BARROS, N.F; CASTELLANOS, M.E.P.; MOTTA, M.C.; ALEGRE, S.M.; TOVEY, P.; BROOM, A. A produção de sínteses com evidências qualitativas: Uma revisão de métodos e técnicas. In: ONOCKO, R.C.; FURTADO, J.F. (Org.). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde.** Campinas, São Paulo: Editora Unicamp;2011. p 121-135.

6 GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yonna S. **Effective evaluation**. Jossey-Bass Publishers, São Francisco, 1987. 423pp

7 CONTRANDRIOPOULOS, A.P.; La regulation d'um système de soins sans murs. **Groupe de Recherche Interdisciplinaire em Santè, Montrela**, 1999, 24 pp.

8 DESROSIERS, H.; *et al*. Cadre pratique pour l'évaluation dês programmes. Gouvernement do Quebec, **Ministère de la Santé et des Services Sociaux**, Montreal, 1998, 131 pp.

9 FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. Avaliação em saúde: Conceitos Básicos para as Práticas nas Instituições; IN: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. (Org.) **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro; Editora Medbook; 2010, p 1-13.

10 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988; Diário Oficial da União 1988;5 out. 2. Brasil.

11 Brasil. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990; dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências.

12 Brasil. Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991. Diário Oficial da União 2011; 8 jan. 6.

13 Brasil. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Diário Oficial da União 2011; 21 maio.

14 Brasil. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 01/96. Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

15 Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União 2011; 28 fev.

16 Brasil. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 2006; 23 fev.

17 Brasil. Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, Diário Oficial da União 2011; 29 jun.

18 Brasil. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2011; 31 dez.

19 CARVALHO, A.L.B.; SOUZA, M.F.; SHIMIZU, H.E.; SENRA, I.M.V.B.; OLIVEIRA., K.C. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Cien. Saúde Colet.** 2012; 17(4):901-911

20 OUVERNEY, A.M.; RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, M.R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros**.** ***Ciênc. saúde coletiva*** [online]. 2017, vol.22, n.4, pp.1193-1207.

21 Brasil. Resolução Nº 1, Comissão Intergestores Tripaetite, de 29 De Setembro de 2011; Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Capítulo 7

O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL: HOUVE MUDANÇAS COM A IMPLANTAÇÃO DO PMAQ-AB?

Hévila de Figueiredo Pires, Ane Polline Lacerda Protasio, Anna Karina Barros de Moraes Ramalho, Moângela Alves de Sousa Alencar, Ana Maria Gondim Valença

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) teve, em sua proposta, a utilização da avaliação como parte do planejamento das ações, na perspectiva de, entre outros impactos, provocar mudanças no processo de trabalho das equipes que a ele aderem.

Por meio dos dados obtidos nos ciclos avaliativos realizados, foram identificadas mudanças positivas no processo de trabalho das equipes com a implementação do PMAQ-AB.

Com base no exposto, no presente capítulo, abordaremos, por meio da literatura sobre essa temática, os impactos do PMAQ-AB no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (EqSF) e das Equipes de Saúde Bucal (EqSB).

2 O PMAQ-AB: O QUE ELE NOS DIZ SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQSB E ALGUMAS MUDANÇAS DELE DECORRENTES

2.1 A ATENÇÃO BÁSICA E O PMAQ-AB

A Atenção Básica (AB) constitui a porta de entrada preferencial do sistema de saúde pública no Brasil e deve ser o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)[1].

A AB, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, tem sido alvo de várias iniciativas para a implementação de programas de avaliação nesse nível de atenção.

O mais recente deles foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado pelo Governo Federal em 2011[2].

Foram realizados três ciclos de avaliação (2011/2012; 2013/2014; 2017/2018). Entre um ciclo e outro, o PMAQ-AB sofreu algumas mudanças, como na organização das suas fases, nos instrumentos utilizados no processo avaliativo, na fórmula de cálculo da nota final da certificação das equipes e, por conseguinte, no valor do incentivo financeiro repassado para os municípios.

A despeito dessas mudanças nos três ciclos, uma das fases foi a da Avaliação Externa, que englobou os diferentes atores envolvidos no planejamento e na execução da AB, como gestores e profissionais de saúde e também o usuário. A Avaliação Externa possibilitou a verificação das condições de acesso e da qualidade dos serviços de saúde nos municípios e nas equipes da AB cadastradas no programa[3].

Um dos aspectos avaliados pelo PMAQ-AB foi o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (EqSF) e das Equipes de Saúde Bucal (EqSB). Compreendendo-se o processo de trabalho

> como um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, no qual indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde (p. 65)[4]

constata-se a relevância de avaliar esse processo no nível primário de atenção à saúde.

2.2 O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQSB: UM OLHAR A PARTIR DO PMAQ-AB

O planejamento e a organização do processo de trabalho da equipe são um compromisso que deve nortear a atenção em Saúde Bucal (SB), visto que os componentes da EqSB se integram a uma equipe de AB vinculada à população de um território. Incube-se, então, estabelecerem confiança, responsabilidade sanitária e compreenderem as especificidades da sua população, pautando-se na equidade[5].

Nessa perspectiva, há necessidade de reorganização do processo de trabalho, de superação do modelo hegemônico e das iniquidades em saúde, para a atenção odontológica na ESF cumprir seu papel como uma das propostas para restruturação da Atenção Primária a Saúde (APS)[6].

Quanto aos aspectos relacionados ao processo de trabalho em equipe, observa-se incipiência na integração da EqSB com a EqSF, limitada por conflitos de normas e pela forma como se organizam[7]. Estima-se a superação desses conflitos a partir de variadas estratégias, como a realização de reuniões periódicas da equipe, o conhecimento e valorização do papel de cada um, o estímulo ao estreitamento do vínculo entre os profissionais e a maior atenção por parte de gestores[8].

Portanto, demoras para agendamento e atendimento, horário inadequado de atendimento do cirurgião-dentista e a não qualificação do acolhimento para os usuários nos serviços de saúde bucal não contemplam os princípios do SUS e da AB. Tais características podem interferir na capacidade de os serviços de saúde bucal responderem às necessidades dos usuários[9].

As informações advindas do PMAQ-AB podem constituir-se como uma potente ferramenta de gestão do processo de trabalho, pois permitiria discutir e reafirmar a importância da SB na APS para a redução das iniquidades em saúde[10].

Para avaliação no último ciclo do PMAQ-AB, o Ciclo 3, os indicadores relacionados ao processo de trabalho utilizados foram: População de Referência, Planejamento das Ações, Organização da Agenda e Oferta de Ações e Organização dos Prontuários da Equipe de Atenção Básica, Rede de Atenção à Saúde e Acolhimento à Demanda Espontânea[3].

Diante do exposto, perguntamo-nos: o PMAQ-AB foi capaz de provocar mudanças na Atenção Básica? Esse aspecto será abordado no próximo tópico.

2.3 MUDANÇAS ALCANÇADAS NA ATENÇÃO BÁSICA, APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PMAQ-AB: ÊNFASE NO PROCESSO DE TRABALHO

PMAQ-AB: "*importante agente de mudanças, com potencial para a melhoria da qualidade dos serviços, dos processos de trabalho e ações em saúde*" (Flôres et al, 2018, p. 245)[11]

Com base no que foi abordado, torna-se relevante apresentar mudanças provocadas pelo PMAQ-AB na Atenção Básica, particularmente, as que interferiram com o processo de trabalho das EqSF, assunto deste capítulo.

> Nessa perspectiva, os autores afirmam ser "necessária a busca por mudanças nos processos de trabalhos, na assistência aos usuários e na gestão dos recursos em saúde, a fim de que a AB seja qualificada e equiparada em todo território nacional (p. 245)[11].

Os quadros 1 e 2 mostram resultados de estudos que identificaram mudanças provocadas pelo PMAQ-AB nas EqSF e EqSB. No quadro 1, os estudos apontam as principais mudanças induzidas pelo PMAQ-AB nas EqSF, nos seus processos de trabalho. Podem ser destacadas: organização do processo de trabalho[12,13]; registros das ações executadas; implantação de

normas e rotinas; manuais; protocolos assistenciais[12]; redução nos tempos de espera; ampliação das pessoas atendidas pela ESF; processo de autoavaliação para melhoria da qualidade[14]; organização dos prontuários; classificação de riscos das condições crônicas; construção da agenda programada; organização dos fluxos dos pacientes[15]; fortalecimento ações de trabalho e das tecnologias leves no trabalho em equipe[16].

A implementação do PMAQ-AB favoreceu mudanças na prática profissional e facilitou a autonomia e o trabalho em equipe. A visão dos profissionais quanto ao serviço foi ampliada pelo armazenamento e pela recuperação de informações. Tais informações também contribuíram para fundamentar o planejamento nas UBS[17]. O PMAQ-AB foi reconhecido por promover melhorias na infraestrutura e recursos materiais nas unidades de saúde, bem como na organização do processo de trabalho (mudanças na cultura organizacional)[18].

Sob o olhar dos cirurgiões dentistas, a adesão ao PMAQ-AB proporcionou grandes mudanças no processo de trabalho das EqSB, quanto à forma de atendimento, com redução de filas e do tempo de espera e à melhor infraestrutura e aquisição de equipamentos que garantem melhores condições de trabalho e padrões de qualidade para os usuários[19]. O processo avaliativo do

PMAQ-AB estimulou a organização e o planejamento das ações das equipes[20]. Ainda, avanços na AB relacionados com a forma de agendamento, o acesso à UBS, o horário de funcionamento e a implantação do acolhimento foram observados após a realização do PMAQ-AB[21].

Expressivas foram as mudanças decorrentes do PMAQ-AB relacionadas à atenção ofertada ao usuário, à organização dos métodos de trabalho, bem como ao fortalecimento da AB como eixo norteador das políticas de saúde [22].

Quadro 1 - Distribuição de estudos que abordam mudanças provocadas pelo PMAQ-AB no processo de trabalho das EqSF, quanto ao título do trabalho, autores e ano de publicação, local do estudo e mudanças encontradas.

Título	Autores/ Ano	Local do estudo	Mudanças encontradas
Gestão do Sistema de Saúde do município de São Paulo com base nos parâmetros de Avaliação do PMAQ-AB: estudo de casos na microrregião de cidade Tiradentes	CHIMARA *et al*, 2013 [12]	Tiradentes/SP	Na organização do processo de trabalho: implantação de normas e rotinas, manuais, protocolos assistenciais.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora	PINTO *et al.*, 2014 [14]	Brasília/DF	Na Autoavaliação nas Equipes de Atenção Básica. Redução nos tempos de espera e ampliação das pessoas atendidas pelas EqAB.
Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	FEITOSA *et al.*, 2016 [13]	Grossos/RN	Na organização do trabalho; recursos materiais e infraestrutura da ESF e organização dos registros.
Implementation of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB)	TELLES, 2016 [23]		Na melhoria da organização da US, condições do ambiente da unidade, incluindo materiais e orientações de fluxo interno.

Percepções atribuídas ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica por profissionais de Equipes de Saúde da Família da região de saúde de Pirapora – MG	MAGALHÃES, 2017 [15]	Pirapora/MG	Os depoimentos dos profissionais demonstraram que a avaliação do PMAQ-AB tem garantido mudanças positivas em diversos dispositivos dos processos de trabalho nas equipes, entre eles: a classificação de riscos das condições crônicas, a construção da agenda programada, a organização dos fluxos dos pacientes, a organização dos prontuários, das folhas de rosto e dos envelopes-família, a utilização do mapa do território, o reconhecimento da população e do estado de saúde dos usuários.
National Program for Improving Access and Quality of Primary Care: Implications of its implementation in the Brazilian Northeast	QUEIROZ *et al.*, 2017 [24]	Santa Cruz/RN	Na organização, no hábito de registrar efetivamente suas ações no cuidado da população, trazendo benefícios não apenas para termos de avaliação externa, como também respaldo jurídico de sua atuação como profissional.

Influências do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade nos processos de trabalho na Atenção Básica	FERREIRA *et al.*, 2018 [17]	São Paulo/SP	Na prática profissional e favoreceu a autonomia e o trabalho em equipe. O armazenamento e a recuperação de informações contribuíram para ampliar a visão dos profissionais quanto ao serviço e para fundamentar o planejamento nas UBS.
Repercussions of the brazilian program for the assessment of quality of primary care	MURAMOTO & MATUMOTO, 2019 [16]	São Paulo/SP	Modificações relacionadas ao ambiente e às tecnologias rígidas e flexíveis. Foi identificado o fortalecimento das ações de trabalho e das tecnologias leves no trabalho em equipe.
Avaliação do uso do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) em municípios de Santa Catarina	MEDEIROS, 2019 [18]	Santa Catarina.	Na infraestrutura e nos recursos materiais das unidades de saúde e na organização do processo de trabalho.

Fonte: Elaboração dos autores.

Quadro 2 - Distribuição de estudos que abordam mudanças provocadas pelo PMAQ-AB no processo de trabalho das EqSB, quanto ao título do trabalho, autores e ano de publicação, local do estudo e mudanças encontradas.

Título	Auto-res/	Local do estudo	Mudanças encontradas
Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB	MEDRADO *et al.*, 2015 [20]	Rio de Janeiro/RJ	Na organização e no planejamento das ações das equipes.
A mudança da Atenção Básica a partir da adesão do PMAQ-AB nas unidades de saúde: visão dos cirurgiões dentistas	ROSA *et al.*, 2017 [19]	Rio Grande do Sul.	No processo de trabalho das equipes de saúde bucal, quanto à forma de atendimento, com redução de filas e do tempo de espera, e infraestrutura e aquisição de equipamentos.
Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região oeste do Pará	SILVA *et al.*, 2019 [21]	Oeste do Pará/PA.	Na forma de agendamento, no acesso à UBS, no horário de funcionamento, na implantação do acolhimento.

Gestão na estratégia saúde da família: avaliação das equipes participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB me município de médio porte	SIQUEIRA *et al.*, 2019 [22]	Aracruz/ES	No atendimento ao usuário, na organização dos métodos de trabalho e no fortalecimento da atenção primária como eixo norteador das políticas de saúde.

Fonte: Elaboração dos autores.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho da AB, principal porta de entrada do SUS no Brasil, e coordenadora na rede de assistência em saúde, é considerado complexo, pois se caracteriza pela interação entre diversos atores: profissionais, usuários e comunidade. Esse nível primário de atenção tem como objetivo principal satisfazer às necessidades de saúde e intervir nos fatores de risco que possam provocar doenças e agravos à saúde da população.

O capítulo mostra as principais mudanças na ESF, descritas na literatura, ocorridas nas EqSF e EqSB, decorrentes do PMAQ-AB. Esse programa contribuiu para a construção de espaços coletivos de discussão e de reflexão sobre o planejamento e organização das ações, bem como do processo de trabalho em saúde, maior autonomia e integração entre os profissionais das EqSF e EqSB, favorecendo, dessa forma, a melhoria dos serviços da AB. Além

disso, é importante ressaltar que o PMAQ-AB também foi reconhecido por incentivar melhorias na infraestrutura e recursos materiais das unidades de saúde.

Percebe-se que as modificações decorrentes do PMAQ-AB advêm de um esforço de melhoria da qualidade, empreendida por equipes e gestores da AB e, embora tenham sido expressivas, faz-se necessário que esses atores percebam que as mudanças precisam ser contínuas e capazes de atender às necessidades de saúde da população. Além disso, mais estudos devem ser realizados, utilizando os dados dos ciclos realizados, a fim de desenvolver ações para servir de base para o redirecionamento dos rumos da política em saúde e dos investimentos públicos, nas diferentes esferas.

O processo contínuo de avaliação dos serviços de saúde e dos seus resultados faz-se necessário e é ação essencial por parte dos gestores e profissionais.

A institucionalização da avaliação contribui para a qualificação da atenção em saúde, favorecendo a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

1 BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica., 2012. 110 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral /pnab.pdf. Acesso em: 19 nov. 2013.

2 BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.** Brasília, DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE, Departamento de atenção Básica – DAB., 2011. 62 p. (Normas e Manuais Técnicos, A). Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/165/pmaq-manual-instrutivo-%5B165-040412-SES-MT%5D.pdf. Acesso em: 19 nov. 2013.

3 BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.** Brasília, DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE, Departamento de atenção Básica – DAB., 2011. 62 p. (Normas e Manuais Técnicos, A). Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/165/pmaq-manual-instrutivo-%5B165-040412-SES-MT%5D.pdf. Acesso em: 19 nov. 2013.

4 FONTANA, K.C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016.

5 BRASIL, Ministério da Saúde. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 p.

6 HIROOKA, L. B.; CATANANTE, G. V.; PORTO, H. S.; CACCIA-BAVA, M. C. G. Structural factors for public dental health services in Regional Health Care Network 13: an analysis of the Brazilian National Program for Improving Access and Quality of Primary Care. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 47, n. 1, p. 31–39, 2018.

7 SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A.; CHAVES, S. C. L.; MENEZES, E. L. C. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? **Saúde em Debate**, v. 42, p. 233–246, 2018.

8 PERUZZO, H. E. *et al*. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, e20170372, 2018.

9 MOIMAZ, S. A. L. *et al*. Qualificação do acolhimento nos serviços de saúde bucal. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 1 -6, 2017.

10 BALDANI, M. H.; RIBEIRO, A. E.; GONÇALVES, J. R. S. N.; DITTERICH, R. G. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 145–162, 2018. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/145-162/. Acesso em: 19 mar. 2020.

11 FLÔRES, G. M. S. et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 2, p. 237-247, 2018.

12 CHIMARA, M. B.; SILVA, E.; PAIN, C.; STOROPOLI, J. E. Gestão

do Sistema de Saúde do Município de São Paulo com Base nos Parâmetros de Avaliação do PMAQ-AB: Estudo de Casos na Microrregião de Cidade Tiradentes. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 2, n. 2, p. 174–197, 2013. Disponível em: http://www.tecsi.fea.usp.br/envio/contecsi/index.php/contecsi/11contecsi/paper/viewFile/925/322.

13 FEITOSA, R. M. M. *et al*. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 821–829, 2016. Disponível em: http://www.periodicos.usp.br/sausoc/article/view/123070. Acesso em: 26 dez. 2016.

14 PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, n. spe, p. 358–372, 2014.

15 MAGALHÃES, P. L. **Percepções atribuídas ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica por profissionais de Equipes de Saúde da Família da Região de Saúde de Pirapora–MG**. 2017. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente) – UFVJM, Diamantina, 2017.

16 MURAMOTO, F. T.; MATUMOTO, S. Repercussions of the Brazilian program for the assessment of quality of primary care. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 35, n. 3, p. 1–17, 2019.

17 FERREIRA, L. R. et al. Influências do programa de melhoria do acesso e qualidade nos processos de trabalho na atenção básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, e03407, 2018.

18 MEDEIROS, G. A. R. **Avaliação do uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) em municípios de Santa Catarina**. 2019. Tese (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – UFSC, Florianópolis, 2019.

19 ROSA, J. et al. A mudança da atenção básica a partir da adesão do PMAQ-AB nas unidades de saúde: visão dos cirurgiões dentistas. **Seminário de Iniciação Científica**, p. 26, 2017.

20 MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 1033–1043, 2015.

21 SILVA, L. A. N.; HARAYAMA, R. M.; FERNANDES, F. P.; LIMA, J. G. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 742–754, 2019.

22 SIQUEIRA, J. A. S. *et al.* Gestão na estratégia de Saúde da Família: avaliação das equipes participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB em município de médio porte. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 21, n. 3, p. 49–59, 2019.

23 TELLES, R. **Implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).** 2016. Monografia – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2016. Disponível em: http://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/1195. Acesso em: 26 dez. 2016.

24 QUEIROZ, I. P. D. et al. National Program for Improving Access and Quality of Primary Care: implications of its implementation

in the Brazilian Northeast. **International Archives of Medicine**, v. 10, n. 191, p. 1 -10, 2017.

Capítulo 8

O TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA APROXIMAÇÃO INICIAL*

Augusto José Bezerra de Andrade, Angélica Pereira da Cruz, Marcelo Viana da Costa, Geraldo Eduardo Guedes de Brito

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é um fenômeno ontológico ao ser humano, sendo assim, sofreu e sofre, ao longo dos anos, a influência do contexto histórico, social e político de cada época. Quando inserido dentro da área da saúde, o processo de trabalho, também sofre essas influências de modo que os arranjos organizacionais e as condições de saúde exigem novos modos de produzi-la[1]. Neste contexto de mudança de paradigma assistencial, a discussão do trabalho interprofissional, nessa área de conhecimento, vem ganhando destaque, em especial, no âmbito da Atenção Básica (AB).

A AB, como serviço assistencial, vem atingindo melhores resultados na promoção de saúde devido a seu modo operacional de trabalho em equipe voltado para as famílias/comunidade embasadas pelo acolhimento, vínculo, humanização e orientação com base na realidade dos territórios configurando-se como

inovação tecnológica em saúde pelo seu arcabouço teórico e político. Assim, a AB se apresenta como um potente espaço para romper com o modelo histórico de atenção à saúde fragmentada e desarticulada, avançando no campo do trabalho interprofissional[2,3,4,5].

Este capítulo se constitui de um recorte feito no referencial teórico de um projeto de dissertação direcionado ao Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. O projeto conta com o financiamento da Chamada Universal 2018 - MCTIC/CNPq n.º 28/2018 (processo no. 406998/2018-3).

2 O TRABALHO EM SAÚDE E A INTERPROFISSIONALIDADE

A sociedade organizou-se, no decorrer do tempo, tendo a categoria trabalho como seu alicerce a partir dos adventos tecnológicos e do avanço da globalização, produzindo assim múltiplas especificidades. É possível afirmar que na atualidade, a sociedade é marcada pelo processo de profissionalização, visto que a maioria das atividades humanas requer algum grau de profissionalismo para serem executadas. A saúde, não se diferenciando das demais áreas, também é um campo profissionalizado[6].

O cuidado, finalidade do trabalho em saúde, é prática consubstanciada em relação a vida em sociedade já que toma por base ações de sujeitos direcionados aos processos saúde/doença/tratamento tato em nível individual como coletivo a fim de prolongar a vida. A evolução do cuidado se complexificou, apresentando-se de diversas formas nos múltiplos contextos sociais.

Atualmente, o trabalho é visto sobre a lógica capitalística como uma mercadoria de troca, sendo os meios de produção uma propriedade privada. Assim, não se diferindo dos demais bens de consumo, o cuidado, também, passa a ser gerido por esse raciocínio, de modo que mesmo permeado por novas possibilidades para o manejo das condições de saúde, o cuidado acaba sendo limitado a noção de trabalho abstrato[7].

Pode-se conceituar o trabalho em saúde como a ação de cuidar da vida, centrando-se nos determinantes e condicionantes da saúde dos indivíduos/famílias/comunidade, visando atender suas necessidades de cuidado[8]. Ademais, vale destacar que ele é essencial para a vida humana, circunscrito como processo produtivo imaterial, ou seja, que é consumido na ação de sua realização[9].

A partir do exposto, o trabalho em saúde pode ser caracterizado como parte do setor de serviços, seguindo a conjuntura neoliberal, majoritariamente coletivo institucional, balizado pelo profissionalismo de suas práticas. Historicamente assumiu a perspectiva de fragmentação dos atos, sendo seu trabalho organizado e gerido a luz da teoria taylorista, demarcado pela burocratização, bem como, as dificuldades do trabalho em equipe.

O trabalho em saúde se materializa através de encontros mediados por ações que respeitem as normas e princípios éticos, de modo que os sujeitos enquanto seres sejam o cerne de suas ações, garantindo uma produção de cuidado embasado por atos intrínsecos ao seu desenvolvimento através da inter-relação dos trabalhadores envolvidos.

Neste contexto, assumindo a necessidade de superar as fragilidades do modelo assistencial vigente, o qual demonstra insuficiência para atender as demandas por cuidado, é preciso uma reestruturação do processo produtivo na saúde, a qual possa, durante a prestação de cuidados, dentro da lógica do trabalho em saúde, assumir o seu caráter de trabalho vivo e enfatizar as tecnologias relacionais e seu cunho humano[10].

Assim, a mudança da lógica fragmentada e uniprofissional para uma interprofissional é um desafio atual em escala global.

No âmbito da saúde, percebe-se uma ampliação da discussão a respeito do trabalho em equipe com base na interprofissionalidade, e sobre os termos como interdisciplinar, multidisciplinar, multiprofissional. Entretanto, nota-se que tais termos são adotados indiscriminadamente como sinônimos de interprofissional, sendo necessário realizar uma distinção entre eles.

Assim, tem-se que: 'disciplinar' faz referência a um campo ou área de conhecimento; 'Profissional', por sua vez, se refere a práticas ou núcleos profissionais; 'Multi', expressa menor nível de inter-relação entre os núcleos de conhecimento ou campos de atuação, caminhando em paralelo, mas com pouca ou inexistente interação; O prefixo 'Inter' expressa forte interação e articulação entre as áreas de conhecimento e profissionais[11,12]. Nessa perspectiva, são apresentados os seguintes conceitos[13]:

Prática Colaborativa: atuação entre dois ou mais membros da equipe, ou entre equipes de saúde, orientados pelo mesmo objetivo, de forma interativa, reconhecendo a interdependência

entre estes e a importância do papel um do outro para complementar a assistência prestada.

Cuidado Interdisciplinar: é algumas vezes usado como sinônimo de cuidado interprofissional ou para se referir ao cuidado proporcionado por áreas da mesma profissão, geralmente Medicina.

Cuidado Interprofissional: é uma resposta colaborativa às necessidades das pessoas, famílias, grupos e comunidades por duas ou mais profissões.

Prática Interprofissional: é a colaboração na prática entre duas ou mais profissões.

Trabalho Em Equipe Interprofissional: envolve membros de duas ou mais profissões com competências complementares em práticas colaborativas visando objetivos comuns.

Compreende-se o trabalho interprofissional em saúde como o cuidado operacionalizado por meio do trabalho compartilhado e colaborativo com vistas a atender às necessidades de usuários individuais e coletivos. A prática interprofissional abrange todas as práticas dos profissionais relacionados a área, como as ações preventivas, terapêuticas, educativas, de promoção da saúde, gestão, entre outras[14,15,16,17].

A colaboração interprofissional, cada vez mais, tem demonstrado o potencial de qualificar a assistência dentro dos Sistemas de Saúde mundiais resultado de sua capacidade de superar a superespecialização dos trabalhos da área promovendo maior abrangência, eficiência, eficácia e efetividade com melhores resultados nos cuidados. Através da colaboração entre os diversos trabalhadores da saúde, por meio de atuações conjuntas, havendo integração na construção de conhecimento e realização das práticas, visando alcançar uma assistência com maior capacidade de responder as demandas de saúde dos usuários, atingindo assim uma promoção de saúde mais resolutiva.

A literatura especializada demonstra ser de grande importância à prática interprofissional colaborativa frente a promoção da saúde integral com foco no usuário, utilizando de forma adequada os recursos financeiros do setor, como também proporcionar resultados de melhor qualidade[18,19,20].

A colaboração interprofissional, por alcançar melhores resultados que aqueles vistos na lógica fragmentada de atuação, promove uma maior evolução profissional para os trabalhadores que passam a reconhecer a interdependência no grupo,

favorecendo a valorização mutua e um melhor relacionamento no trabalho em equipe[21].

Assim, a interprofissionalidade tem atributos necessários para se configurar como um novo arranjo do processo de trabalho na AB, por ser compatível com as propostas de Sistemas de Saúde universais e integrais. Portanto, a superação da fragmentação e das iniquidades, ainda presentes na saúde, passa pela necessidade de assumir as práticas interprofissionais e colaborativas dentro do trabalho em equipe[22].

Nessa perspectiva, com o objetivo de nortear a prática, bem como a formação para a atuação em equipe colaborativa e interprofissional, o *Canadian Interprofessional Health Collaborative*[23] apresenta seis domínios de competências interprofissionais a serem pensadas no contexto da formação e trabalho das profissões da saúde.

As competências identificadas referem-se a apropriação de conhecimentos, habilidades e atitudes que permitam o alcance da colaboração interprofissional. São elas: comunicação interprofissional; atenção centrada no usuário/paciente; clareza de papéis; dinâmica de funcionamento da equipe; liderança colaborativa e; resolução de conflitos, que podem ser compreendidas da seguinte forma:

Comunicação Interprofissional: é a necessidade dos atores de diferentes áreas comunicarem-se, uns com os outros, de forma colaborativa e responsável.

Atenção Centrada no Usuário: procurar inserir e reconhecer como coparticipante o engajamento do usuário/família/comunidade, na definição e na realização da assistência.

Clareza de Papeis: refere-se ao conhecimento que sujeitos precisam ter sobre seu próprio processo de trabalho e papel, bem como dos demais. Também se refere a utilizar os saberes apropriadamente no planejamento e implementação da promoção da saúde de forma resolutiva.

Dinâmica de Funcionamento da Equipe: devem-se entender os fundamentos do trabalho coletivo que promovem efetiva colaboração interprofissional.

Liderança Colaborativa: diz respeito a entender e aplicar princípios de liderança compartilhada e coletiva que dão suporte e promovem a interprofissionalidade.

Resolução de Conflitos: permite que todos os sujeitos se envolvam e envolvam os demais, incluídos usuários/família/comunidade no manejo positivo e construtivo de conflitos e desacordos.

Desenvolver tais competências, tanto na prática como na formação profissional, tem a potencialidade de capacitar, aperfeiçoar e preparar os atores da saúde para uma atuação em conjunto interprofissional e colaborativo[24]. As competências interprofissionais podem desempenhar um papel importante na promoção de conhecimentos, atitudes, habilidades e comportamentos necessários para uma efetiva promoção da saúde. No entanto, as competências que promovem a colaboração interprofissional dependem de uma série de fatores contextuais que permitem (ou impedem) os indivíduos efetivamente adotarem essas competências[25].

Para tanto, é preciso estar constantemente realizando avaliações do cotidiano de trabalho na busca de promover diagnósticos situacionais que possam indicar a melhor maneira de efetivar a colaboração interprofissional dentro dos serviços de saúde e assim superar a resistência à mudança na lógica assistencial[26].

O que requer investimentos não só na formação acadêmica, mas no modo como os profissionais constroem conhecimento no decorrer de sua vida profissional, para que através do incentivo eles mudem suas posturas, o que seria possível por meio de uma educação permanente de qualidade e condizente com a realidade.

Essa transformação no processo de trabalho em saúde deve ocorrer juntamente com uma mudança subjetiva dos profissionais da AB, os quais devem assumir uma busca por uma postura colaborativa no cuidado prestado, só assim, através desse duplo movimento é que se atingirão as mudanças pretendidas, e se alcançará um real trabalho interprofissional colaborativo[27].

3 CONCLUSÕES

A proposta de AB brasileira tem a potencialidade de modificar a prestação de cuidado na Atenção Primaria a Saúde (APS), por priorizar dentro da atuação dos trabalhadores as tecnologias relacionais utilizando as tecnologias duras como apoio e não como orientadoras do modo de produzir saúde. Sendo a APS estruturante do SUS (Sistema Único de Saúde) operacionalizada principalmente pela A Estratégia Saúde da Família (ESF), através de equipes multiprofissionais potencializa o desenvolvimento de práticas interprofissionais. Estas se mostram mais eficientes e eficazes no enfrentamento dos complexos problemas de saúde contemporâneos

Evidenciam-se avanços na incorporação da colaboração interprofissional no âmbito da AB. Entretanto, ainda existem barreiras para a efetivação da interprofissionalidade. Os avanços

em busca da interprofissionalidade no trabalho em saúde perpassam pela superação da conduta uniprofissional, para assim alcançar a colaboração no cotidiano da saúde. É necessária também uma reestruturação do sistema formativo nas graduações da saúde, assumindo os princípios da interprofissionalidade desde a formação dos futuros profissionais. Outro ponto importante é a organização do funcionamento dos serviços, onde se devem buscar condições de trabalho que favoreçam espaços para que os profissionais possam desenvolver a integração.

Para tanto, são necessários movimentos por parte dos gestores que possibilitem essas mudanças e que a educação permanente seja efetivada como alternativa que possibilite a superação da fragmentação. Com isso, associado a mudanças na formação em saúde espera-se consolidar as práticas colaborativas com orientadoras da produção de cuidados na AB[12].

REFERÊNCIAS

1 BRITO, G. E. G. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso.** 2016. 201 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

2 ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n5/1499-1510/pt>. Acesso em: 28 de março de 2020.

3 GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em: 28 de março de 2020.

4 SORATTO, J. *et al*. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis/SC, v. 24, n. 2, p. 584-592, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf/>. Acesso em: 30 de março de 2020.

5 PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n6/1903-1914/pt>. Acesso em: 28 de março de 2020.

6 POCHMANN, M. Desestabilização do trabalho. **Saúde em Debate**, Rio de janeiro/RJ, v. 42, n. esp. 3, p. 67-77, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe3/67-77/pt>. Acesso em: 07 de abril de 2020.

7 SOUZA, D. O.; MENDONÇA, H. P. F. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de Marx e Lukács. **Interface comunicação, saúde e educação**, v. 21, n. 62, p. 543-552, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2017.v21n62/543-552/pt>. Acesso em: 08 de abril de 2020.

8 MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2. ed., 2009, p. 427-432.

9 RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>. Acesso em: 08 de abril de 2020.

10 FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em: <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1120/1034>. Acesso em: 08 de abril de 2020.

11 COSTA, M. V. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1. ed., Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

12 FARIAS, D. N. *et al*. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro/RJ, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00098.pdf>. Acesso em: 09 de abril de 2020.

13 BAR, H.; LOW H. **Introdução à educação interprofissional**. CAIPE. 2013, p. 36.

14 ESCALDA, P.; PARREIRA, C.; CYRINO, A. Dimensões do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por uma equipe de saúde da família. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 315-324, 2017. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1222/1183>. Acesso em: 09 de abril de 2020.

15 REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2017.1400150>. Acesso em: 09 de abril de 2020.

16 D'AMOUR, D. *et al*. "The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks",

Journal of Interprofessional Care, v.19, n. 2, p. 116-131, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16096150>. Acesso em: 09 de abril de 2020.

17 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**. Genebra, 2010, 64p.

18 GABOURY, I. *et al*. Interprofessional collaboration within Canadian integrative health care clinics through the lens of the Relationship-centered care model. **Journal of Interprofessional Care**, v. 25, n. 2, p. 124-30, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/49706244_Inter-professional_collaboration_within_Canadian_integrative_health_care_clinics_through_the_lens_of_the_Relationship-centered_care_model>. Acesso em: 10 de abril de 2020.

19 HAMMICK, M. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. **Med Teach**, v. 29, n. 8, p. 735-751, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18236271>. Acesso em: 10 de abril de 2020.

20 REEVES, S. *et al*. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **Cochrane Database Syst Ver**, v. 28, n. 3, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23543515>. Acesso em: 10 de abril de 2020.

21 CAVEIÃO, C. *et al*. Compreensão dos acadêmicos de enfermagem sobre trabalho colaborativo. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4796-4802, 2016.

Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4332/pdf_1>. Acesso em: 10 de abril de 2020.

22 PEREIRA, M. F. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. **Interface comunicação, saúde e educação**, v. 22, n. supl. 2, p. 1753-1756, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1753.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2020.

23 CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). **A national interprofissional competence framework**. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010.

24 PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T.; LEONELLO, V. M. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: Paulina Kurcgant. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 103-114.

25 GOLDMAN, J.; KITTO, S.; REEVES, S. Examining the implementation of collaborative competencies in a critical care setting: Key challenges for enacting competency-based education. **Journal of Interprofessional Care**, v. 32, n. 4, p. 407-415, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820.2017.1401987?journalCode=ijic20>. Acesso em: 10 de abril de 2020.

26 MESQUITA-LAGO, L. P. *et al*. A análise de práticas profissionais como dispositivo para a formação na residência multiprofissional. **Interface comunicação, saúde e educação**, v.

22, n. supl. 2, p. 1625-1634, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1625.pdf>. Acesso em: 10 de abril de 2020.

27 PANIZZI, M. *et al*. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro/RJ, v. 41, n. 112, p. 155-170, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41n112/155-170/pt>. Acesso em: 08 de abril de 2020.

Capítulo 9

A SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UM PANORAMA SOBRE OS AGENTES E SUAS AÇÕES

Débora Thaise Freires de Brito, Bruna Araújo Pires, Emmelly Rhayssa Costa de Souza, Andreia Marinho Barbosa, Robson da Fonseca Neves

1 INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador (ST) consiste em um campo do conhecimento que reconhece o trabalho como determinante do processo saúde-doença e está conectado a um corpo de práticas político-ideológicas e de saberes interdisciplinares que se destinam à promoção, à proteção e à recuperação da saúde dos trabalhadores, por meio de ações de vigilância dos riscos e agravos à saúde dos trabalhadores.[1,2]

No Brasil, a ST surge em meados dos anos 1970, como reflexo de demandas do setor da saúde, sob influência do movimento da Medicina Social latino-americana e da experiência italiana da reforma sanitária, visando à melhoria das condições de trabalho e vida dos trabalhadores. Vale salientar que as propostas da reforma sanitária se concretizaram na universalidade do direito à

saúde e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS)[3], na Constituição Federal de 1988, a qual atribuiu ao SUS a responsabilidade pela atenção à ST, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde nº8.080 de 1990. Com a publicação da portaria nº2.669 de 2009, a ST se tornou uma das prioridades no Pacto pela Saúde, na dimensão pacto pela vida, para o biênio 2010-2011.[4-6]

Com o objetivo de integrar os serviços de saúde e criar políticas públicas para o fortalecimento do campo da ST no SUS, em 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a qual tem o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) como responsável por garantir a atenção integral aos trabalhadores, por meio da articulação entre ações intra e intersetoriais e de fornecer suporte técnico e pedagógico à Atenção Primária à Saúde (APS), serviços de urgência e emergência e serviços de média e alta complexidade, visando à promoção, vigilância e assistência aos trabalhadores.[7-9]

A APS é considerada prioritariamente a porta de entrada das Redes de Atenção à Saúde (RAS), ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, assumindo papel importante no desenvolvimento de ações no campo da ST, uma vez que tem potencial para levar o cuidado ao mais próximo das pessoas e da

sua situação em relação ao trabalho no cotidiano e assim intervir sobre as condições de saúde delas.Com isso, é possível dar visibilidade a uma gama maior de trabalhadores formais, informais e desempregados do território.[1,10]

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), publicada em 2012, reforça que as ações de ST sejam desenvolvidas junto à APS e define os princípios, diretrizes e estratégias a serem observados pelas três esferas da gestão dos serviços de saúde pública, para que estes se mantenham comprometidos com a atenção integral à ST. Além disso, ressalta a importância das ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) para sua efetiva implementação, por meio da inspeção em ambientes de trabalho. Essas ações têm caráter processual, educativo, interdisciplinar e intersetorial, nas quais deve haver a participação dos trabalhadores.[2,5,10]

Assim, a PNSTT traz um novo olhar em relação ao trabalhador, na qual as ações de ST vão desde o mapeamento das atividades produtivas no território até o desenvolvimento de estratégias de capacitação e Educação Permanente (EP) para as equipes da APS.[11]

Diante desse panorama e de sua importância no contexto atual, objetivou-se neste estudo sistematizar, caracterizando e

descrevendo, os principais temas que têm sido abordados na literatura científica, acerca de ST na APS.

2. METODOLOGIA

O presente estudo baseou-se na proposta de Arksey e O'Malley[12], para mapear uma literatura de destaque na área de interesse, a qual é composta das seguintes etapas: 1) Identificar a questão da pesquisa; 2) Identificar os estudos relevantes; 3) Selecionar os estudos; 4) Mapear os dados; 5) Agrupar, resumir e relatar os resultados.

A busca foi realizada nas bases de dados da Literatura Latino-Americanae do Caribe em Ciências da saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Scopus. Foram utilizados os seguintes descritores e o operador boleano: saúde do trabalhador AND atenção primária à saúde, sistema único de saúde, PNSTT, vigilância em saúde do trabalhador e seus correlatos em inglês. Forem utilizados como critérios de inclusão: estudos realizados no Brasil, publicados entre os anos de 2009-2019, com abordagens quantitativa e/ou qualitativa, que tratavam da ST na APS, publicados nas bases citadas ou encontrados na literatura cinzenta, os quais responderam ao

objetivo da pesquisa. Foram excluídos artigos de revisão e estudos que tratavam da saúde dos profissionais da APS.

Para a identificação dos estudos que poderiam ser incluídos, três pesquisadores realizaram a leitura criteriosa do título e o resumo de todas as publicações localizadas pelas estratégias de busca. Para eleger as publicações que entrariam na revisão final, efetuou-se, na íntegra, a leitura do material selecionado acima. Para que a publicação fosse eleita para a revisão, precisava tratar de práticas em saúde do trabalhador no território da APS.

Foram encontrados 511 artigos e quatro dissertações. No processo de remoção de duplicatas, foram excluídas 17 publicações, restando, portanto, 498 documentos, cujos títulos e resumos foram lidos. Após esse procedimento, foram excluídas 479 publicações que não atenderam aos critérios de inclusão. Ao final desse processo, restaram 19 publicações que compuseram esta revisão, constituída por 17 artigos e duas dissertações.

Em seguida, foram estruturadas as seguintes temáticas para análise das ações: Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT); Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT); Apoio Matricial (AM) em ST; Formação Profissional e Educação Permanente em ST.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (VISAT)

A VISAT possui papel proativo, preventivo e educativo no âmbito do SUS, o qual busca promover a ST e prevenir o seu adoecimento, por meio de um processo de acompanhamento contínuo e sistemático nos espaços laborais e sobre os processos produtivos.[13,14]

Entretanto, verificou-se que as condições de trabalho têm sido desconsideradas no processo de investigação como desencadeador das situações que provocam adoecimento do trabalhador, principalmente nas violências psicológicas[1,13,15].

As práticas de vigilância, baseadas no contexto de saúde da população, ainda se apresentam como ações pontuais, sendo as da VISAT mais escassas ainda, o que reforça a necessidade de estabelecimento de parcerias com outros pontos da atenção[16,17].

Em relação às ações de vigilância desenvolvidas no âmbito da ST, percebe-se, nos estudos, o registro de agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Vigilância Epidemiológica; as intervenções nos locais de trabalho; o mapeamento dos processos produtivos; o diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores; o reconhecimento do usuário-trabalhador e da relação trabalho-saúde-doença e a atuação por meio de grupos[15-17].

No estudo de Maturino, Fernandes e Rêgo[5], verificou-se que as inspeções nos ambientes de trabalho ocorreram para realizar mapeamento de risco dos processos produtivos e verificar o cumprimento de recomendações de controle. Durante todas as inspeções, houve participação de trabalhadores como informantes, corroborando o artigo nº6 da PNSTT, que mostra a importância de escutar os trabalhadores. Já Maciel[18] enfatiza que a vigilância é ineficiente sem a participação dos trabalhadores.

É oportuno enfatizar que os trabalhadores devem ser encaminhados aos CEREST ou a outros serviços, se necessário, quando se esgotarem todas as possibilidades de se estabelecer o nexo causal dos agravos apresentados.[19]

Observou-se que, dos casos de trabalhadores que sofreram Acidentes de Trabalho (AT) ou possuíam doenças relacionadas ao trabalho, os quais também foram atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), apenas 4% eram notificados, percentual relacionado exclusivamente aos trabalhadores formais, colocando em relevo a invisibilidade dos trabalhadores informais[17].

As notificações de violências, AT e doenças relacionadas ao trabalho são consideradas uma estratégia essencial para o desencadeamento de ações de promoção e prevenção da ST, uma

vez que, durante as inspeções aos ambientes laborais, é possível observar casos que são negligenciados[19].

Entretanto, são notáveis as dificuldades para se chegar ao nexo causal entre saúde e trabalho, as quais consequentemente contribuem para a subnotificação[1,20,21]. Essa subnotificação leva a um distanciamento da realidade, o que fragiliza o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de vigilância na ST.

Nessa perspectiva, nota-se, a partir da literatura analisada, que as ações em VISAT, apesar de serem realizadas muitas vezes de forma pontual e com base na lógica da investigação feita no chão de fábrica, têm sido executadas de acordo com o proposto pelo campo da ST. Entretanto, é primordial ressaltar que a APS necessita redesenhar sua prática a partir das singularidades do território e de seus determinantes sociais e ampliar e executar as ações de ST de maneira mais efetiva, contínua e sistemática em sua área de abrangência.

3.2 SAÚDE MENTAL RELACIONADA AO TRABALHO (SMRT)

A reestruturação da economia tem proporcionado alterações no perfil de morbimortalidade da população trabalhadora, uma vez que o trabalho passou a exigir maior envolvimento da subjetividade das pessoas, o que vem refletindo em demandas de saúde diversificadas e desafiadoras para o sistema público[2,7,13].

O enfrentamento aos agravos à SMRT é muito fragilizado, pois o nexo causal entre adoecimento mental e condições de trabalho existentes atualmente ainda é considerado um desafio para os profissionais de saúde[1,13].

Destaca-se que, em virtude do aumento no número de situações de Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho (TMRT), a RENAST tem induzido a implantação da vigilância em SMRT. Entretanto, ainda são poucos os estudos que trazem esse panorama, sendo perceptível a fragilidade no engajamento político e técnico nas ações de SMRT, uma vez que não há investimento em ações de promoção e prevenção da saúde nessa área.[22]

É preciso que os profissionais de saúde da APS e também de outros serviços compreendam que o adoecimento mental pode ser desencadeado ou agravado pelo trabalho; também é necessário que criem estratégias para enfrentar as condições precárias existentes nos espaços laborais[13].

Salienta-se que a limitação no processo formativo dos profissionais de saúde pode ser um contribuinte para que a SMRT seja marginalizada durante as abordagens e ações na APS, o que contribui para que o trabalho seja negado como lócus de produção de subjetividade e consequentemente de transtornos mentais[7,8].

Em relação às ações em SMRT, foram identificadas nos estudos[13,22]: a criação de grupos para problematizar situações no trabalho; atividades educativas sobre assédio moral; o apoio ao desenvolvimento de associações que reivindiquem reparações de danos advindos do trabalho e o desenvolvimento de oficinas de trabalho e geração de renda nos moldes da economia solidária[13,22].

No que compete às ações realizadas na experiência com os CEREST, Cardoso e Araújo[7] destacam as ações de assistência para estabelecimento do diagnóstico e o encaminhamento de casos de TMRT para a Rede de Atenção Psicossocial (RAP's), para determinação do nexo. Entretanto, o que se observa na prática é que a rede de ST e a de saúde mental não possuem um bom fluxo, dificultando a comunicação entre ambas, o diagnóstico correto, a prescrição terapêutica adequada e a garantia dos direitos

sociais[1,7,8]. Fazer o diálogo entre saúde mental e trabalho é outro desafio para a APS.

3.3 APOIO MATRICIAL (AM) EM ST

O AM é uma metodologia que tem possibilitado a qualificação do processo de cuidar no campo da ST. O cuidado, por sua vez, dá-se de forma interdisciplinar e em relações horizontalizadas de corresponsabilização sanitária entre matriciadores e Equipe de Referência(ER), o que tem facilitado a articulação entre a ESF e CEREST, pois as equipes, por meio das discussões e atendimentos compartilhados, aprendem a reconhecer e a atuar na ST[9,10,13].

Foram identificadas algumas estratégias que colaboram para a efetivação das ações de matriciamento pelo CEREST, como a participação nas reuniões de colegiados dos coordenadores e de equipes das unidades de saúde; a discussão de casos atendidos nos serviços; a articulação entre referência e contrarreferência; a educação permanente em saúde e o desenvolvimento de ações conjuntas no território[19].

Souza e Bernardo[13] apontam em seu estudo, como ações de matriciamento, as agendas com os psicólogos da APS para tratar da relação entre adoecimento mental e trabalho; os encontros com os agentes do município responsáveis pelo tratamento de

pessoas com TMRT; formações sobre notificação dos TMRT no SINAN e a elaboração e entrega de material educativo para diversos pontos da rede de saúde da cidade.

Lazarino, Silva e Dias[10] acrescentam que as reuniões de matriciamento possibilitaram um novo olhar sobre o trabalho, como determinante do processo saúde-doença, contribuindo para a diminuição dos encaminhamentos ao CEREST, para as ações de vigilância e para a criação de vínculo entre os profissionais.

No que tange às dificuldades e aos desafios encontrados pelos profissionais para prestar AM, estudos[9,10] apontam como obstáculos: a sobrecarga de trabalho; o número insuficiente de profissionais; a falta de periocidade dos encontros devido à incompatibilidade de agendas entre os serviços; o déficit de conhecimento dos profissionais para atuar em ST e a rotatividade desses trabalhadores, interferindo na continuidade e efetividade das ações.

Cabe ressaltar que, para a efetiva implementação das ações em ST, é necessária a integração do sistema para além de uma parceria entre ESF e CEREST, como envolvimento dos trabalhadores de saúde e, principalmente, o reconhecimento da interdisciplinaridade.

3.4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ST

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) traz em seu arcabouço que os processos formativos devem ser embasados no processo de trabalho das equipes e na realidade da população adscrita. Contudo, ainda existe a prática de ensino-aprendizagem unilateral e hierárquica, no desencontro da propostado matriciamento.[10]

Em relação às ações desenvolvidas por profissionais da ESF em ST, um estudo[2] identificou a necessidade de EP nessa área, uma vez que os entrevistados afirmaram que a falta de conhecimento sobre o assunto é considerada um impedimento, ao mesmo tempo em que serve como justificativa para a não realização das ações.

No estudo de Mori e Naghettini[21], que buscou investigar o conhecimento de profissionais da ESF sobre doenças ocupacionais, verificou-se que os mesmos têm dificuldade em conceituá-las e associam isso ao déficit de formação profissional na área, acarretando incipiência de ações voltadas para os trabalhadores.

O que tem se notado é o baixo investimento da gestão municipal em ações de EP e consequentemente na formação de profissionais mais qualificados para o cuidado à ST.

Aponta-se também a necessidade de qualificação dos profissionais que estão na linha de frente do matriciamento, o que pode ser comprovado em um estudo[10] que observou que alguns desses profissionais não se sentem preparados para exercer a função de apoiadores, gerando o sentimento de insegurança perante os encontros de matriciamento.

A fragilidade na abordagem de conceitos e ferramentas do campo da ST nos cursos de graduação e pós-graduação foi apontada em estudos[10,20] como possível justificativa para ações pontuais em ST.

Nos estudos[20,21] foram encontradas as seguintes sugestões para aperfeiçoar o entendimento dos futuros e atuais profissionais de saúde, sobre a influência do trabalho na ST: melhorar a abordagem e a carga horária da disciplina de ST nas graduações e pós-graduações; incorporar o tema no processo de EP; realizar intercâmbio de experiências bem sucedidas e despertar o interesse da gestão do município e dos profissionais para a vivência do campo saúde-trabalho, com intuito de

melhorar o acolhimento ao trabalhador e as ações de prevenção, assistência e vigilância em ST.

Além disso, a territorialização tem sido apontada como uma facilitadora para a sensibilização dos profissionais quanto ao reconhecimento do usuário como trabalhador, uma vez que contribui para a identificação dos agravos a saúde proveniente dos processos produtivos[2,23].

Observa-se, a partir desse contexto, que a questão do processo formativo fragilizado em ST, seja na graduação, na pós-graduação ou no programa de EP dos serviços de saúde, é fortemente enfatizado nos estudos analisados, o que pressupõe que a base de mudanças na rotina de cuidados à ST deva incluir também esse ponto.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da literatura analisada, observou-se que a produção de estudos que tratam da ST na APS ainda é escassa. Porém, os temas encontrados possuem grande relevância, os quais, em sua maioria, são tratados dentro do arcabouço teórico que orientam a PNSTT.

Entretanto, ressalta-se que as ações em ST ainda não foram implementadas de forma plena e efetiva pelos serviços de saúde,

sendo ainda fortemente influenciadas por práticas exportadas da indústria e da empresa para aplicação no território da APS, sem levar em consideração suas singularidades e implicações para a coletividade.

Observou-se que a maioria das ações realizadas ainda se desenvolvem de maneira pontual, o que presume a necessidade de maior responsabilização da APS com o trabalhador e com o trabalho no seu território. Para tanto, a territorialização pode ser uma potente ferramenta para a longitudinalidade do cuidado, se alinhada a outras ferramentas disponíveis na APS.

Por fim, é oportuno salientar que a ST não se limita à área da saúde e também necessita do apoio e articulação de outros campos de conhecimentos e setores sociais, em uma compreensão transdisciplinar, para que ocorra a atenção integral à ST.

REFERÊNCIAS

1 MELO, C.F.; CAVALCANTE, A.K.; FAÇANHA, K.Q. Invisibilização do adoecimento psíquico do trabalhador: limites da integralidade na rede de atenção a saúde. **Trab Educ Saude**, v.17, n. 2, p. 1143-1150, 2019.

2 SILVA, A.; FERRAZ, L.; RODRIGUES-JUNIOR, S.A. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no

município de Chapecó, Santa Catarina. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v. 41, e.16, p. 1-9, 2016.

3 DIAS, E.C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 817-827, 2005.

4 BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

5 MATURINO, M.M.; FERNADES, R.C.P.; RÊGO, M.A.V. A atuação do SUS na Vigilância de ambientes de trabalho: a experiência do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Cesat) nA Bahia. **Rev. Bras. Saúde Ocup** , v. 43, e. 10, p. 1-13, 2018.

6 BRASIL. Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. **Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

7 CARDOSO, M.C.B.; ARAÚJO, T.M. Atenção aos transtornos mentais relacionados ao trabalho nas regiões do Brasil. **Psicol Soc**, v. 30, e163746, p. 1-11, 2018.

8 CARDOSO, M.C.B.; ARAÚJO, T.M. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, [s.l.], v. 41, e. 7, p. 1-14, 2016.

9 SANTOS, A.P.L.; LACAZ, F.A.C. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de

Amparo/SP. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 5, p.1143-1150, 2012.

10 LAZARINO, M.S.A.; LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E.C. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v. 44, e. 23, p. 1-8, 2019.

11 BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

12 ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework.**Int J Social Res Methodol,** v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005;

13 SOUZA, H.A.; BERNARDO, M.H. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v.44, e. 26, p. 1-8, 2019.

14 VIANNA, L.C.R.; FERREIRA, A.P.; VASCONCELLOS, L.C.F. Vigilância em Saúde do Trabalhador: um estudo à luz da Portaria nº 3.120/98. **Saúde Debate**, v. 41, n. 114, p. 786-800, 2017.

15 PINTOR, E.A.S.; GARBIN, A.C.; Notificações de violência relacionadas ao trabalho e vigilância em saúde do trabalhador: rompendo a invisibilidade. **R Rev. Bras. Saúde Ocup**, v.44, n. 20, p. 1-9, 2019.

16 AMORIM, L.A. *et al.* Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da

Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 10, p.3403-3413, 2017.

17 BALISTA, S.R.R.; SANTIAGO, S.M.; CORRÊA FILHO, H.R. A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v. 36, n. 124, p.216-226, 2011.

18 MACIEL, T.R.S. **Análise das ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos CEREST da Região Centro-Oeste do Brasil.** 2014. 71 f. Dissertação (Mestrado) - Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014.

19 DIAS, M.D.A; BERTOLINI, G.C.S.; PIMENTA, A.L. Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trab Educ Saúde**, v. 9, n. 1, p.137-148, 2011.

20 SILVA, T. *et al.* Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface,** v. 18, n. 49, p.273-288, 2014.
21 MORI, E.C.; NAGHETTINI, A.V.Formação de médicos e enfermeiros da estratégia Saúde da Família no aspecto da saúde do trabalhador. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, p.25-31, 2016.

22 CONCIANI, M.E.; PIGNATTI, M.G. Concepções e práticas de vigilância em saúde mental relacionada ao trabalho. **Espaç. saúde (Online).**, v. 16, n. 2, p.45-55, 2015.

23 PESSOA, V.M. *et al.* Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 8, p.2253-2262, 2013.

Capítulo 10

FRAGILIDADES E DESAFIOS NA ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ACESSIBILIDADE ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UM ESTUDO TEÓRICO REFLEXIVO

Maria Joyce Tavares Alves, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

1 INTRODUÇÃO

O acesso à saúde pode influenciar, de maneira importante, diversas circunstâncias da vida em sociedade, sendo determinante fundamental para a dinâmica demográfica, impactando nos índices de mortalidade e de expectativa de vida. É uma questão essencial a ser trabalhada no sistema de saúde, mediante ações ligadas à forma como os serviços são organizados. Essas ações são determinadas desde a entrada do usuário na rede de atenção até sucessivo acesso ao cuidado no decorrer do tratamento[1] e demais amparos necessários à integralidade.

É indiscutível a importância da abrangência e a facilitação nos processos de acessibilidade dos atores sociais frente aos serviços de saúde, dispostos nas políticas públicas. O que norteia as

reflexões do presente estudo é a busca por uma compreensão objetiva sobre a realidade vivenciada pelos brasileiros, diante da disposição de acesso universal e integral à saúde, conforme inserido na Constituição.

Para tanto, considera-se o acesso à saúde como direito amparado em todas as esferas sociais, nas quais os determinantes da saúde estão interligados e influenciam direta e qualitativamente na vida da população, na perspectiva do conceito ampliado de saúde, que requer um cuidado integral, sob o paradigma da promoção de saúde. Como recorte e aprofundamento, discutiremos sobre o acesso às políticas públicas, sob a ótica do princípio da universalidade, ligada ao uso dos serviços e programas do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS DISPOSTOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Ao longo dos anos, houve muitas lutas sociais, mudanças de planejamentos e modificações estruturais na construção e instituição da política de saúde brasileira, determinantes que fundamentaram um plano suficientemente sólido para modificar o cenário da saúde no país, o que se torna possível a partir da

inserção da saúde na Constituição Federal de 1988, a qual se apresenta como direito de caráter universal e dever constitucional nas três esferas de governo[2].

Desde então, políticas públicas de saúde são criadas através de ações, programas ou decisões tomadas pelo governo, que contam com a participação da sociedade para garantir o direito a um determinado serviço assegurado para todos os cidadãos, independentemente de características físicas, mentais, religiosas ou sociais.

Em seguida, devem ser acompanhados os processos pelos quais as políticas públicas estão sendo implementadas, ressaltando-se que os serviços e direitos à saúde são disponibilizados e viabilizados à população através do SUS, obedecendo aos princípios e diretrizes de maneira universal e gratuita[3].

No decorrer desses 30 anos de SUS, ocorreram muitas conquistas, mas o destaque na sua implantação se deu pelas intensas modificações no acesso à saúde da população. Houve diversas ampliações, desde as ofertas de serviços à disponibilidade de acesso a profissionais de saúde qualificados, questões que modificaram o cenário da saúde no Brasil. O SUS é bem estruturado e eficaz, entretanto a efetividade do acesso às

práticas de atenção depende de variáveis importantes, a exemplo de recursos financeiros e de uma gestão comprometida com a organização dos serviços[4]. Frente a isso, é inevitável a ocorrência de questionamentos acerca das condições atuais de acessibilidade dos atores sociais aos serviços de saúde.

Fleury[5] explica que, mesmo que a igualdade não seja criada pela lei, ela é necessária para ser concretizada. O contexto brasileiro não difere disso, apenas mostra que a legalidade de uma proposta não é capaz de *per si* garantir uma implementação conforme disposto nos princípios das políticas, inclusive na saúde.

Sob tal perspectiva, surgem inquietações e decorrentes indagações: "o acesso dos usuários aos serviços, conforme o que está disposto nas políticas públicas de saúde no Brasil, está sendo suficiente?"; "Existe realmente um planejamento de métodos eficazes para o alcance das políticas e acesso aos serviços pela população?". Sabe-se, portanto, que há dúvidas a respeito do acesso a determinados serviços importantes, capazes de solucionar problemas de saúde, pois persistem muitas restrições e barreiras no sistema, principalmente mediante as formas e processos de disponibilização[6].

São sérias as dificuldades encontradas no acesso popular a ações e serviços de saúde, o que se torna um significativo desafio a ser vencido pelo próprio sistema. Dessa forma, percebe-se que é preciso encontrar os pontos de fragilidades no sistema, para que possam existir retificações efetivas, com a finalidade de solucionar os problemas. Isso só será possível ao ser observada diretamente a vivência popular e ao considerar o contexto das pessoas em suas distintas realidades como atores sociais, respeitando o princípio da equidade[7].

3 AS PRINCIPAIS FRAGILIDADES E DESAFIOS POSTOS AO ACESSO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE

Um dos maiores problemas de acesso está na gestão dos serviços, considerando que as questões políticas governamentais interferem significativamente no fluxo das atividades setoriais. Isso pode ser observado na grande rotatividade entre os gestores de saúde, mediada pela dinâmica de escolha dos cargos, que ocorre na dependência de determinações políticas partidárias e eleitorais[8].

A rotatividade de gestores e de profissionais pode ser vista como uma das vulnerabilidades que dificultam o bom andamento das ações e dos serviços de saúde, o que proporciona uma difícil

continuidade do trabalho desenvolvido. Quando o gestor começa a apropriar-se das necessidades e peculiaridades da população, assim como dos entraves no sistema, ocorrem novas eleições e, consequentemente, troca de cargos[9].

É evidente, ainda, que uma alta rotatividade diminui os vínculos entre gestão, profissionais da saúde e população, gerando uma relação de pouca confiança, por vezes, problemática, que impacta, mesmo indiretamente, no acesso da população aos serviços. Isso se dá tanto pela grande variação de profissionais, quanto pelos excessivos processos de adaptação, ocasionando, por vezes, a falta de eficiência durante o atendimento. Todos esses fatores interferem na integralidade da assistência e na qualidade do acesso[10].

Outra variável a ser considerada é a forma como o próprio sistema gera subsídios para que o acesso aos serviços dispostos nas políticas públicas seja facilitado. É possível que o sistema estruture uma dinâmica perfeita de acesso em seu planejamento, mas que não esteja de acordo com as subjetividades das dificuldades impostas pela realidade da população.

Embora constitucionalmente a saúde seja considerada "um direito de todos e dever do Estado"[2], o Estado brasileiro, por meio das três instâncias de poder, ainda não consegue assegurar que o

SUS subsidie condições objetivas de sustentabilidade econômica e científico-tecnológica. Uma perspectiva complexa de aspectos implicados na gestão dificulta o acesso aos serviços, como a falta de profissionais especializados; o uso indevido de ambientes públicos de saúde para fins privados e partidários; as excessivas nomeações de cargos de confiança, entre outras questões[11].

Observou-se que, entre as tantas barreiras encontradas no acesso aos serviços, estão o quantitativo insuficiente de profissionais e a ausência de preparo técnico-assistencial adequado às necessidades da população; a inadequação de transportes públicos no direcionamento aos estabelecimentos de saúde; a existência de Unidades Básicas de Saúde em locais impróprios, assim como a delimitação inadequada dos territórios adscritos[6, 12]. Mais uma vez, é perceptível que não há uma compreensão direcionada às singularidades de muitos territórios.

Infelizmente, a produção das ações de saúde ainda é estruturada em meio a diversas políticas de confrontos de interesses, desde a produção até a distribuição da assistência. Assim, a rede acaba tornando-se insuficiente e subutilizada, por não serem consideradas a multiplicidade de demandas da população. As dificuldades acumulam-se com o passar do tempo,

pois existe uma disparidade entre o que está disponível e o que realmente é preciso no serviço. Seguindo esse sistema, consequentemente não há meios de acessibilidade a vários serviços[13].

No que diz respeito à universalidade na disponibilização das ações e dos serviços de saúde, os usuários consideram que a acessibilidade ocorre de maneira bastante burocrática, assim a crença e a fé no divino e a convicção da sorte são agentes facilitadores no processo de obtenção do serviço de saúde[14]. Já os profissionais culpabilizam os usuários pelo uso inadequado do sistema, devido aos obstáculos em trabalhar com a hierarquia dos serviços de atenção[15]. Esses desafios postos no sistema de saúde impulsionam os usuários à preferência por acreditar em elementos imponderáveis, que estão além do controle humano, a confiar em um direito garantido por lei.

Ainda sobre a acessibilidade universal aos serviços na rede de saúde, Reigada e Romano[16] apresentam discurso dotado de um olhar totalmente diferenciado sobre o assunto, no qual uma das principais variáveis é a dificuldade do sistema em atingir as classes médias altas da sociedade, de modo que as classes baixas são as mais presentes nas instituições de saúde públicas. Enfatizam também a resistência do público com melhores

condições econômicas em acreditar na eficiência do sistema, preferindo optar por serviços privados.

Em contrapartida, a população de classes menos favorecidas economicamente tem, muitas vezes, o SUS como única opção, agradecendo por "ter direito" a ele e por conseguir o atendimento. No entanto, a referida população pontua várias necessidades de melhorias estruturais e de acesso que devem ser ouvidas e consideradas pelos que trabalham na assistência, sejam gestores ou demais profissionais de saúde.

Em meio a tantas discussões, mostra-se indispensável haver uma participação mais efetiva dos atores sociais na organização e fiscalização da sistemática de acessibilidade aos serviços, seguindo o propósito de tornar a atuação do sistema efetivamente universal.

Ainda no que diz respeito aos fatores que comprometem o princípio de direito universal de igualdade de acesso às ações e aos serviços de saúde, Paim[11] refere a insuficiência da infraestrutura pública, além de questões como ausência de planejamento, impasses para orientação da montagem de redes e dificuldade para modificar as práticas de saúde já existentes, como pontos que merecem atenção.

Enfatiza-se que não está em questão a qualidade do sistema em si, da estrutura, ou dos serviços que são oferecidos como um direito da população, mas sim a necessidade de um olhar mais sensível quanto à materialização de uma sistemática de acessibilidade que aproxime a saúde dos atores sociais, ao facilitar o acesso às ações instituídas nas políticas públicas.

Além dos insuficientes recursos, existem complexidades do processo que constituem como um verdadeiro desafio manter funcionando satisfatoriamente as redes de serviço, assim como é um problema o pagamento de remunerações aos trabalhadores, ou conseguir realizar ampliações de infraestruturas públicas com investimentos limitados. Ou seja, é preciso considerar também a existência de uma ameaça de capital que não está visível, quando comparado às filas e às queixas populacionais sobre ausência de profissionais, de outros serviços, ou de medicamentos. Essas são questões menos problematizadas e investigadas, mas que devem ser mencionadas[11].

No geral, a regulação do acesso com vistas a uma prática assistencial adequada é desafiadora, o que merece atenção e precisa ser superado. O processo de reestruturação e regulação do acesso aos serviços, por sua vez, pode ser um instrumento com capacidade para apresentar-se como grande marco na

realidade sanitária do país. Assim, criam-se possibilidades para que os gestores de todas as esferas de governo compreendam a regulação do alcance assistencial, que deve ir ao encontro das necessidades populares[17]. Um fluxo adequado de gestores com aptidão e responsabilidade no seguimento dos processos organizativos pode gerar um sistema de governança com regulação efetiva[18].

É fundamental evidenciar as lacunas existentes no serviço e as possíveis ferramentas que podem ser utilizadas para saná-las. Diante disso, a regulação do acesso é uma escolha interessante, desde que consiga alcançar a equidade na atenção à saúde. Questões como essa precisam ser encaminhadas para a reestruturação das formas de acessibilidade aos serviços do SUS, pois uma população com dificuldades de acesso demora mais para receber atendimentos, interferindo assim na qualidade de vida, na saúde e no bem estar[19].

Ao contrário do que muitas pessoas acreditam, os problemas de acesso aos serviços apresentados em políticas públicas no SUS não podem ser resolvidos com imposição de parâmetros arbitrários aos prestadores de serviços. A lógica que organiza a rede deve ser repensada, para trabalhar no desenvolvimento e investimento de novas estratégias para a saúde.

Cada prática é composta por uma multidimensionalidade de aspectos incorporados na pretensão de ampliar a assistência[20], como por exemplo, uma orientação sobre parâmetros assistenciais, epidemiológicos, relacionados às carências na saúde dos atores sociais, bem como o que diz respeito à elaboração de guias de conduta clínica, com metodologia explicitada[21].

4 POSSIBILIDADES E ENCAMINHAMENTOS PARA A MELHORIA DO ACESSO ÀS POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Miranda, Mendes e Silva[22] esclarecem que, subsidiando a consolidação das redes de atenção à saúde e da organização conformacional dos territórios de base populacional, é possível atender às demandas de acesso do sistema de saúde. Porém, esse trabalho depende do forte estabelecimento dos pactos e da intermediação de confrontos políticos entre as três esferas de governo para serem considerados fatores efetivos de resolução.

Mendes[23] concorda com a importância de reforçar a contribuição essencial das redes de saúde na organização do acesso ao serviço, sem perder de vista a integralidade. Essas redes são coordenadas pela atenção primária à saúde – principal

porta de entrada no acesso aos serviços –, a fim de orientar os pontos de atenção e sistemas de apoio, a governança e a logística.

Além disso, com o objetivo de alcançar melhorias na qualidade do acesso à assistência, deve-se amadurecer a ideia de introduzir modificações em uma cultura organizacional pré-existente, no sentido de que uma gestão precisa ser organizada seguindo o princípio do benefício a ser gerado ao usuário do serviço[24].

Entre as tantas mudanças necessárias para um acesso melhorado à saúde no SUS, são fundamentais as alterações gerenciais e de financiamento[4], essenciais para reestruturar uma cultura organizacional, sem reorganizar a cadeia produtiva. Gerir a reorientação dos serviços de saúde públicos com vistas a qualificar o acesso e assistência prestados é um desafio considerável, principalmente para a gestão[25].

Imaginando uma possível reestruturação na organização do acesso à saúde mediante os desafios que o SUS e suas políticas enfrentam hoje, é interessante que se considerem as dimensões explicativas de análise sobre o acesso à saúde colocadas por Assis e Jesus[13]: a dimensão política; a econômico-social; a organizacional; a simbólica e a técnica, entendendo-se que não existem resultados satisfatórios advindos de ofertas pontuais que

não oferecem espaço para visualizar o usuário do serviço holisticamente, dentro de um todo que o rodeia[26]. Ou seja, reforça-se que é preciso observar as dimensões de acesso dentro das necessidades de serviço da população.

Não adianta apenas conhecer os problemas existentes, é necessário mesclar o conhecimento do todo com as ações resolutivas. Para isso, o sistema público precisa de usuários, profissionais e gestores qualificados, que compreendam como agir de maneira flexível, em todo o processo de organização, estruturação, planejamento e avaliação das práticas de serviço. É necessário haver uma orientação mediante questões técnico-científicas, assim como político-institucionais para que sejam formulados programas e projetos de intervenção[19].

Seguindo um ponto de vista funcional, o que a população precisa é de uma oferta de serviços contínuos, oportunos para as demandas inerentes em cada território, capazes de atender às realidades locais, mantendo a integralidade de acesso em todos os níveis de atenção[27].

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não obstante as diferentes percepções e contribuições dos autores, estabelece-se a compreensão de que a participação dos atores sociais na organização dos planejamentos e na estruturação de serviços está relacionada às políticas públicas de saúde, justificando-se no pensamento de que os próprios usuários do sistema precisam conhecer melhor suas necessidades e dificuldades de acesso.

Além disso, é evidente que existem muitas fragilidades no processo de acessibilidade ao sistema de saúde público brasileiro. Nesse sentido, a própria literatura aborda muitos desafios que devem ser observados para que sejam considerados nas implementações e nas revisões sistemáticas das políticas, visto que são pesquisas realizadas geralmente com a própria população que sofre com a dificuldade de acesso.

Entre os maiores déficits citados na literatura, os mais abordados são relacionados ao mapeamento e à dinâmica de regionalização dos estabelecimentos de saúde; à qualidade da assistência prestada por muitos profissionais não capacitados para as demandas do território; à disponibilidade para marcação de exames em especialidades; à suficiência no quantitativo de profissionais da saúde; à rotatividade de gestores e profissionais;

ao financiamento para gastos públicos de saúde, entre outros com igual importância, porém menos comentados.

Existem muitas sugestões cabíveis a uma temática de tamanha relevância com problemáticas vigentes, no entanto nenhuma pode ser suficientemente efetiva se não partir do princípio da visualização com enfoque social. Não é necessário desviar a atenção dos pontos intrínsecos necessários ao sistema de saúde para prestação do cuidado, contudo deve prevalecer a visão de um todo, com enfoque no ator social como ser dotado de singularidade.

Reforçamos que o SUS é um sistema de saúde como poucos no mundo, tanto por seu potencial, como pela qualidade de serviço, inegavelmente é uma conquista para o povo brasileiro. Entretanto, é necessário trabalhar contra os déficits encontrados ao longo do caminho, para que sua estrutura seja utilizada adequadamente, a começar do acesso às suas políticas e serviços. O serviço precisa chegar ao usuário para ser efetivo, integral e universal, seguindo o pensamento de Barata, Tanaka e Mendes[21]: "queremos aperfeiçoar a universalidade".

REFERÊNCIAS

1 SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 7, p. 757-76, 2002.

2 BRASIL. **Constituição de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

3 LUCCHESE, P. T. R. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

4 VIACAVA, F. *et al*. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

5 FLEURY, S. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

6 OLIVEIRA, R. A. D. *et al*. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019.

7 GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis Rev. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.

8 LORENZETTI, J. *et al***.** Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014.

9 PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y.; SPEDO, S. M. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 927-938, 2009.

10 VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, 2015.

11 PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

12 SILVA, L. O. L. *et al.* Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. **Cogitare Enferm**., v. 16, n. 4, p. 654-60, 2011.

13 ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

14 PONTES, A. P. M. *et al*. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 3, p. 500-07, 2009.

15 OLIVEIRA, D. C. de *et al*. A universalização e o acesso à saúde: consensos e dissensos entre profissionais e usuários. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 483-490, 2017.

16 REIGADA, C. L. L.; ROMANO, V. F. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, 2018.

17 VALARINS, G. C. M. Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. **Com. Ciências Saúde**. v. 21, n. 1, p. 81-84, 2010.

18 BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 2016.

19 MARTINS, C.; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 4, n. 1., 2015.

20 TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estud. av.,** São Paulo, v. 30, n. 86, 2016.

21 BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. **15 anos do SUS: desafios e perspectivas**. São Paulo. Secretaria da Saúde, 2003.

22 MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 329-335, 2017.

23 MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

24 BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

25 SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev bras med fam comunidade,** Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 69-74, 2012.

26 MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MARACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-8, 2013.

27 RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

Capítulo 11

MÃE-GUIA: UMA CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA PARA A CARTOGRAFIA DE PRODUÇÕES DE CUIDADO

Tarcisio Almeida Menezes, Juliana Sampaio, Daniella de Souza Barbosa, Daniele Alves Peixoto, Luciano Bezerra Gomes

1 APRESENTAÇÃO

A produção de cuidado em saúde é agenciada por múltiplos atores e atrizes que, em relação, produzem diferentes ações em prol da vida[1].

Os serviços de saúde são campos de relações socioafetivas entre diversas pessoas, sendo elas trabalhadoras/es, gestoras/es, usuárias/os e suas respectivas redes de conexões sociofamiliares, que, convergindo ou não, constroem movimentos micropolíticos que além de produzir o cuidado, também disputam diferentes formas de compreendê-lo e operá-lo. Estas/es diferentes atrizes/atores colocam no jogo dessas relações suas trajetórias de vida, suas concepções de saúde e as maneiras de construí-las.

A existência de outras formas de compreender e intervir na saúde, a exemplo dos saberes populares, nos leva a perceber a

importância do diálogo entre as pessoas que participam das disputas dos planos de cuidado[2].

Quando reconhecemos o saber dessas pessoas, abrimos a possibilidade de aprendermos com elas sobre como constroem e operam seus modos de andar pela vida e como estes se relacionam com suas estratégias de cuidado de si e do outro. Assim, esse escrito objetiva propor algumas estratégias teórico-metodológicas que coloquem essas atrizes e esses atores como protagonistas nos estudos cartográficos dos modos de produzir cuidado em saúde, através da construção do conceito ferramenta "mãe-guia".

Essa proposição teórico-metodológica se origina a partir do desenvolvimento da pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo edital/chamada Nº35/2018, intitulado "Análise da implantação da rede de cuidados à saúde das pessoas com deficiência – os usuários, trabalhadores e gestores como guias", da Rede de Observatórios de Políticas Públicas, Educação e Cuidado em Saúde, coordenada pelo Prof. Dr. Emerson Elias Merhy.

Essa pesquisa está sendo construída em nível nacional e, na Paraíba, se desenvolve através do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde (GPECS), vinculado ao

Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (DPS/CCM/UFPB), do qual as/os autoras/es desse trabalho são integrantes.

A partir das experiências desse estudo cartográfico da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência na Paraíba (Rede PcD/PB), têm sido desenvolvidos vários produtos, dentre eles a presente discussão, que faz parte da dissertação de mestrado do primeiro autor deste capítulo, discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFPB.

Em nossa argumentação, vamos, inicialmente, discutir alguns conceitos ferramentas da pesquisa cartográfica que abrem caminho para um aprofundamento das possibilidades metodológicas com o usuário-guia. Em um segundo momento, apresentaremos a proposição do conceito ferramenta "mãe-guia" como um dispositivo potencial para conhecermos as produções de cuidado em saúde na Rede PcD/PB, mais especificamente em um Centro Especializado em Reabilitação do tipo IV (CER IV).

2 A CARTOGRAFIA, ALGUNS DE SEUS PRESSUPOSTOS E ESTRATÉGIAS: O USUÁRIO-GUIA

A pesquisa de orientação cartográfica acontece, antes de tudo, a partir de uma concepção de mundo que rompe com os paradigmas positivistas. O foco da cartografia é produzir visibilidades e dizibilidades aos processos micropolíticos construídos nos encontros intercessores de atores e atrizes que estão inseridos nos territórios físicos e existenciais, que se objetiva cartografar[3] não em sua funcionalidade, mas sim em sua expressividade enquanto lugar de passagem[4].

Diferente de outras abordagens de pesquisa, a cartografia põe em destaque efeitos, e não resultados, da pesquisa. O/a pesquisador/a cartógrafo/a, ao compor as cenas dos territórios em que se insere[5], compreende que os encontros que ali acontecem são produtores de efeitos e que sua participação nesses territórios será mais um elemento a compor esse cenário, não sendo possível, portanto, defender que sua postura será neutra[6]. Ou seja, ao produzir o conhecimento com (e não sobre) o território existencial pesquisado[7], o/a pesquisador/a também se implica intrinsecamente com seu objeto de pesquisa, ao ponto de se traduzir como sujeito pesquisador no mundo, *in-mundo*[8].

A/o cartógrafa/o, nesse processo de se in-mundizar, ou seja, de reconhecer seus atravessamentos e transversalidades nos encontros construídos no território, deve se "sujar" ao entrar em contato com o campo. Não é possível cartografar caminhos existenciais, desejos e furos produtores de vida estando "limpo" (neutro). É preciso assumir que também somos afetados para darmos visibilidade e podermos analisar as interferências que co-produzimos[9].

A pesquisa, nos moldes que estamos discutindo, se constrói rompendo com o lugar da "pesquisa intervenção", e assume a posição de "pesquisa interferência". O objetivo da/o cartógrafa/o ao utilizar sua caixa de ferramentas em uma pesquisa interferência não é produzir uma intervenção institucional, ou seja, um *a priori*, mas produzir e ser afetado por interferências que criam visibilidades e dizibilidades insuspeitadas, que surgem como "ondas ou ruídos em todas as direções"[10], com potência para gerar outras interferências que fazem "desandar o discurso institucional e pessoal, desconcertando a aparente estabilidade"[10] (p. 422).

A cartografia "não se propõe a representar, interpretar nem simbolizar, mas apenas a fazer mapas e traçar linhas, marcando suas misturas tanto quanto suas distinções"[11] (p. 109). Esses

mapas e linhas a serem traçados se referem a territórios existenciais que, segundo Deleuze e Guattari, nos segmentam por todos os lados e todas as direções. Isso se dá mediante a operação (macro e micropolítica) de três linhas constitutivas (molar, molecular e de fuga) dos processos de subjetivação, que devemos analisar, com seus caracteres e seus perigos, nos grupos ou indivíduos[12].

Quando pensamos na construção de estudos cartográficos no campo do cuidado, e tendo como plano de fundo nosso sistema público de saúde, percebemos a existência de inúmeras ações (institucionalizadas ou não) no ato de cuidar, executadas por trabalhadoras/es, gestoras/es, usuárias/os e seus familiares. A utilização de ferramentas metodológicas sensíveis aos movimentos, produzidos pelas pessoas que constroem as instituições, deve compor a caixa de ferramentas do/a pesquisador/a cartógrafo/a, que ao mergulhar nessas realidades será mobilizado/a à produção de novas visibilidades e dizibilidades[13].

A perspectiva da cartografia concebe que

> toda prática de saúde opera no campo dos processos de subjetivação, que a produção de cuidados opera por fluxos de intensidade e afetos que circulam entre usuários, trabalhadores e

> gestores envolvidos no processo saúde-doença-intervenção[14](p. 671).

Na cartografia, parte-se do que se tem (do que se sabe), para o que não se tem (o que não se sabe), a fim de se permitir a emergência de infinitas formas de cuidado pela vazão da subjetivação[15] que se opera na construção da pesquisa como intercessor[16] em nós, pesquisadoras/es, trabalhadoras/es, usuárias/os e familiares.

Utilizar das ferramentas tradicionais de pesquisa implica não nos aprofundarmos na análise das questões advindas dos encontros micropolíticos, o que demanda a criação de novos modos qualitativos de pesquisa em saúde[14].

Ao construir uma relação com outros agentes do território em que está inserido, o/a pesquisador/a utilizará de "conceito ferramentas" para orientar a análise dos efeitos (dos ruídos e ondas da interferência) percebidos na construção do conhecimento em saúde. Por exemplo, o "Analisador", que é tudo aquilo que oferece voz a elementos poucos visíveis na instituição, e a "Narrativa", que possibilita a visualização de outras possibilidades de construção de conhecimentos. Estes são conceitos-ferramenta que colocam em destaque movimentos micropolíticos presentes nos processos de cuidado[13].

O usuário-guia é uma dessas criações. Trata-se de um "conceito ferramenta" de análise do trabalho vivo em ato, utilizado em casos de alta complexidade para a rede de cuidado, que produz intensas demandas e experiencia outras possibilidades existenciais, para além de um corpo adoecido ou diagnóstico[9]. Como dialogam Seixas *et al.*[17]:

> O conceito ferramenta usuário-guia parte de uma aposta ético-metodológica na qual a centralidade da experiência vivida pelo usuário desloca o olhar do investigador no sentido de assumir a perspectiva do usuário, no governo de si, como referência para os sentidos que devem ser dados às práticas de saúde; ou seja, aposta em uma adesão dos profissionais à vida do outro como ética, deslocando o outro da posição de objeto para a de cofabricante do conhecimento e do cuidado (p. 3-4).

Quando fazemos uso do conceito ferramenta usuário-guia, nos colocamos, enquanto pesquisadoras/es, em um lugar de "suposto sabido", aquele que precisa não saber para conhecer. O usuário-guia é quem sabe e quem interpreta, e cabe à/ao cartógrafa/o deixar o lugar de protagonista (que nunca foi seu) e perceber a movimentação provocada pelo usuário-guia. Vale destacar que o usuário-guia não é um mero informante, ou um banco de dados sem conhecimento; ele é, por sua vez, o produtor de si, aquele que produz seu modo de vida e, consequentemente,

sua ética e estética de existir, assim como nos lembram Moebus, Merhy e Silva[18]:

> Se vislumbramos encontrar o usuário no centro da produção do cuidado, precisamos encontrá-lo também no centro da produção do saber sobre o cuidado, considerando, sobretudo a produção de seu saber sobre o cuidado e sua própria produção de vida (p. 52).

Ao compreendermos o usuário-guia como "conceito ferramenta" cartográfico de deslocamento da/o usuária/o da posição de objeto para a de co-produtor/a de saberes e de cuidados, percebemos que esse lugar de guia pode ser ocupado não só por usuárias/os, trabalhadoras/os e gestoras/es das instituições de saúde, mas também por outras pessoas, desde que elas sejam potentes guias para rastrearmos as produções do cuidado em saúde no cotidiano.

3 A "MÃE-GUIA" COMO CONCEITO FERRAMENTA NA PESQUISA CARTOGRÁFICA

A produção de cuidado é um acontecimento[19], no qual o encontro de uma pessoa com outra nunca se repete. Mesmo que se coloque uma pessoa frente à outra, todos os dias, o processo de cuidado será sempre único e novo.

É sobre essas maneiras de criar possibilidades de cuidado em movimento – mesmo nos contextos em que aparentemente o novo não existe e o sofrimento ganha forma – que o usuário-guia nos faz visualizar o contrário, através de um movimento, autopoiético que abre caminhos para sentir a potência do novo, por meio do corpo vibrátil[20] que se construiu no vínculo.

Para Merhy[19], a autopoiese do cuidado encontra-se no fato de que sua produção acontece junto a outros elementos, que não se excluem, mesmo que, em um primeiro momento, apresentem-se como contraditórios, mas produzem um sentido para viver, sendo "o movimento da vida produzindo vida" (p. 7).

Durante as vivências do primeiro ano da pesquisa supracitada, foi possível perceber ruídos desses movimentos autopoiéticos. Seguimos os processos do fazer cartográfico, durante esse período, em um Centro Especializado em Reabilitação composto por quatro ou mais serviços de habilitação e reabilitação para as pessoas com deficiência física, intelectual e/ou sensorial[21] (CER IV), vinculado ao Sistema Único de Saúde na cidade de João Pessoa-PB.

Nesse processo de construção da pesquisa, conhecemos o território ao compor seus cenários e buscamos ocupar o lugar de pesquisadoras/es in-mundo. A experiência de abertura ao novo

foi potencializada pelos vínculos criados com as/os trabalhadoras/es da instituição e, assim, começamos a sentir as interferências da pesquisa e seus efeitos pelo estabelecimento de práticas afetivas em trânsito[22].

Quinzenalmente, durante cinco meses, tivemos encontros com um grupo formado por aproximadamente 18 trabalhadoras/es desse CER. Essas vivências apresentaram a característica de momentos de Educação Permanente em Saúde – EPS, onde muitos temas foram trazidos pelas/os trabalhadoras/es para a discussão, a exemplo da rotina de trabalho, das redes de produção de cuidado, do processo de admissão e alta de usuárias/os. Mas o que começou a fazer ruído foi o atravessamento da figura da mãe das/os usuárias/os em quase todos os temas postos em cena.

Nas muitas verbalizações das/os trabalhadoras/es, a mãe, como pessoa que agencia o cuidado à/ao filha/o com deficiência, ficava evidenciada: eram as mães que criavam brechas nas regras da instituição; eram elas que se mobilizavam em grupos para garantir a continuidade de atendimentos e evitar o processo de alta; eram elas que obstacularizavam o progresso dos tratamentos; que colocavam em cena as vulnerabilidades sociais

e econômicas das/os usuárias/os e que disputavam os planos de cuidado.

Nas conversas entre as/os trabalhadoras/es nos encontros de EPS, as/os participantes sinalizaram que, independentemente do motivo que fazia a criança estar em atendimento, a mãe era uma das figuras centrais para a concretização das intervenções, sendo posta em cena tanto nos casos de sucesso, como de dificuldades terapêuticas.

Vale destacar que entre as mães que mais disputavam os planos de cuidado para suas/seus filhas/os com deficiência estavam as mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Segundo as narrativas das/os trabalhadoras/es do grupo, estas mães eram as que mais criavam demandas ao CER IV. Os motivos elencados por elas eram variados, desde a mobilização política dessas mulheres em organização não-governamentais até o sofrimento psíquico vivenciado por aquelas em situações de extrema vulnerabilidade social e afetiva. Destacam-se relatos de que quando suas/seus filhas/os possuem o tipo grave desse transtorno demandam um alto grau de ajuda em suas tarefas de vida diária, desde as mais básicas, como comer e se vestir, até as mais complexas, como se deslocar de casa e fazer suas compras, por exemplo.

Para além do lugar de mãe, essas mulheres se constroem em um movimento autopoiético e assim conduzem suas produções de cuidado. Muitas mães são as principais cuidadoras de suas/seus filhas/os e de suas famílias, possuem medo quando pensam no futuro, sofrem ou sofreram com o diagnóstico, e ter apoio familiar não é uma certeza para todas[23].

No campo da saúde, frequentemente as mulheres são reconhecidas como as "responsáveis pelo cuidado" e, por isso, as principais "colaboradoras" do projeto terapêutico elaborado pelos profissionais, na continuidade das intervenções em casa. Essas posições de "responsáveis" ou "colaboradoras" acabam por não as reconhecerem enquanto agente que disputa cuidados (para os outros e para si)[24].

Em algumas ocasiões, mais que o lugar biológico de mãe, é o lugar social de mulher que opera. Na fala das/os profissionais do CER, identificamos que as mulheres, sejam elas mães, avós, tias, representam a maioria dos familiares das/os usuárias/os e disputam a constituição dos planos de cuidado[2]. Assim, essas mulheres-mães não são formalmente usuárias do serviço, mas são atrizes chave que o compõem.

Diante desse analisador que emerge da pesquisa, percebemos que as teias construídas por essas mães para garantir a existência

de uma rede de cuidado e o atendimento em serviços de saúde também precisam ser visibilizadas.

Com o objetivo de conhecermos os caminhos traçados por essas mulheres na produção de cuidados para sua/seu filha/o, lançamos mão do conceito ferramenta usuário-guia, propondo sua ampliação, para assim fazer emergir e operar o conceito ferramenta "mãe-guia".

Apostamos assim na possibilidade da mãe ser uma importante guia para a cartografia da produção do cuidado em saúde de suas/seus filhas/os, ao trazer a noção de interdependência[25] como um valor humano aplicável a todas as pessoas.

Como nos aponta Merhy[26], somos pessoas codependentes umas das outras, e a autonomia se fortalece não pela individualidade, mas pela capacidade de produzir redes colaborativas de cuidado. A garantia do cuidado enquanto um direito passa, então, inevitavelmente, pela construção de redes de cuidado em saúde, o mais capitalizadas possível.

A mulher-mãe, situada em uma sociedade que tem fragilizados os conceitos de interdependência e de solidariedade, também no campo do cuidado é frequentemente explorada, invisibilizada, desprotegida socialmente e levada a ocupar uma

posição inferior em relações marcadas pelas desigualdades de gênero[25].

Dar visibilidade a estas questões é também uma importante contribuição do conceito ferramenta mãe-guia. Este emerge em nossa pesquisa interferência, na medida em que nos convoca a desnaturalizar a produção do cuidado da pessoa com deficiência como uma função exclusiva ou prioritária de uma mulher-mãe, que nos guia em suas relações de interdependência para a produção do cuidado de sua/seu filha/o.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta aposta metodológica busca dar visibilidade às mulheres como agenciadoras de redes de cuidado, considerando suas singularidades, dificuldades e potencialidades na produção de seus devires mães.

Tão importante como cartografar os movimentos das/os usuárias/os na produção de seus cuidados é também dar visibilidade aos caminhos que as mães produzem para garantir o cuidado para suas/seus filhas/os (e para si) junto aos serviços de saúde.

É necessário compreender os elementos que viabilizam a posição da mãe como agenciadora das redes de cuidado de

suas/seus filhas/os. Ao cartografarmos esses acontecimentos, é possível potencializar diálogos entre os serviços de saúde, as/os usuárias/os e suas mães (mulheres-cuidadoras) na negociação de planos de cuidado e modos de andar a vida.

Por fim, destacamos que esta realidade é marcada por configurações fundadas em relações desiguais de gênero e sexualidade, que impõem a naturalização do lugar de cuidado à mulher-mãe. É necessário reconhecer essa problemática, e não reforçá-la. A mãe-guia é, antes de tudo, uma aposta em estudos que possam problematizar o cuidado em saúde, a partir da produção de autonomia e redes de solidariedade (interdependência) que libertem as/os usuárias/os e suas cuidadoras de contextos de romantização de sofrimentos.

Trata-se de um conceito ferramenta para a pesquisa cartográfica, do tipo interferência, para produzir visibilidade dos efeitos acima mencionados e de outras interferências nos processos de cuidado, que só poderão acontecer a partir de sua operacionalização.

REFERÊNCIAS

1 AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde, **Interface - Comunic., Saúde, Educ**., v.8, n.14, 2004. p. 73-92.

2 CARVALHO, L. C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar.** Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.

3 COSTA, L. B. Cartografia: Uma outra forma de pesquisar. **Revista Digital do LAV**, 7(2), 2014. p. 66-77.

4 DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Acerca do ritornelo. Em **Mil Platôs.** Capitalismo e esquizofrenia, *v. 4*. São Paulo: Editora 34, 1997, p. 115-170.

5 LOURAU, R. **Análise institucional.** São Paulo: Hucitec, 2004.

6 ROCHA, M. *et al.* O usuário-guia nos movimentos de uma Rede de Atenção Psicossocial em um Município do Rio de Janeiro. In: GOMES, M. P. C; MERHY, E. E (org.) **Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental.** Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2014. p. 105-134.

7 PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção da subjetividade.4ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

8 GOMES, M. P.C.; MERHY, E.E. (Orgs). **Pesquisadores in-mundo:** um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

9 ABRAHÃO. A. L. *et al.* O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: GOMES, M. P. C; MERHY, E. E (org.) **Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental.** Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2014. p. 155- 170.

10 MOEBUS, R. Pesquisa interferência desde Heisenberg. In: MERHY E. E *et al.* (org.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.** Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 420-422. (Políticas e cuidados em saúde; 1).

11 DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismos e esquizofrenia. Volume 3. Tradução de Aurélio Guerra Neto, Ana Lúcia de Oliveira, Lúcia Cláudia Leão e Suely Rolnik. Rio de Janeiro: ed. 34, 1996, 120 p. (Coleção TRANS).

12 DELEUZE, G; PARNET, C. **Diálogos**. Tradução de Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

13 SCHIFFLER, A. C; ABRAHÃO. A. L; Interferindo nos microprocessos de cuidar em saúde mental. In: GOMES, M. P. C; MERHY, E. E (org.) **Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental.** Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2014. p. 89- 103.

14 FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sérgio Resende. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 663-676, Set. 2011.

15 GUATARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético.** Rio de Janeiro: Ed.34, 1992.

16 DELEUZE, G. **Conversações.** São Paulo: Ed.34, 1998.

17 SEIXAS, C. T. *et al* . O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, 2019.

18 MOEBUS, R. N; MERHY, E. E; SILVA, E; O Usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha?. In: MERHY E. E *et al*. (org.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.** Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 43-53. (Políticas e cuidados em saúde; 1).

19 MERHY, E. E; **O cuidado é um acontecimento e não um ato** [Internet]. 2014. Disponível em: http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/o-cuidado-e-acontecimento-e-nao-um-ato/view.

20 ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo.** Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006.

21 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 739, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2008. Seção 1, p. 129.

22 PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. **Pistas do método da cartografia:** a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina, v.2, 2014.

23 MAPELLI, L. D. *et al.* Criança com transtorno do espectro autista: cuidado na perspectiva familiar. **Esc Anna Nery**, 22(4), 2018.

24 PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por

cuidados em saúde mental. **Saude soc**., São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, June 2008.

25 KITTAY, E. F.; JENNINGS, B.; WASUNNA, A. A. Dependency, Difference and the Global Ethic of Longterm Care. **The Journal of Political Philosophy**, v. 13, n. 4, p. 443-469, 2005.

26 MERHY, E.E. Cuidado com o Cuidado em Saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (orgs.). **Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007.

Capítulo 12

EXTENSÃO POPULAR COMO CONCEPÇÃO EPISTEMOLÓGICA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Pedro José Santos Carneiro Cruz, Renan Soares de Araújo, José Augusto de Sousa Rodrigues

1 INTRODUÇÃO

A Extensão Universitária constitui um dos mais significativos pilares das instituições públicas de ensino superior do Brasil. Além disso, se configura como um espaço por meio do qual estudantes, técnicos e docentes têm a oportunidade de desenvolver trabalhos sociais em um contexto de ensino e de aprendizagem, mediatizado pela comunicação dialógica com as realidades sociais, suas complexas dinâmicas e seus protagonistas. Por meio desse trabalho, permanente e socialmente referenciado, evidenciam-se questões emergentes para a pesquisa socialmente útil e para um ensino conectado com as principais demandas da sociedade[1,2].

A concepção de Extensão Popular tem um papel mais profundo frente a essa interação universidade-comunidade, na medida em que, por ela, a Extensão Universitária assume

explicitamente os referenciais éticos, estéticos, políticos, pedagógicos e metodológicos da Educação Popular. Abrem-se espaços para outras formas de fazer a Extensão, especialmente no que se refere ao modo de tocar, ou seja, de afetar estudantes, docentes e técnicos para que, mobilizados pela comunicação dialógica com os protagonistas das classes populares, tenham aprimorada sua capacidade de refletir criticamente sobre sua participação nesse processo e sobre o seu papel social enquanto profissionais cientistas e atores sociais[3].

Ao longo das últimas décadas, as práticas de Extensão Popular têm constituído ponto de partida para pesquisas e processos de produção do conhecimento na pós-graduação, os quais em muito tem contribuído para o apontamento de conhecimentos, desafios, reflexões e novas ideias para a reorientação de políticas públicas e de perspectivas acadêmicas em temas como a formação em saúde, a participação social em saúde, a gestão dos sistemas de saúde, como também o cuidado das pessoas.

Diante disso, o texto em tela traz em sua primeira parte uma releitura do percurso histórico da Extensão Popular e sua repercussão a nível estadual e nacional, protagonizado pelo Grupo de Pesquisa em Extensão Popular (EXTELAR) da

Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Na segunda parte, levanta uma discussão teórica sobre a extensão como ponto de partida para o agir universitário, tendo em vista que esse, deva ser um momento de articulação entre o mundo concreto e, a partir disso tornar-se articulador para a pesquisa e o ensino.

2 O PERCURSO HISTÓRICO E AS REPERCUSSÕES DA CONCEPÇÃO DE EXTENSÃO POPULAR

Pode-se notabilizar que o conceito de Extensão Popular ganha forma com a criação do Grupo EXTELAR, o qual teve sua origem pela necessidade de aglutinação de pesquisadores e pesquisadoras, de extensionistas e de educadores e educadoras interessados/as em desenvolver, aprimorar e aprofundar atividades e teorias de Extensão em Educação Popular, bem como de Educação Popular e Movimentos Sociais.

A gênese do Grupo ocorreu no ano de 1999 no âmbito da UFPB, a partir da confluência de variados projetos e programas de Extensão vinculados à Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PRAC) e de forma atrelada ao Programa de Pós-Graduação em Educação (particularmente na linha de pesquisa em Educação Popular) da UFPB[3]. É um Grupo registrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

(CNPq) e tem como seu primeiro coordenador o Prof. Dr. José Francisco de Melo Neto[3].

Para os/as protagonistas do Grupo EXTELAR, desde a sua criação, era primordial tecer e alimentar um grupo de *pesquisa em extensão*, uma vez que tinham o entendimento de que a atividade de pesquisa constituía um processo estritamente vinculado a extensão e ao ensino, na medida em que a investigação científica deveria partir dos desafios do concreto vivido e a esse concreto voltar, aprimorando ações sociais e de ensino, qualificando a formação de protagonistas sociais e respondendo a questões e indagações desafiadoras advindas da realidade e de suas múltiplas determinações.

Evidenciava-se, portanto, que a pesquisa poderia contribuir substancialmente para a superação de problemas constatados em suas práticas sociais e até mesmo para demonstrar para a comunidade social, acadêmica e científica, de forma sistemática, os aprendizados, as metodologias, os significados e os novos desafios desvelados no interior dessas práticas sociais.

Por conseguinte, o EXTELAR é construído desde sua origem com uma concepção de pesquisa, não vista como uma estratégia somente vinculada à produção de artigos, livros e quaisquer outros objetos acadêmicos ou mesmo como forma de se galgar

láureas acadêmicas como graduação e pós-graduação. Mas, fundamentalmente, com uma visão da pesquisa enquanto processo voltado a conhecer melhor e mais profundamente a realidade e, em assim fazendo, desvelar não apenas um, mas vários nuances e elementos explicativos dessa realidade, de modo a se constituírem conhecimentos que sejam efetivamente úteis à mobilização de estratégias de intervenção sociais aperfeiçoadas e mais congruentes com essa realidade.

Esse entendimento faz aos/às protagonistas do EXTELAR empreender e revelar, pela pesquisa, uma análise crítica dos processos educativos que desenvolvem nos diversos cenários – seja no espaço escolar, no âmbito acadêmico ou mesmo no interior dos movimentos sociais, das práticas populares e das experiências comunitárias.

Com isso, coloca-se em prática um entendimento da pesquisa como processo, por meio do qual, se pretende identificar elementos constituintes das experiências educativas conduzidas em diferentes ambientes, incluindo os seus alcances, potencialidades, limites, obstáculos e desafios. Para que essas atividades educativas possam efetivamente alcançar os objetivos de – em uma perspectiva freiriana – propiciar as pessoas vivenciarem processos de ensino e de aprendizagem sobre as

situações-limite de seu cotidiano, de modo que lhes seja possível desvelar coletivamente caminhos de superação para os problemas presentes em tais situações-limite, sobretudo aqueles agentes impeditivos das capacidades individuais e coletivas de *ser mais*[4].

Por sua vez, pela Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP), o conceito de Extensão Popular constituiu base sólida em suas iniciativas e movimentos pela criação de novas formas de organizar nacionalmente as políticas de extensão, contemplando a participação não só de pró-reitores/as, mas de estudantes, professores/as, profissionais, movimentos sociais e organizações comunitárias.

Em nossa percepção, a ANEPOP revelou o quanto não basta ter (tão somente) um trabalho de base forte (projetos e programas locais e regionais) nas diversas instituições de ensino superior do país. É preciso que pessoas comprometidas com essas iniciativas estejam dispostas a trabalhar em movimentos, intervenções políticas e ações estruturais no contexto nacional da universidade brasileira, de modo que a Extensão Popular não constitua apenas um referencial identitário aplicável a metodologia de suas experiências, mas mobilize seus/suas

protagonistas a alimentarem movimentos e propostas de reorientação da universidade como um todo.

Como outro desdobramento histórico desse conceito, pode-se citar a participação e a contribuição da ANEPOP na construção da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), juntamente com outros movimentos sociais e coletivos. Dentre eles, destacaram-se, centralmente, a Rede de Educação Popular em Saúde (REDEPOP), a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS) e o Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Ao ocupar um assento de titular na composição do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS) do Ministério da Saúde, a ANEPOP conseguiu colaborar nos diversificados momentos de debate, reflexão e sistematização das categorias presentes e constituintes da concepção de Educação Popular que deveriam estar contemplados na configuração dos princípios, dos eixos, das diretrizes e do Plano Operativo da PNEPS-SUS, inclusive tendo a oportunidade de mediar espaços de articulação de atores e atrizes da Extensão e da própria ANEPOP com entes de gestão do SUS.

No tocante aos intentos da ANEPOP no processo de elaboração da PNEPS-SUS, uma das propostas defendidas como elementar, no que se refere à Extensão Universitária, consistiu na asserção da retomada do Projeto Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS (VEPOP-SUS), o qual constituiu originalmente – no ano de 2005 – uma estratégia do Ministério da Saúde em apoio à Extensão Popular no SUS, encerrada prematuramente em idos de 2007.

Como conquista pela PNEPS-SUS, a ANEPOP conseguiu pactuar no ano de 2012, no CNEPS, com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), uma nova edição do VEPOP-SUS, inicialmente configurado como um projeto de pesquisa e de extensão a ser coordenado e ancorado na UFPB.

Nesses termos, entre 2013 e 2018, o Projeto VEPOP-SUS visou apoiar experiências de Extensão Popular em todo território brasileiro, especialmente aquelas com atuação nos espaços do SUS e que também fossem integradas com grupos, movimentos e iniciativas populares. A equipe executiva do Projeto atuou no sentido de articular, em nível nacional, as experiências de Extensão orientadas pela Educação Popular em Saúde (EPS).

Assim, no período de seis anos o Projeto desenvolveu uma gama de atividades estruturando a EPS como componente para construção de caminhos criativos e reflexões na formação universitária no setor saúde, com destaque para a realização das seguintes iniciativas: a) mapeamento de experiências de Extensão em EPS pelo Brasil; b) impressão e distribuição de publicações e obras de referência para o campo da Extensão em EPS; c) mobilização nacional para a construção de um Caderno de Extensão Popular; d) difusão de ideias, diálogos e experiências sobre EPS; e) apoio à mobilização e formação de sujeitos da ANEPOP e demais coletivos que valorizassem a atuação extensionista; f) apoio à promoção de eventos com ênfase na formação, tendo como eixo central a EPS; g) realização de novas edições do Estágio Nacional de Extensão em Comunidades (ENEC)[5].

Essa iniciativa logrou êxito não simplesmente por buscar fomentar as experiências, mas, sobretudo pela ótica de pretender ampliar a colocação da Extensão Popular por meio da estratégia VEPOP-SUS na cena acadêmica, social e política de debate sobre a formação em saúde, consubstanciando com o fortalecimento de experiências e movimentos, em especial ao proporcionar o estabelecimento de diálogos entre os sujeitos e o intercâmbio de

reflexões no campo da Extensão Popular, compreendida como um trabalho social associado a uma perspectiva emancipatória.

Desde que foi sistematizado, o conceito de Extensão Popular paulatinamente passou a constar como referencial teórico, metodológico e identitário em diferentes publicações nas áreas da Extensão, da Educação, da Saúde, dentre outras. Destacaram-se, nesse sentido, a elaboração tanto de ensaios teóricos e reflexivos, como de relatos de experiências e ainda as descrições e análises de metodologias de projetos e práticas extensionistas.

As publicações em Extensão Popular no campo da saúde compõem livros e artigos, que abordam experiências exitosas de projetos de Extensão Popular no sentido de reorientar as práticas hegemônicas de saúde, exaltando a importância de tais ações para qualificar a formação de profissionais.

Dentre elas, o livro "Extensão, saúde e formação médica", é uma obra que reúne relatos de experiências em extensão desenvolvidas pelos extensionistas do centro de ciências médicas da UFPB, projetos de intervenção e reflexões teóricas nessa área, além de exemplificarem limites e possibilidades da atuação da Educação Popular nos cursos de saúde, pincipalmente na medicina.

Além dessa, outras publicações como o livro “Vivencias de Extensão em Educação Popular no Brasil”, reúne textos de experiências de Extensão Popular de todo o Brasil a partir do projeto VEPOP-SUS. O livro “Educação Popular e formação em saúde na perspectiva do palhaço cuidador: estudo com base em um projeto de extensão” demostra a importância do profissional de saúde adotar outras maneiras ao realizar o processo de cuidado, no que se refere ao modo de acolher, tocar de uma forma que torne esse momento o mais agradável possível. Nesse cenário o palhaço cuidador aponta também para a humanização da construção compartilhada do cuidado orientadas pela Educação Popular.

3 EXTENSÃO POPULAR: A EXTENSÃO COMO PONTO DE PARTIDA DA AÇÃO UNIVERSITÁRIA

O conceito de Extensão Popular tem como base fundante a compreensão de que a Extensão é necessariamente o princípio de toda ação universitária e da produção do conhecimento. Extensão como ponto de partida, justamente por ser um processo de comunicação dos/as protagonistas universitários/as com o mundo concreto, um trabalho social e o componente a partir do qual emergem questões para o ensino e a pesquisa[2,6].

Com isso, queremos dizer que o processo de ação universitária e de produção do conhecimento tem seu início fundamentalmente deflagrado pela comunicação dos/as universitários/as com o mundo, com os seus conflitos, com as suas contradições e com as suas complexidades. Ainda, esse ponto de partida, que se dá pela *comunicação*, se expressa e se desvela necessariamente pelo *trabalho*. E não por qualquer trabalho, mas por um trabalho que envolva o outro e a outra, portanto, um *trabalho social*.

Finalmente, esse ponto de partida passa, em seu caminho, pela pesquisa e pelo ensino, ao passo que o processo de comunicação e o trabalho social mobilizam o desvelamento de temas úteis para o ensino e a aprendizagem, como também provocam a identificação de questões, de problemas e de curiosidades pertinentes para a atividade de pesquisa.

Desse modo, o conceito de Extensão Popular aponta como percurso para a construção de conhecimentos com um caráter emancipatório defronte às situações de exploração, de desigualdades e de exclusão nas dimensões social, humana e política, a realidade objetiva e as suas determinações como espaço privilegiado.

Isso indica que, somente por meio de um mergulho profundo de docentes, estudantes e técnicos acadêmicos na complexa realidade social, é que poderá ser deflagrada a produção de conhecimentos úteis – seja pela pesquisa ou pelo ensino, os quais necessariamente retornarão a essa mesma realidade visando à superação de seus principais problemas.

Logo, na concepção popular, a Extensão começa com um mergulho do qual, conforme as palavras de Freire, os sujeitos acadêmicos sairão encharcados, ensopados terão condições de, juntamente com os sujeitos e protagonistas de cada realidade social, construir conjuntamente e de forma compartilhada a definição de temas relevantes para saber e entender, fazer indagações, argumentar ou investigar. A partir de então, com base nos aprendizados desenvolvidos nesses processos de estudos, serão apontadas constatações, descobertas, aprendizados e conhecimentos essenciais para o enfrentamento dos desafios da realidade em questão, os quais configurarão, em última instância, conhecimentos a serem compartilhados, discutidos e criticamente apropriados pelas pessoas por meio do ensino.

Assim, pela Extensão Popular, ensino e pesquisa não são pautados pelas prioridades de intelectuais, de gestores/as, de

professores/as, mas pelos aprendizados e pelos conhecimentos emergidos a partir de uma investigação socialmente comprometida e construída de forma articulada e solidária com as pessoas e não meramente para as essas ou até mesmo apesar dessas.

As práticas de Extensão Popular têm ensinado que, primeiramente é imprescindível buscar inserir-se nos contextos da vida, convivendo com seus/suas protagonistas e construindo vínculos capazes de mediar uma comunicação dialógica. Posterior a isso, paulatinamente, é necessário permitir que esse processo mobilize frentes de ação a partir de trabalhos sociais. Dessa maneira, por meio da comunicação e no encadeamento do trabalho social na realidade concreta é que se dará a construção de conhecimentos.

No concreto das experiências extensionistas populares, isso ocorre a partir da comunicação com os sujeitos das comunidades e pelo comprometimento e participação nas suas lutas diárias, onde diversos/as estudantes percebem as limitações e contradições que perpassam as relações com a população, sob um ponto de vista autoritário, bem como as insuficiências do próprio conhecimento acadêmico-científico. Por isso, lidam com os problemas em suas raízes, conforme os/as protagonistas de

cada contexto sentem, elaboram, interpretam e vivenciam tais problemáticas.

Por essa razão, os problemas a serem enfrentados pela extensão, com a pesquisa e com o ensino, não serão palavras frias escritas em livros empoeirados, mas tomarão corpo, calor, cor e cheiro de gente, como também ganharão sentidos e significados humanos. O aprendizado e a atuação acadêmica estarão profundamente empenhados na promoção da vida e respeitarão, para tanto, sua dinâmica complexa.

Com essas especificidades, não se pode perder de vista que a Extensão Popular é um processo educativo, orientando não por quaisquer perspectivas, mas por aquelas vertentes educativas críticas que se orientam com base em um ponto de vista *popular*, que se expressam pedagogicamente no esteio teórico da Educação Popular, que representa uma forma de abordar e de conduzir o trabalho extensionista que não se corporifica apenas como uma metodologia de trabalho social, ou de um jeito de guiá-lo, mas muito além disso, concretizando-se como uma maneira ética e crítica de se relacionar socialmente[6,7].

A Extensão, portanto, compreendida como *comunicação*, como *trabalho social* e como *articuladora do ensino-pesquisa*, precisa constituir o eixo fundamental para concepções de ação

universitária em que o interesse esteja no desenvolvimento da formação de sujeitos com cunho crítico, cidadão e emancipatório. É a base para que a instituição universitária possa encarar, sem tergiversar, a atividade de pesquisa como possibilidade efetiva de analisar criticamente a realidade e seus fenômenos, procurando problematizar as situações-limite para desvelar compartilhadamente atos-limite e inéditos-viáveis, qualificando as iniciativas já empreendidas em cada contexto, criando novas ações possíveis e também compreendendo melhor essa realidade, suas especificidades, desafios e potencialidades.

Com a Extensão como ponto de partida, a atividade de pesquisa ganha sentido aprofundado e utilidade socialmente ampliada. Em muitos casos, atores e atrizes sociais e acadêmicos/as potentes participam de pesquisas maiores limitando-se a cumprir objetivos pontuais. Com isso restringem a sua visão do que mais importa: a pesquisa como jeito de estar e olhar o mundo na direção da curiosidade epistemológica, da criticidade e da inquietude. Para mais, a pesquisa como compromisso de mulheres e de homens em perscrutar, pela atividade do pensamento crítico, a superação de problemas e buscar por melhorar a vida das pessoas e das comunidades.

Para tanto, é preciso fortalecer a autonomia nesse processo, com vistas a evitar a figura do pesquisador e da pesquisadora com atividades restritas na pesquisa, como uma peça numa linha de produção. Ou melhor dizendo, é imprescindível permitir que os/as protagonistas das pesquisas criem, eles e elas mesmos e mesmas, problemas e perguntas de pesquisa, que não será uma investigação qualquer, mas uma investigação engajada que se propõe a contribuir com a transformação social.

Desenvolver a Extensão como ponto de partida, implica em conceber a tessitura paulatina de um projeto novo de universidade, encontrado por meio de praticas contra-hegemônicas presentes no ambiente universitário com eixos peculiares e significativos, como o empenho em superar a dicotomia entre teoria e prática; a configuração de uma utilidade humanizadora para toda e qualquer prática acadêmica; a composição e a instauração de relações sociais verdadeiramente democráticas e solidárias; a ampliação de posturas culturalmente inclusivas, que respeitem e dialoguem com a diversidade; e, finalmente, a explicitação de uma intencionalidade política emancipatória.

4 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Fica evidente que uma amplitude de protagonistas vêm empreendendo experiências que, orientadas pela Educação Popular, não constituem-se apenas em processos local ou regionalmente importantes, mas apontam metodologias, vivências, enfoques, interfaces e práticas relevantes para que, como propôs Boaventura de Sousa Santos, segundo Oliveira[8] sejam, pela educação, redefinidas as possibilidades de atuação e inserção política das pessoas no mundo. A Extensão, assim, vivenciada e aplicada como uma forma de, pela *comunicação* entre as pessoas e a partir do *trabalho social*, se *articular a pesquisa e o ensino* para a reorientação e a ressignificação do modo de atuar no mundo desde a conformação de outras subjetividades. Para tanto, a Extensão Popular manifesta que é de crucial importância o fato de se considerar e empenhar-se, prioritariamente, no processo de formação de subjetividades inconformistas que se associem a outros sujeitos e organizem um mutirão empenhado na gestação de um outro mundo possível.

Pela Extensão Popular, as aprendizagens se dão de maneira significativa justamente por estarem diretamente conectadas com atitudes e sonhos almejados. Estuda-se para atuar melhor na realidade social e não para demonstrar conhecimento e valorizar

o currículo baseado em números, assim como mostrar ao professor ou a professora que sabe, mas para tentar resolver minimamente os detectados e/ou observados nas comunidades e na relação com seus sujeitos. Em visto disso, pesquisa-se não para obter louros acadêmicos e publicações, mas para compreender melhor o mundo e os/as outros/as.

REFERÊNCIAS

1 SERRANO, R. M. S. M. Conceitos de extensão universitária: um diálogo com Paulo Freire. **Grupo de Pesquisa em Extensão Popular**, v. 13, n. 8, 2013.

2 CRUZ, P. J. S. C. **Extensão Popular:** a pedagogia da participação estudantil em seu movimento nacional. 2010. 339 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

3 MELO NETO, J. F. **Extensão Popular**. 2. ed. João Pessoa: UFPB, 2014.

4 FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

5 CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Mapeamento de experiências de extensão popular nas universidades públicas brasileiras: um estudo descritivo em escala nacional. **Revista Conexão UEPG**. v. 15, n. 1, p. 007-016, jan-abr 2019.

6 CRUZ, P. J. S. C. Extensão Popular: a reinvenção da universidade. In: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Orgs.). **Educação Popular na formação universitária:** reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: UFPB, 2011. p. 40-61.

7 VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. (Orgs.). **Educação Popular na formação universitária:** reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: UFPB, 2011.

8 OLIVEIRA, I. B. **Boaventura e a Educação**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

Capítulo 13

A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE FRENTE AO PROJETO NEOLIBERAL NA SAÚDE

Sarah Barbosa Segalla, Luciano Bezerra Gomes

1 INTRODUÇÃO

A segunda metade do século XX presenciou enormes avanços tecnológicos das ciências em geral. No campo da saúde, esses avanços vieram acompanhados da intensificação de embates e disputas do ponto de vista ideológico e das práticas.

O desenvolvimento do capitalismo industrial, seguido pelo crescimento econômico pós-guerra possibilitaram a emergência de políticas de bem-estar social nos países hoje considerados desenvolvidos. Os sistemas de saúde estatais contemporâneos nasceram neste contexto, a partir das lutas por ampliação dos direitos da classe trabalhadora. Em contraponto a essas políticas, as crises financeiras globais e o desenvolvimento dos estados neoliberais das décadas seguintes impuseram restrições aos investimentos em políticas sociais.[1]

A estruturação desses sistemas também foi permeada por embates: de um lado, o modelo hospitalar e médicocentrado corroborado pela formação médica do modelo flexneriano; de

outro, o modelo baseado em cuidados primários centrado na medicina generalista, fruto do relatório Dawson. Esses modelos, idealizados na primeira metade do século XX, orientam ainda hoje a organização hegemônica de sistemas de saúde.[2]

As ideias de Dawson percorreram o mundo em meados do século XX através de centros formuladores de políticas de saúde estadunidenses, como a Universidade Johns Hopkins e a Fundação Rockefeller. Esses centros financiaram inúmeras iniciativas de medicina comunitária na década de 70, especialmente na América Latina.[3] No Brasil, essas mesmas instituições financiaram algumas iniciativas que se tornaram sementes do que veio a se desenvolver como medicina comunitária, e deram origem a hoje intitulada medicina de família e comunidade (MFC).[4,5]

Ao mesmo tempo em que eram duramente criticadas dentro do movimento sanitário latino-americano, por serem diretamente apoiadas pelo governo estadunidense e possuírem elementos da medicina liberal, muitos profissionais, politicamente engajados e contrários à ditadura civil-empresarial-militar do período, se atraíram por esses programas e formaram a primeira geração de médicos comunitaristas, então denominados generalistas.[6]

Desde este período, a atenção primária à saúde (APS) tem se desenvolvido no Brasil em meio a disputas ideológicas, com forte interferência de organismos internacionais e uma enfática luta por direitos sociais que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente, a MFC tem protagonizado movimentos de avanço e retrocesso no SUS, e ganhado destaque no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para ele e para a saúde suplementar, como explicaremos adiante.

Em meio aos constantes ataques aos direitos, à crise política brasileira e ao colapso do sistema de saúde frente à pandemia do COVID-19, a autora deste texto propõe uma reflexão sobre que tipo de sistema de saúde e APS queremos e teremos no futuro. Para isso, é necessário refletir sobre o papel que médicas e médicos de família e comunidade tem desempenhado na atualidade e para onde apontam seus discursos.

2 O PERCURSO DA MFC E DA APS NO BRASIL

Em 1978, a Conferência Internacional de Alma Ata lançou as bases do que conhecemos hoje como APS. Recomendava-se que os sistemas de saúde se organizassem através de uma rede de serviços hierarquizada que integrasse ações de prevenção,

promoção, assistência e recuperação da saúde, da forma como se organizam muitos sistemas de saúde estatais ainda hoje.[1]

Tanto as iniciativas comunitárias patrocinadas pela Universidade Johns Hopkins e pela Fundação Rockefeller, quanto a Conferência de Alma Ata, se inserem no movimento global de reestruturação dos sistemas de saúde em decorrência de um cenário de crise.[7] A década de 70 trouxe a primeira crise estrutural do capitalismo desde os anos 30, que produziu uma importante recessão econômica e promoveu um crescente endividamento dos países.[8] A crise derrubou a economia dos países desenvolvidos e colocou em cheque os programas de saúde estatais. O modelo hospitalar e médicocentrado resultava em baixa resolutividade e altos custos e, por isso, foi considerado causa importante do aumento do déficit público.

Devido a este cenário, o Banco Mundial/Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização das Nações Unidas (ONU) – agências internacionais criadas pelos Estados Unidos da América após a Segunda Guerra Mundial para garantir a segurança política e econômica dos países aliados – passaram a condicionar seu apoio e empréstimos à adoção de certas medidas pelos países em desenvolvimento.

Tais agências impuseram políticas de austeridade, com a redução do gasto público através de reformas de estado. As reformas exigidas tinham o objetivo escuso de colocar nas mãos do capital dos países centrais o controle da produção e de serviços que até então estavam sob controle dos estados, de forma que estes não saíssem tão prejudicados com a crise.[8] Como os países que mais investem nos fundos, ou seja, os países ricos, detêm maior poder de decisão nessas organizações, as iniciativas de maior interesse para os mesmos são privilegiadas.[9]

Diante das exigências e das dívidas, os dirigentes políticos encontravam-se pressionados a dar uma resposta que satisfizesse, de um lado, a necessidade de conter gastos e, de outro, a responsabilidade sanitária exigida pelos movimentos sociais que reivindicavam a manutenção de políticas de bem-estar social. Foi neste contexto, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) convocou a Conferência de Alma Ata e lançou a proposta de um novo paradigma para a assistência à saúde, revisitando e reestruturando as ideias da medicina comunitária.[10]

Nas décadas seguintes, a OMS e o Banco Mundial continuaram estabelecendo orientações com vistas à contenção de gastos e ao equilíbrio monetário. Em 1993, o Banco Mundial lançou

parâmetros para sua reforma sanitária através do documento intitulado "Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial – Investindo Saúde". Para os países de renda média como o Brasil, recomendava-se reduzir a responsabilidade dos governos no financiamento dos serviços de saúde, através da eliminação gradual de subsídios públicos aos grupos mais abastados, ampliando a cobertura de seguros de saúde e estimulando métodos de pagamento que permitissem controlar custos. Os governos deveriam financiar apenas medidas restritas e intervenções clínicas essenciais. O que não fosse essencial ou considerado custo-efetivo deveria ser financiado pela iniciativa privada ou por um seguro social.[9]

No mesmo ano, o Programa Saúde da Família (PSF) é instituído no Brasil, fundamentado a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de algumas experiências no país, como as do Grupo Hospitalar Conceição no Rio Grande do Sul, do município de Niterói, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e do município de Quixadá, no Ceará.[3] O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), que apoiava o PACS, também deu apoio técnico e financeiro para a política que nascia.

Ainda que tenha contado com apoio financeiro de agências internacionais que defendem determinados interesses, para Paim, o PSF faz parte da categoria de políticas democratizadoras da década de 90 e é fruto legítimo da medicina social, uma vez que é ancorado no conceito fundamental de determinação social do processo saúde-doença e tem enfoque nos processos de trabalho em saúde.[3,11] Nesta mesma década, o PSF converteu-se em Estratégia Saúde da Família (ESF) e tornou-se o modelo prioritário para a APS no Brasil.

Concomitante ao desenvolvimento da APS, grupos ligados ao capital médico-industrial-financeiro passam a investir fortemente nos países da América Latina. Neste período, a maioria dos governos latino-americanos já havia cedido às exigências dos organismos multilaterais de crédito e promovido abertura econômica aos capitais internacionais via privatizações e redução de gastos sociais.

Os projetos financiados com esses empréstimos internacionais constituíram as bases que operacionalizaram o discurso incutido, paulatinamente, nas sociedades latino-americanas de que a privatização dos serviços estatais e a redução de custos sociais são uma necessidade inexorável.[8] O complexo médico-industrial transformou-se. O capital que antes

era monopolizado por indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares, atualmente divide poder com seguradoras e planos de saúde.

Essa transformação, atrelada à precarização dos sistemas de saúde públicos, tem convertido usuários/pacientes em clientes/consumidores. O discurso que defende a redução da responsabilidade do Estado é o mesmo que, pouco a pouco, converteu a saúde em uma mercadoria.[8]

As organizações formuladoras, em consonância ao aprofundamento da mercantilização da saúde, desenvolvem novos modelos de gestão, os quais responderiam à presumida ineficiência dos estados. Oferta-se, então, um modelo de gestão de recursos que promoveria o controle de gastos através do controle dos prestadores de serviços, estratégia conhecida como atenção gerenciada ou *managed care*.[10]

A atenção gerenciada parte dos pressupostos de que a gestão privada é mais eficiente que a pública e de que é importante flexibilizar as relações de trabalho para alcançar eficiência, produtividade e qualidade. Para isso, adota mecanismos como pagamento atrelado ao número de procedimentos/consultas, utilizando um *gatekeeper,* um "porteiro" do sistema, papel bem desempenhado por médicos de família e comunidade, que já

desempenham o papel de primeiro contato dos pacientes com o sistema de saúde.[12]

Além do primeiro contato, outros atributos e componentes da APS tem sido incorporados a modelos de atenção que primam pelo mercado, como o *managed care.* Este, por exemplo, também prevê a prática de cuidados hierarquizada, a atenção continuada e integral e a atuação de médicos generalistas em equipes multiprofissionais. Apesar de apresentar avanços enquanto modelo de atenção, funciona em formato liberal e através da desresponsabilização do estado pela saúde do povo.[3,13]

Outra abordagem para a contenção de investimentos públicos é a privatização. Governos que antes custeavam diretamente os serviços de saúde, agora compram serviços de organizações privadas. Em tese, a prestação de serviços privados reduziria a burocratização e aumentaria a resposta aos "consumidores", entretanto, nas palavras de Barbara Starfield[13], uma das vozes mais importantes nas formulações para a APS,

> os custos mais baixos (...) geralmente não se materializam no caso dos serviços de saúde, principalmente porque o mercado muitas vezes impõe sua própria demanda aos competidores, resultando em um aumento nos custos da atenção (p. 187).

Segundo Franco e Merhy, as propostas do Banco Mundial são nitidamente privatistas, corroborando com as propostas neoliberais de organização da sociedade. Ao propor a redução dos investimentos estatais às áreas mais básicas da assistência, deixando as ações de média e alta complexidade a cargo do setor privado, limita o acesso, "jogando para os usuários o ônus de custear o sistema de saúde" (p. 19).[1]

As respostas à crise da última década não foram diferentes no Brasil. O país enfrentou uma recessão econômica importante em 2015 e 2016, o que impulsionou o governo a restringir gastos públicos para sustentar a estabilidade monetária do mercado financeiro. As restrições orçamentárias atingiram de forma contundente o direito à saúde, com a redução sistemática de financiamento para o SUS, o desmonte do corpo técnico gestor dos programas de saúde e o recrudescimento dos incentivos para o setor privado. A Emenda Constitucional 95, promulgada em resposta à crise e implementada a partir de 2017, limita os gastos públicos de acordo com a inflação acumulada e impossibilita o aumento do investimento nas áreas sociais, que já é sabidamente insuficiente, pelas próximas décadas.[14]

Outras medidas recentes afetaram diretamente a APS. A nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), fragiliza a ESF,

permitindo a alocação de especialistas focais nas unidades básicas de saúde (UBS) e faculta a presença de agentes comunitários de saúde nas equipes, limitando o potencial de intervenção nos territórios.[15,16]

Essa ofensiva contra o SUS acontece em concomitância ao crescimento da MFC no mercado privado, principalmente através da saúde suplementar. Os planos de saúde, diante da ineficácia do modelo de cuidado fragmentado e com vistas no potencial de resolutividade da MFC, tem criado planos com médicos de família como profissionais de primeiro contato. A vinculação aos profissionais se dá através de uma lista de pacientes e as seguradoras propõem remuneração diferenciada aos prestadores, além de preços mais atrativos aos usuários, de acordo com os princípios da atenção gerenciada.[12]

Não surpreende que o perfil em construção de MFC tenha se tornado atrativo para o setor privado, uma vez que a menor taxa de encaminhamentos e a racionalização do uso de exames complementares convêm às seguradoras.[12] No entanto, há um limite importante da atuação dos médicos de família no setor suplementar: o descolamento do território, sentido também apontado pela nova PNAB. Além disso, a abordagem comunitária (ações de vigilância do território e atividades em grupo, por

exemplo) não é priorizada nesse cenário, afastando cada vez mais a MFC de suas raízes comunitaristas e aproximando-a do modelo internacional de médico de família – profissional liberal centrado exclusivamente nas pessoas.

O crescimento de investimentos em APS, os incentivos na formação, bem como a expansão do mercado de trabalho (público e privado) para médicos de família e comunidade, ampliaram os olhares para a especialidade. Pouco a pouco, a desconfiança das entidades corporativas e associações de especialistas para com a medicina generalista precisou ser reconsiderada. Além disso, estes olhares provocaram, nos médicos de família e comunidade, o crescimento do desejo, da vontade de assumir o controle da hegemonia do processo, seja através de entidades corporativas ou científicas, seja através da ocupação de cargos ligados ao governo.[17]

Com este movimento, médicos de família tem ocupado cada vez mais espaços centrais na política institucional e nas entidades médicas. E se tornado cada vez mais "parecidos" com os médicos conservadores que ocupam as entidades médicas brasileiras há décadas, conciliando estratégias que buscam integrar o público e o privado para consolidar a medicina de família como ordenadora do sistema de saúde, deixando de lado a

defesa intransigente dos direitos do povo empobrecido, herança quase esquecida de seus antepassados comunitaristas.

Em ressonância ao movimento da MFC no privado e ao desmantelamento do SUS, Gusso e outros autores, médicos de família influentes na formação discursiva e política da especialidade, alguns dos quais compõem a diretoria da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) nas últimas gestões, escreveram um artigo polêmico, no qual propõem novas bases para o sanitarismo no Brasil.[18] Neste artigo, sustentam que o SUS promete o intangível e que o texto constitucional que o regulamenta poderia ser substituído por "serviços de saúde custo efetivos são um direito da população" (p. 8). Com esta proposta, defendem a cobertura universal de saúde, não necessariamente provida pelo Estado.

Como a APS consiste em eixo estruturante do nosso sistema de saúde e é foco de grande parte das políticas públicas criadas na última década, os médicos de família e comunidade ganharam destaque político, prático e discursivo recentemente. Com a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) vinculada ao Ministério da Saúde do atual governo, médicos de família e comunidade tem tomado a frente da construção de políticas e colocado em prática os discursos liberais que vem

sendo cultivados no interior das discussões da especialidade nos últimos anos.

A eleição de um governo de extrema-direita que tem levado a cabo a extinção de diversas políticas sociais, levou também ao processo de substituição do Programa Mais Médicos (PMM) pelo Programa Médicos Pelo Brasil (PMB).[19,20] Pretende-se que o novo programa seja instituído através da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), um serviço social autônomo de direito privado sem fins lucrativos, que poderá captar recursos financeiros privados, constituindo clara proposta de privatização da APS.[21]

Diferente do PMM, que possuía frentes de ação que incluíam melhoria de infraestrutura das UBS, mudanças curriculares na graduação de medicina e expansão de vagas de residência em MFC, o novo programa propõe provimento de médicos para áreas remotas sem o compromisso com a formação voltada para as necessidades do SUS. Além de se eximir da regulação da residência médica (revogando os artigos 6º e 7º da Lei no 12.871/2013 do PMM) o PMB deslegitima os critérios da SBMFC para obtenção do título de especialista, ao habilitar os médicos que atuarem no programa para a prova da especialidade com apenas dois anos de atuação na APS (a Sociedade exige quatro

anos). Desta forma, o programa também corrobora para a desqualificação da formação em MFC, uma vez que as condições de aprendizagem no âmbito do PMB seriam muito mais precárias que a formação "padrão ouro" da residência médica. Apesar disso, a SBMFC manifestou-se em apoio ao novo programa.[22]

A relação de cooperação entre o governo e a sociedade científica tornou-se evidente no momento em que a SBMFC assumiu o compromisso de construir o PMB, expondo um paradoxo discursivo: ao mesmo tempo em que a SBMFC reivindica ser porta voz do discurso científico (ou em outros termos, baseado em evidências), assume um papel político central e "pretende assumir a figura de uma formação discursiva independente e capaz de apontar sozinha caminhos para a organização de serviços de saúde no Brasil" (p.14), conforme aponta Andrade et al, recuperando elementos do já citado polêmico artigo "Bases para um novo sanitarismo".[18,23]

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A MFC tem trilhado um percurso que a aproxima cada vez mais do modelo médico hegemônico, baseado em referências internacionais que não compartilham de sua história comunitarista, alicerce da construção do maior sistema de saúde socializado do mundo. Esta tendência também se revela quando a especialidade ocupa o sistema suplementar, aproximando-se da dimensão liberal do trabalho médico e distanciando-se do compromisso de construir uma APS qualificada no SUS.[6,12]

O distanciamento da prática comunitária, dos territórios, do horizonte de autonomia frente à tutela médica e da compreensão da centralidade dos determinantes sociais de saúde, têm levado a MFC para uma prática cada vez mais centrada nos indivíduos.

Ademais, a migração de médicos de família e comunidade para o setor privado tende a ampliar ainda mais o déficit desses especialistas no SUS e a aumentar a iniquidade no acesso aos serviços de saúde. Esse processo deve ser reforçado pelas novas configurações de equipes previstas pela nova PNAB e pela precarização do serviço público e das condições de trabalho.[12,24]

Por fim, a incorporação sistemática de referenciais teóricos e modelos de atenção de países com histórias absolutamente diferentes da nossa, e sem considerar que a realidade atual

desses países se inclui no contexto de retirada de direitos e destruição de redes universalistas de proteção social, pode nos encaminhar para a efetivação da agenda neoliberal que o Banco Mundial tenta nos impôr desde a década de 80, mantendo-nos reféns na condição colonizada e subalterna aos países capitalistas.

REFERÊNCIAS

1 FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: **O trabalho em saúde: olhando e experenciando o SUS no cotidiano.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 55–124.

2 SILVA JR., A. G. DA. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

3 GOULART, F. A. DE A. Saúde da Família no Brasil: do movimento ideológico à ação política. In: **Memórias da saúde da família no Brasil**. Série I. História da Saúde no Brasil. Brasília - DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica, 2010. p. 58–107.

4 BONET, O. A. R. **Os médicos da pessoa: Um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional**. Tese de Doutorado—Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2003.

5 GUSSO, G.; FALK, J. W.; LOPES, J. M. C. Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e profissão. In: **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. I. p. 11–18.

6 ANDRADE, H. S. DE et al. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, 20 dez. 2018.

7 OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. suppl 1, p. 205–218, jun. 2015.

8 IRIART, C.; MERHY, E. E.; WAITZKIN, H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 95–105, jan. 2000.

9 MATTOS, R. A. DE. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 377–389, 2001.

10 IRIART, C.; MERHY, E. E. Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 63, p. 1005–1016, dez. 2017.

11 PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Ed.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

12 MACHADO, H. S. V.; MELO, E. A.; PAULA, L. G. N. DE. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil:

implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019.

13 STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília - DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

14 CASA CIVIL. Emenda Constitucional nº 95. 15 dez. 2016.

15 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.435 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. 21 set. 2017.

16 FAUSTO, M. C. R. et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. SPE1, p. 12–14, set. 2018.

17 GOMES, L. B. **A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2016.

18 GUSSO, G. D. F. et al. Bases para um Novo Sanitarismo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 36, 30 set. 2015.

19 PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 12.871/2013 que institui o Programa Mais Médicos. 22 out. 2013.

20 PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. 13.958. Lei nº 13.958, que institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo

denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). 18 dez. 2019.

21 GIOVANELLA, L. et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 10, 2019.

22 SBMFC. **Nota da SBMFC: análise em relação ao Programa Médicos pelo Brasil**, 14 ago. 2019a. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2019/08/ana%CC%81lise-em-relac%CC%A7a%CC%83o-ao-Programa-Me%CC%81dicos-pelo-Brasil-proposto-pelo-Ministe%CC%81rio-da-Sau%CC%81de-MS-.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2020

23 SBMFC. **SBMFC, Unasus e MS se reúnem para organizar o curso de especialização do Programa Médicos pelo Brasil**. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-unasus-e-ms-se-reunem-para-organizar-o-curso-de-especializacao-do-programa-medicos-pelo-brasil/>. Acesso em: 6 fev. 2020.

24 COELHO NETO, G. C.; ANTUNES, V. H.; OLIVEIRA, A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, 2019.

SOBRE OS AUTORES

ORGANIZADORES

ANA MARIA GONDIM VALENÇA

Docente da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE, Brasil; Especialização em Educação em Saúde Pública pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói/RJ, Brasil; Mestrado Acadêmico em Odontopediatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro/RJ, Brasil; Doutorado em Odontologia Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói/RJ, Brasil. Atuante nos seguintes temas: Epidemiologia clínica, Oncologia pediátrica, Políticas públicas de saúde, Saúde bucal e Sistema Único de Saúde. Atualmente é Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFPB), do Programa de Pós-graduação em Odontologia (PPGO/UFPB) e do Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde (PPGMDS/UFPB).

FRANKLIN DELANO SOARES FORTE

Professor Associado IV do Mestrado Profissional em Saúde da Família e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

AUTORES

ANA CLÁUDIA CAVALCANTI PEIXOTO DE VASCONCELOS

Nutricionista pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) e Doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Professora Adjunta do Departamento de Nutrição/ Centro de Ciências da Saúde-Universidade Federal da Paraíba. Docente colaboradora da Pós Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional em Saúde da Família.

ANA MARIA GONDIM VALENÇA

Docente da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE, Brasil; Especialização em Educação em Saúde Pública pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói/RJ, Brasil; Mestrado Acadêmico em

Odontopediatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro/RJ, Brasil; Doutorado em Odontologia Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói/RJ, Brasil. Atuante nos seguintes temas: Epidemiologia clínica, Oncologia pediátrica, Políticas públicas de saúde, Saúde bucal e Sistema Único de Saúde. Atualmente é Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFPB), do Programa de Pós-graduação em Odontologia (PPGO/UFPB) e do Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde (PPGMDS/UFPB).

ANDREIA MARINHO BARBOSA

Graduada em Nutrição (2014) e Mestra em Saúde da Família (2019) pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Possui especialização em Saúde da Família (2017) pelo Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Prefeitura Municipal de João Pessoa em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB) e em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (2019) pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Atualmente é nutricionista no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) em Paulista-PE; integrante do Grupo de Estudos em Saúde

Coletiva (CNPq/UFPB); e colaboradora no Programa Mais Saúde na Comunidade vinculado a UFPB.

ANE POLLINE LACERDA PROTASIO

Cirurgiã-dentista. Possui graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande/PB, Brasil; Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís/MA, Brasil; Mestrado Acadêmico em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (PPGMDS/UFPB), João Pessoa/PB, Brasil; Doutorado em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (PPGMDS/UFPB), João Pessoa/PB, Brasil; Doutorado-sanduíche no Exterior (PDSE) desenvolvido na *University of Washington - Department of Rehabilitation Medicine, School of Medicine,* Seattle/WA, Estados Unidos da América. Atua em pesquisas envolvendo Atenção Primária à Saúde, Satisfação do usuário, PMAQ e Bioestatística. Atualmente é pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Odontopediatria e Clínica Integrada (GPOCI).

ANGÉLICA PEREIRA DA CRUZ

Mestranda em Fisioterapia pelo Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Terapia Intensiva pelo Centro Universitário de João Pessoa (*latu senso*) e pela SES-PE/IMIP (residência). Fisioterapeuta.

ANNA KARINA BARROS DE MORAES RAMALHO

Cirurgiã-dentista. Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil; Especialização em Prótese Dentária pela Faculdade Centro Odontológico de Estudos e Pesquisas (COESP), João Pessoa/PB, Brasil; Especialização em Educação em Saúde Para Preceptores do SUS pela Instituição de Ensino Superior do Hospital Sírio Libanês, São Paulo/PB, Brasil; Especialização em Saúde da Família com Ênfase nas Linhas de Cuidado; Mestrado Profissional em Saúde da Família Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil; Atuação como cirurgiã-dentista por 13 anos na ESF, preceptora do PET-Saúde e supervisora no serviço de estágios dos cursos de odontologia da UFPB e UNIPE. Atualmente é doutoranda em Ciências Odontológicas, bolsista

CAPES, no Programa de Pós-graduação em Odontologia (PPGO/UFPB), João Pessoa, PB, Brasil.

AUGUSTO JOSÉ BEZERRA DE ANDRADE

Mestrando em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Enfermeiro.

BRUNA ARAUJO PIRES

Graduada em Fisioterapia (2007) pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Possui especialização em Saúde da Família (2013) pelas Faculdades Integradas de Patos - FIP. Mestranda no curso de Pós-graduação em Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba, na linha de pesquisa Avaliação e Intervenção em Fisioterapia na Coletividade. Atualmente é professora no curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade Internacional da Paraíba – FPB.

DANIELE ALVES PEIXOTO

Psicóloga pela Universidade Federal da Paraíba (2013). Especialista em Saúde Mental na modalidade Residência pela Universidade de Pernambuco (2017) e Mestra em Psicologia e

Saúde Mental pela mesma instituição (2019), integrante do Grupo de Pesquisa Políticas, Educação e Cuidado em Saúde (GPECS). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

DANIELLA DE SOUZA BARBOSA

Fisioterapeuta, professora Adjunta no Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (DPS/CCM/UFPB), Especialista em Gerontologia (2004), Mestre e Doutora em Educação (2009/2014), Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas, Educação e Cuidado em Saúde e Pesquisadora do Campo da Saúde Coletiva, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

DÉBORA THAISE FREIRES DE BRITO

Graduada em Enfermagem (2016) pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Possui especialização em Saúde da Família e Comunidade(2019) pelo Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - FCM-PB. Atualmente é Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, na área de concentração de política, gestão e cuidado em saúde.

EDJAVANE DA ROCHA RODRIGUES DE ANDRADE SILVA

Assistente Social, Especialista em Gestão Pública/IFPB, mestranda na Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFPB, João Pessoa/PB, Brasil.

EMMELLY RHAYSSA COSTA DE SOUZA

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Desenvolveu atividade de monitoria da disciplina de Fisioterapia na Saúde do Trabalhador (DFT/CCS/UFPB). Pesquisadora voluntária de Iniciação Científica no Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva (LEPASC/UFPB).

ERLAINE SOUZA DA SILVA

Bacharela em Educação Artística com habilitação em Artes Cênicas pela Universidade Federal Paraíba (UFPB). Enfermeira pelo Centro Universitário de João Pessoa UNIPÊ, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPB, Especialista Unidade de Terapia Intensiva e Saúde da Família. Atualmente é servidora pública municipal em Guarabira – PB, atuando como enfermeira na Estratégia de Saúde da Família. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

FRANKLIN DELANO SOARES FORTE

Professor Associado IV do Mestrado Profissional em Saúde da Família e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.

GABRIELLE MANGUEIRA LACERDA

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

GERALDO EDUARDO GUEDES DE BRITO

Professor Adjunto do Departamento de Fisioterapia e dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Saúde da Família (RENASF) e Fisioterapia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/PE. Fisioterapeuta. Cabedelo, PB – Brasil.

HÉVILA DE FIGUEIREDO PIRES

Cirurgiã-dentista. Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil; Especialização em Andamento em Gestão em Saúde Pública pelo Instituto Pedagógico Brasileiro (IPB), Belo Horizonte/MG, Brasil. Atuante nos seguintes temas: Saúde Coletiva, Saúde bucal e Oncologia pediátrica. Atualmente integra o Grupo de Pesquisa em Odontopediatria e Clínica Integrada (GPOCI).

JOSÉ AUGUSTO DE SOUSA RODRIGUES

Mestrando em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Enfermeiro. Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

JULIANA SAMPAIO

Formada em Psicologia, professora do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (DPS/UFPB), e Líder do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde (GPECS). Desenvolve na UFPB atividades de ensino, pesquisa e extensão na graduação de Medicina, na Residência de Medicina de Família e Comunidade, no Mestrado

de Saúde Coletiva e no programa de Pós Graduação (mestrado e doutorado) em Modelos de Decisão em Saúde. Mestra em Serviço Social, pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

LUCIANO BEZERRA GOMES

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (2003) e Residência em Medicina Preventiva e Social (2005) na mesma instituição. Concluiu Mestrado (2010) e Doutorado (2016) no Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). É Professor Adjunto do Departamento de Promoção da Saúde, do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba - UFPB. É Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde (PPGMDS) da UFPB e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

MARIA JOYCE TAVARES ALVES

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Reside em Cajazeiras, PB – Brasil.

MARCELO VIANA DA COSTA

Professor Adjunto da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Coordenador da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS). Enfermeiro.

MARILEIDE PIRES TAVARES

Graduada em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria (FSM) e Especialização em Saúde Mental pela FASP. Enfermeira do CAPS na Prefeitura Municipal de São José de Piranhas. Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

MOÂNGELA ALVES DE SOUSA ALENCAR

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); Pós-graduanda do Curso de Especialização em Saúde Coletiva pelo Instituto Cultus. Atua em pesquisas envolvendo: Avaliação em Saúde e PMAQ; Atenção Primária em Saúde; Saúde bucal e Atenção básica. Atualmente é mestranda do Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde (PPGMDS/UFPB).

PEDRO JOSÉ SANTOS CARNEIRO CRUZ

Professor Adjunto do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) do Centro de Educação da UFPB e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB. Graduado em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba / UFPB

Doutor e Mestre em Educação pelo programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal da Paraíba /UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

RENAN SOARES DE ARAÚJO

Graduado em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba/ UFPB. Mestrando em pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal da Paraíba/PPGE-UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

ROBSON DA FONSECA NEVES

Professor Adjunto do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Graduado em Fisioterapia pela Universidade Católica do Salvador, mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - ISC/UFBA e doutor em Saúde Pública pelo ISC/UFBA, com estágio na University of Western Ontario - Canada. Desenvolve atividades de pesquisa nas áreas de saúde coletiva com foco na saúde do trabalhador, na atenção primária à saúde, avaliação de serviços e programas de fisioterapia na saúde pública todos por meio de abordagens metodológicas qualitativas. Co-Líder do Grupo de Pesquisa CNPq/UFBA: Saúde integral: saúde, trabalho e funcionalidade, no qual se dedica a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na Atenção Primária à Saúde e aos estudos de retorno ao trabalho nos casos de incapacidade

prolongada para o trabalho. Desenvolve também atividades de pesquisa no Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva (LEPASC/UFPB). Professor do Programa de Mestrado Profissional da RENASF-UFPB, do programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva (UFPB) e do Programa de Mestrado Acadêmico em Fisioterapia (UFPB).

SARAH BARBOSA SEGALLA

Médica de família e comunidade, preceptora da residência de MFC da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB, estudante de mestrado do PPGSC/UFPB, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

SEMIRAMES MARLEXANDRA DE LIMA COQUEIJO

Bacharel em Educação Física, Especialista em Saúde Mental no formato residência, mestranda na Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFPB, João Pessoa/PB, Brasil.

SUÊNIA GONÇALVES DE MEDEIROS DINIZ

Enfermeira – Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (2014). Mestre em Saúde da Família, MPSF – RENASF, Nucleadora UFPB (2019).

Especialista em Enfermagem Obstétrica (2018), Saúde Pública (2017) e Saúde da Família (2015). Atualmente é servidora pública municipal em Alagoa Grande – PB, atuando na Estratégia Saúde da Família, e em João Pessoa-PB, atuando na assistência, em Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

TALITHA RODRIGUES RIBEIRO FERNANDES PESSOA

Professora Adjunta II da Universidade Federal da Paraíba, atuando na área de Saúde Coletiva do curso de Odontologia, no Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFPB) e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

TARCISIO ALMEIDA MENEZES

Psicólogo, mestrando no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), integrante do Grupo de Pesquisa Políticas, Educação e Cuidado em Saúde (GPECS), João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Este livro foi diagramado pela
Editora UFPB em 2020.