



Universidade Federal do Sul da Bahia
Mestrado Profissional em Saúde da Família

Genilson Jesus das Virgens

Representações Sociais de Trabalhadores de Saúde de um município do interior da Bahia acerca do SUS e da Atenção Primária à Saúde

ITABUNA – BA

2023

Genilson Jesus das Virgens

Representações Sociais de Trabalhadores de Saúde de um município do interior da Bahia acerca do SUS e da Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal do Sul da Bahia - UFSB, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso

Linha de Pesquisa: Gestão e Avaliação de serviços na Estratégia de Saúde da Família/Atenção Básica.

ITABUNA – BA

2023

Catálogo na Publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)
Sistema de Bibliotecas (SIBI)

C268r Virgens, Genilson Jesus das, 1973 -
Representações sociais de trabalhadores de saúde de um município do interior da Bahia acerca do SUS e da Atenção Primária à Saúde. / Genilson Jesus das Virgens. – Teixeira de Freitas, 2023.
137 f.

Orientador: Prof. Dr. Antonio José Costa Cardoso

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia. Centro de Formação em Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Campus Paulo Freire.

1. Sistemas de Saúde. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Modelos de Atenção à Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Representações Sociais. I. Cardoso, Antonio José Costa. II. Título.

CDD – 362.18142

Genilson Jesus das Virgens

Representações Sociais de Trabalhadores de Saúde de um município do interior da Bahia acerca do SUS e da Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Universidade Federal do Sul da Bahia - UFSB, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 31/03/2023

Banca Examinadora



Profa. Dra. Jane Mary de Medeiros Guimarães (Membro interno)

UFSB



Prof. Dr. Augusto César Costa Cardoso (Membro externo)

UNEB



Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso (Orientador)

UFSB

ITABUNA – BA

2023

Dedico este trabalho à Anacleto José das Virgens (In memoriam) e a Andrelina Maria de Jesus das Virgens – incansáveis no objetivo de fazer os filhos felizes, orgulhosos em vê-los alcançar fração de cada vitória.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é reconhecer que a vitória alcançada é mérito também de outros atores. Neste sentido minha **GRATIDÃO** incalculável ao Senhor **JESUS CRISTO** por demonstrar a essencialidade de um amor verdadeiramente, **PURO, INCONDICIONAL**, profundo.

ANA RODRIGUES e **LETHICIA** por compartilharem de minhas lutas, medos, angústias, propiciando no tempo certo a compreensão necessária nesse processo desgastante e prazeroso ao mesmo tempo... São importantíssimas para mim.

Aos diversos familiares, cada um de sua forma contribuiu nesse processo: Val/família, Eduardo/família, Edna/família, Edval/família, Eliana/família, Raimundo/família, Marinaldo/Márcia/família, Lúcia/família, Vitória/família, Samuel, Heitor, Noah.

Aos amigos que citarei, mas certamente cometerei injustiças. Jair, Laurenildo, Neto Soares, Bibi, Sinval, Batista, Neto/Fernanda, Regimar/Dora, Claudinho/Luzia, Egenildo/Vika Davi/Levi/famílias, Cláudio/Sara/Angélica/família, Graça Santana. Aos irmãos da IPJO pelo carinho imenso, fundamentais, revigorante. Aos colegas do CAPS de Coaraci pela imensa força, contribuição e paciência: Enfa. Zeni (Coor. na época), Carol, Fábio, Lucas, Cintia, Neuzinha, Marcinha, Maria, Jocemar, Leo, Mari, Mônica, Lia, Tarcila e Dr. Gentil.

Aos colegas das Unidades de Saúde que contribuíram nesse percurso, em especial a todos os profissionais das USFs Adauto Sacramento e Gilberto Lyrio, através das Enfermeiras Valéria e Helen. A Coordenação da Atenção Básica através da Enfermeira Maria José (Lói). À Prefeitura Municipal de Coaraci, na pessoa do Prefeito Jadson Albano. A Secretária Municipal de Saúde, Maria Luiza. A vereadora Núbia Sales, pessoa significativa nessa trajetória.

À todos os Professores do PROFSAÚDE, profissionais extremamente competentes: Lina Faria, Luiz Antônio Castro Santos, Márcio Florentino Pereira, Rocio Chavez Alvarez, Jane Mary de Medeiros Guimarães, Antônio José Costa Cardoso. Ao Prof. Dr. Augusto Cesar Cardoso com contribuição significativa neste trabalho nas 02 bancas que participou.

Aos colegas do Mestrado, pessoas chaves nessa jornada. Dividimos ansiedades, medos, expectativa, mas, acima de tudo aprendizado, experiência e vitórias. Maria Conceição, Dândara, Tamine, Luciano, Sérgio, Matheus, David, Maria Eugênia e Pedro Brasileiro Júnior (amigo). Aos colegas da Especialização em Saúde Coletiva da UFSB, destacando Antonio Carlos, Átima, Loyola, Guilherme e Larayne em nome dos quais reporto minha gratidão à turma.

E um agradecimento mais que especialíssimo ao meu Orientador, Professor Dr. **Antônio José Cardoso (TOM)**. Palavras são ínfimas para **adjetivar esse profissional brilhante, competente, inteligentíssimo, responsável e humano...** não seria a mesma coisa sem você.

VECINA NETO, GONZALO
2020

Muitas das coisas que nós discutimos
não são factíveis, mas são sonhos,
e ficam no horizonte
chamando a nossa ação,
e nós temos caminhado em direção
a esse sonho.

Graças a esses sonhos que fazem com que
nós caminhemos em direção
às nossas
Utopias.

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), concebido num contexto histórico de lutas, reivindicações e conquistas, permanece sendo um desafio. A Atenção Primária à Saúde aqui no Brasil foi projetada para ser a sua “coluna dorsal”. A Estratégia de Saúde da Família tem a missão de transformar o modelo de prestação de assistência e serviços de saúde, na direção de um novo modelo assistencial de saúde caracterizado pelo foco na promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação, criação de vínculos, com integralidade, longitudinalidade e orientação familiar/comunitária. O SUS luta contra o subfinanciamento crônico, falta de gestão qualificada e forte oposição do setor privado. **Objetivo:** Conhecer e analisar as Representações Sociais de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família do município de Coaraci, e sua adesão aos princípios e valores, do SUS e da Atenção Primária à Saúde à luz da disputa entre modelos assistenciais em saúde. **Método:** Este trabalho é uma investigação de campo, exploratória e qualitativa, do tipo Estudo de Casos, tendo especificamente duas Unidades da Estratégia de Saúde da Família como casos. A coleta de dados foi realizada por meio de Entrevista Individual e questionário semiestruturado, entre outubro e dezembro de 2022. Os dados foram processados por meio do método de Análise de Conteúdo (Bardin). A amostra contou com 18 participantes. **Resultados:** Ao Traçar um breve perfil dos participantes da pesquisa, a idade variou de 28 a 61 anos, sendo a média encontrada de 44 anos. Houve predomínio do sexo feminino (87,5%). Com relação à cor/raça, tem-se a seguinte estratificação: a) Parda: 61%; b) Preta: 22,5%; c) Branca: 16,3%. A maioria dos entrevistados nas Unidades Alfa e Beta avaliaram o SUS positivamente, identificaram a importância da APS, da ESF, mas problematizaram e apresentaram suas fragilidades, entraves, identificando a APS como Porta de entrada principal do SUS. **Discussão:** Do conjunto dos entrevistados nas duas Equipes de Saúde, houve uma considerável quantidade de entrevistas que demonstram a importância do SUS. Vozes problematizaram as suas ações e aplicabilidade no “mundo real”, mas há àqueles que caminham no sentido oposto, enxergando um SUS para além de seus problemas estruturais, reconhecendo seu ganho social e caráter universal/inclusivo. Emergiram as seguintes Categorias Temáticas: O SUS é importante conquista da sociedade brasileira; APS é “Porta de Entrada” do SUS, e ESF, “Estratégia de Reorganização da APS”; e, Sem perfil nem reflexão, há solução ou somente alienação e mecanização? **Considerações Finais:** O estudo permitiu concluir que a compreensão do SUS a nível local está permeada por Representações Sociais positivas e negativas; que a dualidade de compreensões entre os dois modelos em disputa se faz presente nas duas Unidades de Saúde estudadas, resultando em fragilidades no processo de reorganização da atenção conforme proposta da Estratégia; que o perfil dos entrevistados é de predominância de uma Equipe experiente com média de trabalho maior que 15 anos; que esses trabalhadores apontam fragilidades no sistema e reconhece algumas causas dessas fragilidades; que nós críticos não superados na Rede de atenção provoca vulnerabilidades.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Modelos de Atenção à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Representações Sociais.

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian single health system (SUS), conceived in a historical context of struggles, claims and achievements, remains a challenge. Primary Health Care (PHC) here in Brazil was designed to be its "backbone". The Family Health Strategy (ESF) has the mission to transform the model of care and health services delivery, towards a new health care model characterized by a focus on health promotion, disease prevention, rehabilitation, and bonding, with integrality, longitudinality, and family/community orientation. The Brazilian single health system struggles with chronic underfunding, lack of qualified management, and strong opposition from the private sector. **Objective:** To know and analyze the Social Representations of workers of the Family Health Strategy in the municipality of Coaraci, and their adherence to the principles and values of The Brazilian single health system and Primary Health Care in the light of the dispute between health care models. **Method:** This work is a field, exploratory, and qualitative investigation, of the Case Study type, having specifically two Family Health Strategy Units as cases. Data collection was carried out by means of Individual Interview and semi-structured questionnaire, between October and December 2022. The data were processed using the Content Analysis method (Bardin). The sample included 18 participants. **Results:** In tracing a brief profile of the research participants, the age ranged from 28 to 61 years, the average found being 44 years. There was a predominance of females (87.5%). Regarding color/race, there is the following stratification: a) Brown: 61%; b) Black: 22.5%; c) White: 16.3%. Most interviewees in the Alfa and Beta Units evaluated the SUS positively, identified the importance of the PHC, the FHS, but questioned and presented their weaknesses, obstacles, identifying the PHC as the main gateway to the SUS. **Discussion:** From the set of interviewees in the two Health Teams, there was a considerable amount of interviews that demonstrate the importance of the SUS. Voices problematized its actions and applicability in the "real world," but there are those who walk in the opposite direction, seeing a SUS beyond its structural problems, recognizing its social gain and universal/inclusive character. The following Thematic Categories emerged: SUS is an important achievement of Brazilian society; PHC is "Gateway" of SUS, and ESF, "Strategy for Reorganization of PHC"; and, Without profile nor reflection, is there a solution or only alienation and mechanization? **Concluding Remarks:** The study allowed us to conclude that the understanding of SUS at the local level is permeated by positive and negative Social Representations; that the duality of understanding between the two models in dispute is present in the two studied Health Units, resulting in weaknesses in the process of reorganization of care as proposed by the Strategy; that the profile of the interviewees is predominantly an experienced team with an average of more than 15 years of work; that these workers point out weaknesses in the system and recognize some causes of these weaknesses; that critical nodes not overcome in the care network causes vulnerabilities.

Key words: Health Systems. Family Health Strategy. Health Care Models. Primary Health Care. Social Representations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 01 - 8ª Conferência Nacional de Saúde: suas conquistas históricas	27
Figura 02 - O Brasil antes do SUS: principais acontecimentos	28
Figura 03 - Diferença entre os modelos assistências vigentes no país	50
Figura 04 - Localização de Coaraci no mapa e municípios limítrofes	65
Figura 05 - Localização das UBS no município	67
Figura 06 - Identificação da USF Aduino Sacramento	71
Figura 07 - Identificação da USF Gilberto Lyrio	72
Figura 08 – Demonstração das etapas do Método de Análise dos Dados	76
Figura 09 – Circuito Interpretativo da Análise de Dados	81
Figura 10 - Síntese geral do resultado da Categorização	93

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

Quadro 01 - Principais preceitos legais que normatizam o SUS	32
Quadro 02 - Principais preceitos legais que normatizam a APS no Brasil	44
Quadro 03 - Resumo dos trabalhos selecionados (2016 à 2021)	54

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICOS

Gráfico 01 - Pirâmide Etária município de Coaraci censo 2010	65
--	----

LISTA TABELAS

Tabela 01- Situação populacional do município de Coaraci, 2010 e 2020	66
Tabela 02- Resumo de dados sociais dos entrevistados das USF's BETA e ALFA	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária da Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
WHO	World Health Organization
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
UFSB	Universidade Federal do Sul da Bahia
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
IDISA	Instituto de Direito Sanitário Aplicado
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1. INTRODUÇÃO	22
2. REFERENCIAL TEÓRICO-NORMATIVO	25
2.1 O Sistema Único de Saúde	25
2.2 Atenção Primária em Saúde	38
2.3 A Saúde da Família como estratégia de reorganização do Modelo de Atenção	45
2.4 Modelos de Atenção em Saúde	48
2.5 A adesão dos trabalhadores aos princípios do SUS e aos atributos da APS	51
2.6 Teorias das Representações Sociais	51
3. BREVE REVISÃO DE LITERATURA	54
4. OBJETIVOS	62
4.1 Objetivo geral	62
4.2 Objetivos específicos	62
5. PERCURSO METODOLÓGICO	63
5.1 Desenho de Investigação	63
5.2 População de estudo, unidade de coleta e critérios de inclusão/exclusão	63
5.3 Estruturação e contextualização da APS de Coaraci	66
5.4 Técnicas e instrumentos de coletas de dados	73
5.5 Unidades de análise de dados e técnicas de análise de dados	74
5.6 Questões éticas da pesquisa	76
6. RESULTADOS	78
6.1 Perfil dos Participantes da Pesquisa	78
6.2 Representações Sociais	80
6.2.1 Descrição dos achados da USF Alfa	81
6.2.2 Descrição dos achados da USF Beta	85
7. DISCUSSÃO	94
7.1 O SUS é importante conquista da sociedade brasileira!	94
7.1.1 SUS para pobres <i>versus</i> SUS para todos/as (e o SUS que não se vê)	97
7.1.2 SUS ideal inscrito na Lei <i>versus</i> SUS real vivido no cotidiano	99
7.2 APS é “Porta de Entrada do SUS” e ESF, “Estratégia de Reorganização da APS”	104
7.2.1 Modelo uniprofissional medicocêntrico <i>versus</i> multiprofissional e interdisciplinar	107
7.2.2 Modelo curativista, foco em doenças agudas <i>versus</i> preventivista, foco em crônicas	109

7.2.3	Modelo sem demanda definida <i>versus</i> responsabilidade sanitária sobre população.....	111
7.3	Sem perfil nem reflexão, há solução ou somente alienação e mecanização?	112
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
	APÊNCIDE A - Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido – TCLE	125
	APÊNCIDE B - Termo de Anuência Institucional – TAI.....	127
	APÊNCIDE C - Instrumento de Coleta Entrevista Individual	128
	APÊNCIDE D – Instrumento de Coleta Entrevista.....	129
	APÊNCIDE E – Termo de Autorização de Imagem e Som	130
	APÊNCIDE F – Proposta de Projeto para Seminário de Intervenção	131
	ANEXO A – Curso de capacitação realizado pelo pesquisador.....	136

APRESENTAÇÃO

O presente estudo surge de inquietações fruto de minha trajetória enquanto profissional de Enfermagem militante na saúde coletiva/pública e de minha paixão pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pela Atenção Primária à Saúde (APS) e pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao longo de mais de 20 anos de atuação. Todavia, minhas primeiras lembranças com relação ao SUS remontam à minha infância e adolescência.

Meu pai por ser funcionário da Companhia de Eletricidade do Estado da Bahia – Coelba, tínhamos o cartão do INAMPS, e acesso ao sistema oficial de saúde por ser ele um típico empregado de “carteira assinada” daquele período. Ocorre que diversas pessoas de nosso círculo de convívio, inclusive parentes, não possuíam esse “desejado” documento, por não possuírem um emprego formal – eram brasileiros excluídos em seu próprio país. Restava-lhes, em caso de necessidades de atendimentos de saúde, utilizarem suas escassas economias ou buscarem atendimento nos serviços de filantropia, esses debilitados na época em uma luta desigual. Presenciei tamanha disparidade social até que, em 1988, aos 14 anos de idade, mesmo sem compreender tudo o que acontecia, percebi uma movimentação atípica, e as imagens mais cravadas em minhas memórias daquele tempo são as lembranças-símbolos de Ulisses Guimaraes, das “diretas já” e de Tancredo Neves, sua eleição, morte e nosso choro nacional. Posteriormente, lembro-me de mudanças no sistema de saúde que não entendíamos, todavia, o fato é que meu primo e tantos outros, passaram a ser atendidos pelo sistema público, inaugurando uma perspectiva de saúde como direito de todos e dever do Estado brasileiro.

Portanto, “meu lugar de fala”, além de alicerçado em minhas memórias e vivências da adolescência, encontra-se outrossim, em uma vida profissional que se iniciou no ano de 1999 no município de Ibirataia (BA), onde tive a oportunidade de integrar todos os “Equipamentos de Saúde” existentes naquela localidade, desde UBS no modelo tradicional e no modelo de ESF, Coordenação de Atenção Básica, Vigilância Epidemiológica e Sanitária, CAPS, Conselhos de Saúde, Gerência de serviços, assessoria na SMS à Hospital, este por um tempo menor. Em 2008, fui integrado a Secretaria de Saúde de Coaraci (BA), por concurso público, seguindo uma trajetória em tudo semelhante à do município anterior, sendo amplificada por conta de um tempo maior de atuação e com novas experiências na gestão de saúde do

município, onde pude integrar, como representante da SMS, organismos de gestão regional e estadual participando de discussões e resoluções importantes para a saúde.

Em 2018 tive a oportunidade de realizar um curso de Especialização em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Sul da Bahia, no Campus Jorge Amado – Itabuna (BA), abrindo novos horizontes intelectuais, formação de vínculos, contatos, novas experiências, possibilitando-me conhecer colegas maravilhosos e professores altamente capacitados, que muito agregaram a minha perspectiva de vida, na qual destaco os professores doutores Antonio José Costa Cardoso, Jane Mary de Medeiros Guimarães e Márcio Florentino, reencontrando-os aqui como professores no Profsaúde, além da Professora Dra. Gabriela Andrade Silva, que não faz parte desse novo ciclo de minha formação.

Após finalizar a Especialização, iniciei o processo de seleção para este Mestrado e lembro bem quando em fevereiro de 2020, às portas da pandemia, fato que comentaremos *a posteriori*, conheci os qualificados professores, também doutores, Lina Faria, Rocio Chavez Alvarez e revi os Professores Jane Mary e Márcio Florentino no Campos Paulo Freire – Porto Seguro (Ba). Entre tantas coisas significativas abordadas por eles naquela ocasião, uma ficou registrada em minha memória – deu-se quando o Professor Márcio Florentino, com sua leitura perspicaz da realidade, apontou que a situação de saúde que se aproximava seria o maior desafio epidemiológico enfrentado pelo tão jovem SUS/APS/ESF, e que as suas estruturas seriam exigidas ao limite. Até àquele ponto não tínhamos noção do que realmente ocorreria, e que no mês seguinte entraríamos definitivamente em um estado babélico.

Quando a pandemia se instalou em nosso país, todos os setores foram afetados e as rotinas readaptadas. Transcorreu com o Profsaúde, que migrou 100% para as plataformas digitais, sendo utilizada as diversas tecnologias de comunicação remota e/ou online para dar conta das demandas necessárias nesse esforço de promover um curso com o máximo padrão de qualidade possível em uma situação altamente imprevista. Tenho a singela opinião que tamanho esforço foi exitoso. Mesmo com as nossas dificuldades iniciais, até porque muitos de nós alunos não tínhamos o domínio sobre algumas daquelas tecnologias propostas, fomos acessando esses conteúdos e incorporando às nossas vivências à medida que o curso transcorria.

O Profsaúde agregou muito em minhas experiências teórico/práticas. Além de todo conhecimento e bagagem que os professores nos transmitiram, tivemos a oportunidade de participar de cursos, oficinas, seminários, apresentação de trabalhos, escrita de capítulo de livro dentre outros: participei como entrevistador e transcritor de uma grande pesquisa

nacional envolvendo Instituições de Pesquisa e Ensino como a FIOCRUZ, ABRASCO, UFSB, UFRB e outras Universidades, intitulada “Projeto Multicêntrico Prevenção e controle da COVID-19: Estudo Multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde. Esse projeto ofertou cursos para nos capacitar no desempenho dessas atividades e eu tive a oportunidade de realizar 02 cursos - "Introdução de Estatística Aplicada a Pesquisa" com carga horária de 30h e "A entrevista na abordagem qualitativa da pesquisa: do planejamento à transcrição" também com carga horária de 30h.

No III Simpósio de Saúde Coletiva do Sul da Bahia, ministramos a oficina “A Abordagem e o cuidado aos Idosos em momento de Pandemia, juntamente com os colegas Pedro Brasileiro de Freitas Júnior, Ana Caroline Moura Cabral e José Guilherme Souza Santos; e, no mesmo Simpósio participei da Mesa “O papel dos Órgãos de Controle Social do SUS em tempos de Vertigem Democrática” como um dos Palestrantes.

Participei do 15º Congresso Internacional da Rede Unida, com carga horária de 40h e nele apresentamos os seguintes trabalhos: “A Educação Sanitária realizada pela APS e as medidas adotadas pelas famílias para o enfrentamento da Covid-19 em um município da Bahia” juntamente com Antônio José Costa Cardoso e Pedro Brasileiro Júnior, e o trabalho “O Cuidado em Saúde: Reflexão para Ação, juntamente com a Profa. Rocio Elizabeth Chavez Alvarez.

Participei, ainda, do I Seminário Internacional de Saúde da Família e Democracia, IV Simpósio de Saúde Coletiva do Sul da Bahia e I Mostra Científica Profsaúde-Bahia, quando apresentamos o trabalho “Desafios na construção de um PES em uma UBS, empregando a ERP num cenário de Pandemia”, juntamente com o Prof. Antônio José Costa Cardoso, e do Congresso da ABRASCO, onde apresentamos o trabalho “As medidas adotadas pelas famílias para o enfrentamento da Covid-19 em município da Bahia com 100% da população coberta pela APS”, juntamente com os professores Antônio José Costa Cardoso, Jane Mary de Medeiros Guimarães e o colega Pedro Brasileiro Júnior.

Por fim, escrevemos o capítulo de livro “A educação sanitária realizada pela APS para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 em município do interior da Bahia”, juntamente com o Prof. Antônio José Costa Cardoso e o colega Pedro Brasileiro Júnior e escrevi o capítulo “Desafios na construção de um PES em uma UBS, empregando a ERP num cenário de Pandemia” no livro Ciências Biológicas e da Saúde: integrando saberes em diferentes contextos – volume 2.

Destaco, entre tantos colegas brilhantes, Maria da Conceição (Conça), aluna inteligente, batalhadora e responsável, que nos ensinou sobre a garra e superação em meio aos obstáculos, sendo uma pessoa portadora de deficiência visual concluiu brilhantemente o seu Mestrado mesmo com as imposições que a Covid e as tecnologias lhes impuseram; o colega Matheus, um verdadeiro líder, disposto a ajudar a todos em momentos e situações distintas; a notável guerreira Tamine; e o colega Pedro Brasileiro Júnior, que por conta de compartilharmos o mesmo Orientador, desenvolvemos um relacionamento mais “próximo” entre todos os colegas. Nunca nos vimos pessoalmente por conta da pandemia (risos), mas dividimos sonhos, sorrisos, apreensões, medos, angústias, que toda e qualquer pesquisa e/ou trabalho de conclusão provoca. Todos os colegas e professores foram simplesmente maravilhosos. Diz o adágio popular: “*entre mortos e feridos salvaram-se todos*”.

Ressalto que muitos de nós, colegas e professores, mesmo não tendo nos encontrado pessoalmente ao longo do tempo de realização do curso, temos a clara sensação de nos conhecermos há anos, tamanha foi à sintonia e cumplicidade que construímos.

Faço aqui um adendo para reconhecer algumas pessoas que foram significativas em minha trajetória profissional: Eriomar Cavalcante, Josélia Miranda, Vani Lunardi, Manoel Tinôco, Cidy Câncio, Renailda Lima, Jailton, Alan Alves, Nildete, Cris, Ana Lécia, João Neto, Prof. Dr. Eduardo Boery (in memoriam), Profa(s). Dra(s). Rita Boery, Soraya Santiago e Maria Aparecida Borges, Raimundo Aranha, Celminho, Ocione, Millenny, Mary Lúcia Argolo, Anna Benevides, Acácia, Fernandinho, Alessandra Borges, Ruy Castro, Carminha, Leilma, Diana, Benildes, Bel, Ângela Queiroz, Kayara Castro, Josefina Castro, Carlos Fernandes, Gorete, Dulci, colegas do curso de Enfermagem da UESC, colegas de Coaraci, ACS e ACE de Coaraci e Ibirataia, etc...etc...

Assim como transcorreu a adaptação no curso, por conta da pandemia, ocorreu semelhantemente em nossos territórios de trabalho. No município em que desempenho minhas atividades profissionais, cenário também de nossa pesquisa, a pandemia da COVID-19 acarretou uma série de mudanças significativas no cotidiano da população em geral, no processo de trabalho e na condução da pesquisa. Inicialmente, desenrolou-se a insegurança do “novo momento”, onde as incertezas eram perenes e a busca por respostas a grande tônica. Nesse cenário, tivemos de aprender novas relações – onde “*apartar*” era sinal de *amar*; o aperto de mão uma violação do “pacto pela vida” e o abraçar, uma extravagância para um futuro dubitável. Tivemos de aprender a importância do uso de máscaras e da lavagem das mãos.

A pandemia desestruturou a rotina dos serviços de saúde, inclusive das Unidades de Saúde que fizeram parte deste estudo. Serviços como visitas domiciliares, atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem eletivos, atendimentos a pacientes de grupo de riscos na Unidade, coleta de material citopatológico para exame de prevenção de câncer de colo de útero e trabalho com grupos educativos, entre outros, foram afetados. Somente com o esmorecimento da pandemia alguns serviços retornaram, mas junto com o acúmulo de antigas e novas demandas para as Equipes, o que também atingiu o trabalho de coleta dos dados da pesquisa, tendo em vista as agendas dos profissionais ficarem sobremodo acarretadas.

Superado esse primeiro obstáculo, realizamos as entrevistas tranquilamente com a Unidade de Saúde da Família instalada na zona urbana; contudo, na coleta dos dados da Unidade de Saúde instalada na zona rural, a qualidade das estradas no período chuvoso somada à distância da sede do município até o distrito, provocaram grande dificuldade de acessibilidade e tivemos que encontrar caminhos viáveis, adaptando a forma de coleta desses dados de maneira que não inviabilizasse o estudo, cujo objetivo primordial é conhecer e analisar as Representações Sociais de trabalhadores da saúde acerca do SUS, da APS e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sua adesão aos princípios doutrinários e organizativos do SUS, aos atributos da APS e ao modelo de atenção preconizado para o SUS.

A pesquisa pode ser classificada como descritivo/exploratória do tipo Estudo de Casos, que realizou Entrevistas semiestruturados e empregou Questionários na etapa de coleta dos dados e o método de Análise de Conteúdo de Bardin no processamento dessas informações.

O conteúdo desta dissertação foi dividido em sete capítulos. No primeiro capítulo, a INTRODUÇÃO, busca-se contextualizar de maneira breve os principais temas tratados nesse estudo, as inquietações e a justificativa.

No segundo capítulo, denominado de REFERENCIAL TEÓRICO-NORMATIVO: são expostos os conceitos e autores que nortearam esse trabalho: O Sistema Único de Saúde e os seus impasses de desenvolvimento; A Atenção Primária da Saúde com os seus atributos; A Estratégia de Saúde da Família enquanto modelo de reorganização do sistema; Modelos de Atenção à Saúde na perspectiva de alguns autores; A Adesão dos Trabalhadores aos princípios dos SUS e atributos da APS. Ainda nesse tópico, trazemos apontamentos sobre as Teorias das Representações Sociais na concepção de Moscovici. Esse capítulo auxilia na compreensão e análise das questões relativas à proposta do estudo.

No terceiro capítulo, com o título: BREVE REVISÃO DE LITERATURA, fazemos uma rápida visita ao Scielo com a finalidade de mapear estudos que poderiam nos ajudar no que tange a metodologia, resultados, tipos de amostras e percepções para esta pesquisa.

No quarto capítulo, o dos OBJETIVOS, apresentamos os objetivos geral e específicos.

No quinto capítulo, com a nomenclatura de PERCURSO METODOLÓGICO, a partir da definição do problema, dos objetivos geral e específicos, da justificativa e da fundamentação teórica, delineou-se a metodologia da pesquisa. Neste capítulo, são descritos os procedimentos que foram utilizados, o universo da pesquisa, os métodos aplicados no levantamento das informações, o direcionamento que foi dado durante a análise das informações, as principais questões investigadas, as limitações percebidas pelo autor e as questões éticas do estudo.

No capítulo seis, RESULTADOS, são apresentados os dados processados conforme definição do Percurso Metodológico e as Categorias e subcategorias emergentes a partir da análise das Unidades de Contexto e das Unidades de Registro.

No sétimo capítulo: DISCUSSÃO, trazemos, à luz da fundamentação teórica, inferências e interpretação das informações trianguladas.

Por fim, no capítulo oito, encontram-se as CONSIDERAÇÕES FINAIS, uma *proxy* do que seriam conclusões desta pesquisa, além da opinião do autor, sugestões para pesquisas futuras que podem dar continuidade ao que já foi desenvolvido neste estudo e proposta de projeto como produto deste Mestrado Profissional – contribuição da Academia ao serviço.

1. INTRODUÇÃO

A operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), concebido num contexto histórico de lutas, reivindicações e conquistas sociais, permanece sendo um desafio, assim como o próprio processo de [re]democratização do país, tanto no passado, quanto no presente, vide os ataques antidemocráticos vivenciados recentemente, e, portanto, a necessidade de defendê-lo e lutar por sua continuidade. Seus princípios doutrinários e organizativos – Universalidade, Integralidade, Equidade, Participação Social, Hierarquização e Descentralização – e a concepção ampliada de saúde enfrentam ameaças e oposição constante de um subsistema de saúde privado e suplementar hegemônico biomédico e curativista, mecanicista e mercantilista, que tem a força do modelo econômico liberal e globalizado.

A Atenção Primária à Saúde (APS), comumente denominada aqui no Brasil de “Atenção Básica” (AB), foi projetada para ser a “coluna dorsal” do SUS, algo que concedesse forma, clareza e racionalidade no funcionamento desse gigantesco Sistema. Os seus atributos caracterizam-na como detentora de habilidades suficientes para conduzir tal propósito. Nesta concepção, à Estratégia Saúde da Família, além de preencher os atributos da APS, foi idealizada com a finalidade de reordenar e reorganizar o sistema de saúde brasileiro. No tocante a isso, é possível verificar facilmente através de diversos marcadores e pesquisas, os avanços alcançados ao longo de sua criação e a capilaridade que a mesma possui nos dias atuais, fato vivenciado por todos no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no país desde 2020.

Mesmo tendo de lutar contra o subfinanciamento crônico, forte oposição e falta de gestão qualificada, a ESF sobrevive e acolhe milhões de cidadãos, demonstrando todo o seu predicado. Necessita, portanto, que sua potencialidade seja cada vez mais preservada e publicizada, que suas características marcantes, socialmente inclusivas e libertadoras, sejam veementemente blindadas. Entretanto, *como processar essa defesa quando até mesmo quem a desenvolve em seu cotidiano não compreende sua potencialidade e ações que seriam reflexivas tornam-se mecânicas por deficiências na compreensão de seu papel reorientador?* Na busca de possíveis respostas tangíveis e significativas para a concretização e defesa desse Sistema Universal/cidadão e dessa Estratégia que mudou o cenário epidemiológico de nosso país, proporcionando acesso a um grande número de brasileiros, é que fomos a campo – o

SUS de Coaraci -, que replicando, por certo, o que ocorre em diversos cenários, demanda essa ação/reflexão a fim de conseguir avançar ainda mais em sua missão assistencial.

Nesse estudo, analisamos o quanto os trabalhadores do SUS de Coaraci percebem a importância desse Sistema, da Atenção Primária em Saúde (APS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o quanto estão aderidos ao modelo de atenção preconizado, tendo como premissa que a adesão dos trabalhadores de uma organização aos seus princípios doutrinários, àqueles valores que regem a organização, é de grande relevância para o bom desempenho da mesma (CARDOSO, 2013).

Nesta perspectiva, este trabalho se justifica por algumas razões que estimularam a sua realização e desenvolvimento. Tem-se a princípio as próprias inquietações e curiosidades do autor em investigar tal fenômeno. Outra razão que despertou a opção pela temática escolhida foi à realização do curso de Especialização em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Sul da Bahia, quando por ocasião da elaboração do trabalho de conclusão do curso pensou-se em investigar esse tema, não sendo possível em função do tempo disponível.

Mesmo havendo inúmeras pesquisas envolvendo o SUS, por sua amplitude, importância e complexidade, é uma área/tema com inúmeras lacunas e questões a serem respondidas ou mesmo complementadas. Paim (2015) refere que, mesmo havendo tantas pessoas que já ouviram falar sobre o SUS nesses quase 35 anos de existência, persistem dúvidas quanto ao seu significado e sua importância como instrumento que garante a saúde aos brasileiros. Esse mesmo autor diz que, apesar do adjetivo único, o SUS é composto por estabelecimentos e serviços vinculados a diversas organizações públicas e privadas, confundindo sua compreensão até para àqueles que operam o sistema diariamente. [...] “na prática, quando usamos a expressão sistema de saúde geralmente estamos nos referindo ao sistema de serviços de saúde”. (pg.16).

Mendes (2015, p. 16) fala de uma interpretação da APS de um grande segmento de nossa sociedade que a veem de forma restrita e seletiva, entendendo [...] “como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, às quais se oferta um conjunto restrito de tecnologias simples e de baixo custo, sem possibilidades de acesso a tecnologias de maior densidade”. Teixeira (2022, pp. 4 e 5) fazendo referência a um estudo em que Marília realizou com egressos do curso de Especialização em Saúde da Família, demonstraram grande dificuldade na utilização dos conteúdos, técnicas e métodos que aprenderam no curso, [...] “no qual o currículo foi todo desenhado segundo o enfoque por competências no formato modular, e as práticas pedagógicas enfatizaram a problematização”. Nesse mesmo estudo evidenciou-se

que esses egressos chegam nos municípios e [...] “encontram um gestor que, muitas vezes, entende o Saúde da Família como apenas um programa expansionista de atenção simplificada e primitiva para a população pobre da periferia do município”.

Leite e colaboradores, em estudo realizado em 2016 que objetivou compreender a percepção do usuário sobre o processo de transição das modalidades de serviços Centro de saúde para ESF, evidenciam alguma mudança na direção desse olhar. O estudo conclui que “que a implantação da ESF permitiu o advento de um novo panorama na atenção primária. Entretanto, deve garantir maior efetividade e satisfação dos usuários”. Em outro estudo de Souza e colaboradores (2019) que teve como objetivo apresentar uma discussão teórico-conceitual sobre as potencialidades da Atenção Primária à Saúde como estratégia imperativa à consolidação dos sistemas universais de saúde, os autores evidenciaram que “para o alcance desse objetivo é necessário incentivar um modelo de atenção à saúde que tenha na atenção primária e nas equipes de saúde da família estratégias de promoção da saúde da população e de fortalecimento da cidadania”.

Por fim, em um estudo de Arce e Teixeira (2017) que buscou analisar a organização tecnológica do processo de trabalho dos profissionais que atuam no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Salvador (BA), “verificou-se que os profissionais buscam realizar um cuidado ampliado aos usuários, porém, prevalece uma organização do processo de trabalho fundamentada na atenção clínica individualizada, com algumas ações de cunho preventivo, coadunando os modelos da Clínica Ampliada e Sanitarista”, demonstrando assim, o desafio que perdura na visão e atuação paradigmática de muitos serviços e profissionais.

A opção por investigar as Representações Sociais dos trabalhadores do cenário de estudo escolhido se deu pela perspectiva apresentada por Moscovici (1961, p. 7) quando nos apresenta as Representações Sociais como [...] “sistemas de valores, ideias e práticas com a dupla função, a saber: conhecer e intervir na realidade”, e que elas [...] “impregnam a maioria de nossas relações estabelecidas, os objetos que nós produzimos ou consumimos e as comunicações que estabelecemos”.

Neste sentido, ao nos fazer refletir acerca de nossa prática, nosso papel ativo e ação reflexiva, reorientando o nosso olhar para a construção de um SUS mais fortificado, uma APS e ESF mais consolidadas, esse trabalho se justifica. Teixeira e Solla, (2006, p. 158) nos apresentam um panorama ainda complexo, apontando, no entanto, não haver outro caminho na busca de “um sistema de serviços de saúde que opere segundo a lógica da intervenção sobre determinantes, riscos e danos”. Assim, propomos a investigação desse cenário na

intenção de contribuir academicamente e no processo do trabalho-vivo no território da pesquisa.

2. REFERENCIAL TEÓRICO-NORMATIVO

A fim de nos assistir nas análises das Representações Sociais dos agentes da prática e sua adesão aos princípios e valores do SUS e da APS, trataremos nesta seção aspectos teóricos e históricos relevantes para a pesquisa em tela, visando ancorar as discussões acerca do desafiador processo de mudança paradigmática ao interior do Sistema de Saúde em curso no país, na medida em que essas mudanças ainda não alcançaram o vigor necessário, enfrentando inúmeras cominações de descaracterização.

Assim, lançaremos um perulustrar sobre temáticas essenciais a partir de uma perspectiva histórica e normativa: 2.1) o Sistema Único de Saúde; 2.2) Atenção Primária à Saúde; 2.3) A Saúde da Família como estratégia de reorganização do Modelo de Atenção; 2.4) Modelos de Atenção em Saúde; 2.5) Os princípios do SUS, os atributos da APS e a adesão dos trabalhadores e 2.6) Teorias das Representações Sociais. Por fim, trazemos como último ponto nos tópicos dessa sessão, uma breve Revisão de Literatura em busca de outros trabalhos que pudessem trazer contribuições para o estudo em tela.

2.1 O Sistema Único de Saúde

Sistema de Saúde é um conjunto coerente de diferentes componentes interrelacionados, setoriais ou intersetoriais, que cumpre certa missão assistencial e, assim, produz efeito na população em termos de condições de saúde (WHO, 2001). Já Sistemas de Serviços de Saúde, aponta Bispo Junior (2005), é um Subsistema, responsável por ações do Setor Saúde: ações de promoção, prevenção, proteção, cura e reabilitação. Mendes (2012) chama nossa atenção para o fato de, na medida em que são respostas sociais para fazer frente às necessidades de saúde de uma população, os Sistemas de Saúde devem preservar coerência com a situação de saúde.

Mendes destaca, entretanto, que há uma “fragmentação dos sistemas de saúde e forte tendência à inaptidão para uma leitura rápida e concisa da realidade presente”. Na concepção

desse autor (2010), há uma crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde em decorrência de sua inadequada estruturação enquanto resposta social frente às necessidades de saúde das populações. No Brasil, por exemplo, temos um sistema voltado a responder prioritariamente a condições agudas ou a agudizações das condições crônicas, num cenário fortemente marcado pelo aumento das condições crônicas.

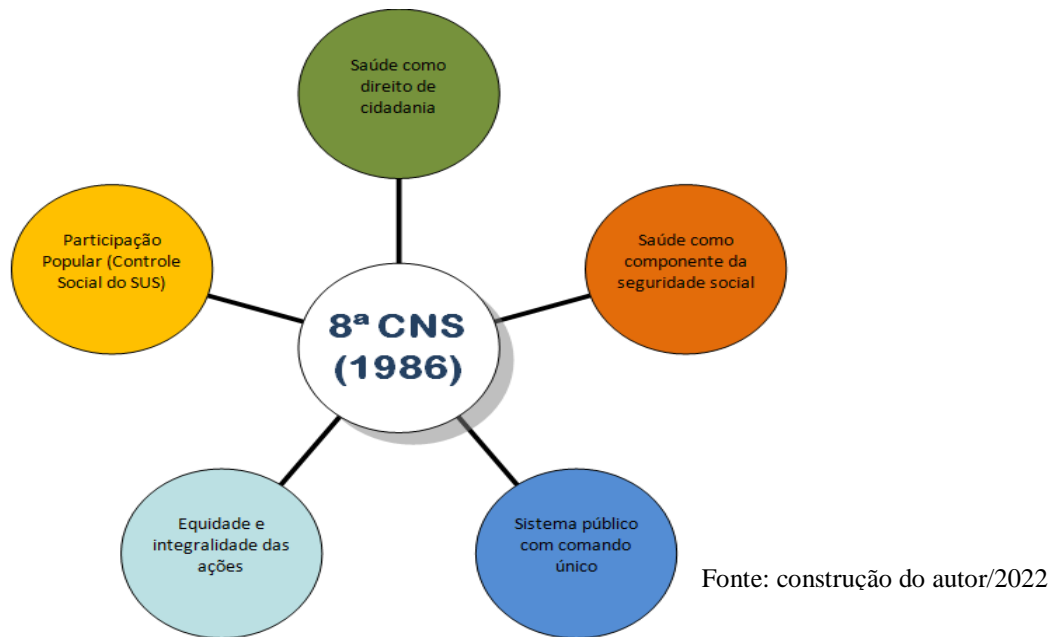
Instituído em 1990 com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), o Sistema Único de Saúde – SUS, completará 33 anos desde sua efetiva promulgação. O movimento da Reforma Sanitária se integrou à luta pela redemocratização do país, inaugurando um capítulo voltado à saúde em nossa Carta Magna – Constituição Cidadã, prevendo a partir de 1988 cidadania a milhões de brasileiros. (BRASIL, 1998). Neste sentido, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi fundamental, tanto para Reforma Sanitária, quanto para a reconstrução da democracia em nosso país.

Três temáticas principais foram destacadas nessa Conferência: 1) Saúde como direito; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) Financiamento do setor.

Um amplo processo de mobilização social, que articulou representação de diferentes segmentos e estimulou a realização de pré-conferências nos estados, permitiu a reunião de cerca de quatro mil pessoas em Brasília, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto, para discutir os rumos do sistema de saúde. (BRASIL, 2009 p. 16)

A resolução de número 13, do tema 1, da 8ª CNS, apresentava os objetivos políticos da conferência em relação à Constituinte, que foram alcançados no texto da Constituição, com redação muito semelhante, e num sentido até mais abrangente. (Idem, pg.16). Demandas como: mobilização popular, saúde como dever do Estado, políticas sociais, acesso igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, caráter de essencialidade dos serviços de saúde e inclusão da saúde como componente da seguridade social formavam pauta dessas reivindicações. A Figura 01 sintetiza esses objetivos alcançados no texto da Constituição que foram discutidos e articulados da 8ª CNS assumindo um caráter diretivo.

Figura 01 – 8ª Conferência Nacional de Saúde: suas conquistas históricas.



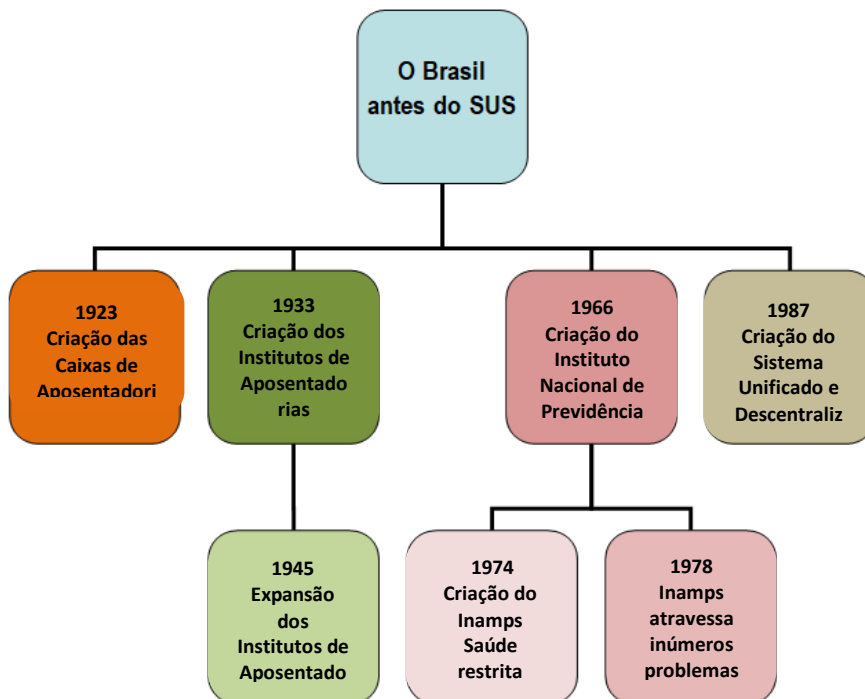
Nesses quase 33 anos de criação, o SUS vem resistindo a inúmeras tentativas de desconstrução. Antes de sua criação, o cenário da saúde brasileira passou por diversas transformações. Destacaremos fragmentos significativos a seguir. A figura 02 apresenta um resumo histórico desses acontecimentos antes da criação do SUS que culminaram na busca da (re)organização do sistema de saúde. Contudo, é bom registrar que dois modelos de saúde coexistiam e disputavam: o Modelo Sanitarista/Campanhista, que tinha como objetivo a prevenção das doenças através de campanhas de vacinação e higiene, e intervenções sobre os espaços urbanos de cunho estatal, e o Modelo Assistencialista/Previdenciário, que desenvolvia ações curativistas e as intervenções sobre o corpo por meio de medicamentos e/ou procedimentos. Essas ações eram baseadas na assistência médica, voltada para trabalhadores formalmente inseridos nos setores da economia.

Em 1923 ocorre a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) como resposta às inúmeras revoltas populares que pressionavam o Estado por ações mais efetivas na saúde. Assim, o chefe de polícia e deputado federal, Eloy Chaves, propôs uma lei que regulamentava a formação de CAPs para os trabalhadores de algumas empresas. Em 1933, ocorre a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), com representação dos trabalhadores e empregadores e recursos geridos por representantes do governo federal, mas a saúde continuava de acesso restrito. A partir de 1945, há uma expansão dos IAPs, na tentativa de vincular boa parte dos trabalhadores urbanos formais e autônomos, iniciativa que não teve

o sucesso esperado uma vez que alguns segmentos do próprio mercado formal de trabalho não estavam cobertos e trabalhadores do setor informal, trabalhadores rurais e outras categorias continuavam sem acesso.

Com a Ditadura Militar, em 1966 há a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultante da unificação dos IAPs criados em 1933. A saúde continuava restrita ao trabalhador formal e seus dependentes. Em 1974 há o desmembramento das estruturas do INPS, surgindo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), voltado basicamente para assistência médica. Prestadores de serviços privados passam a receber financiamento público. A partir de 1978, o Inamps atravessa enorme crise em decorrência de diversos problemas agravados pela conjuntura econômica. Ocorrem dificuldades por insuficiência de recursos financeiros e pela superprodução dos serviços contratados, pelas fraudes e corrupção, por serviços inadequados à realidade, pela rede de saúde ineficiente e desintegrada, culminando em 1987 na constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), representando uma ponte para a futura criação do SUS.

Figura 02 – O Brasil antes do SUS: principais acontecimentos.



Fonte: construção do autor/2023

Somente após a constituição de 1988 e a criação do SUS a saúde passa a ter oficialmente o caráter universal. (OLIVEIRA, 2012; UFPEL, 2023).

Com a promulgação da Constituição de 1988, os ideais históricos de civilidade tão almejados são em tese consolidados. A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilidade do direito à saúde. Destacam-se, neste sentido, jurídico e institucional, as Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), as Normas Operacionais Básicas (NOB), 91, 93 e 96 e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) nº 01 e 02. Através da Lei nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), que agrega todos os serviços de saúde do Estado Brasileiro (esferas federal, estadual e municipal), e os serviços privados, desde que contratados e/ou conveniados. (BRASIL, 2003, p. 50).

No contexto geral, as NOB, tiveram por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando, assim, na consolidação dos princípios do SUS. Já as NOAS tiveram como objetivo central garantir acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados. Com isso, as NOBs e NOAS estabeleceram as diretrizes para a operacionalização do SUS, detalhando o exercício das funções de gestão e do gerenciamento da instituição que disponibiliza os serviços aos seus habitantes. Ao tempo que buscou aperfeiçoar a gestão do SUS, esses instrumentos apontaram para uma reordenação do modelo de atenção à saúde. (BRASIL, 2003; PEREIRA; QUITO, 2004).

Outro instrumento jurídico normativo essencial para a constituição do SUS é a Lei 8.142/90. A participação social, também denominada “participação comunitária” no contexto da saúde, é estabelecida e regulada por esta lei. A criação e o estabelecimento de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, e dos colegiados de gestão nos serviços de saúde, é a expressão prática desse ordenamento jurídico, que busca, desta maneira, corrigir a exclusão de atores nos processos decisórios do país, viabilizando suas participações com o objetivo de influenciarem a definição e a execução da política de saúde.

Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde. Já as Conferências de Saúde consistem em fóruns públicos que acontecem de quatro em quatro anos, por meio de discussões realizadas em etapas locais, estaduais e nacional, com a participação de segmentos sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários), para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde. (FIOCRUZ/PENSESUS, site. acesso: 16/02/23)

Ainda nessa linha do ordenamento jurídico do SUS, temos o Decreto nº 7.508/2011 assinado pela Presidenta Dilma. Ele dispõe sobre a organização do Sistema Único de saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Por já estar preconizado na Lei Orgânica da Saúde que o SUS deve atender em sua organização os princípios da Regionalização e Hierarquização, este Decreto cria as Regiões de Saúde, onde cada região deve oferecer serviços de Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar e Vigilância em Saúde. Outro ponto significativo do Decreto é o estabelecimento das Portas de Entradas do Sistema de Saúde, promovendo um caráter hierárquico bem mais definido. Assim, são estabelecidos como Portas de Entrada no Sistema os seguintes serviços de saúde: Atenção Primária; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial e Especiais de Acesso Aberto. Estabelece ainda nesse Decreto as RENASES (Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde) que é a relação de todas as ações e serviços públicos que o SUS garante para a população, em seu âmbito, com a finalidade de atender a integralidade da assistência à saúde, e a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), que deve disponibilizar os medicamentos necessários ao atendimento da população, de acordo com as prescrições realizadas no âmbito do SUS por um profissional integrante de seus serviços. (Santos “[sd]”).

Por fim as Emendas Constitucionais 29 e 95 trouxeram para a área da saúde, esperança, expectativa e frustração. A EC 29, muito conhecida e discutida por cerca de uma década, foi aprovada no final do ano 2000 e regulamentada no ano de 2012 por meio da Lei Complementar nº 141. Ela contribuiu para estabelecer de forma mais objetiva a responsabilidade dos três entes federativos no financiamento do SUS. Foram anos de discussões, mas, mesmo assim, especialistas defendem que foi aprovada aquém das expectativas e anseios que se criou principalmente com relação à responsabilidade de investimento do governo Federal. Assim, ficou definido que a União corrigiria anualmente o seu orçamento destinado à saúde pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os Estados ficaram obrigados a investir (alocar) um percentual mínimo de 12% da receita líquida de impostos e transferências constitucionais, e os municípios assumiram a responsabilidade de investir pelo menos 15% das suas receitas líquidas em saúde.

A EC 95, oriunda das PECs 241 e 55, foi alvo de uma série de protestos de organismos da sociedade civil e principalmente de entidades e especialistas ligados à área da saúde. Ela foi aprovada em 16 de dezembro de 2016 e instituiu um novo regime fiscal para vigorar nos

próximos 20 (vinte) anos, portanto, até 2036. Esse novo regime teve o teto fixado para 2017 correspondendo ao orçamento disponível para os gastos de 2016, acrescido da inflação daquele ano. Para a educação e a saúde, o ano-base foi 2017 e início de aplicação, 2018. Qualquer mudança nas regras só poderá ser feita a partir do décimo ano de vigência do regime, sendo limitada à alteração do índice de correção. Para a aprovação dessa emenda não houve diálogos com a sociedade. (MARIANO, 2017).

Resultado de um governo que assumiu a direção do país através de uma ação de *Impeachment* controverso e com indícios golpistas, em cerca de 2 anos no poder provocou uma série de fragmentações na democracia e perdas de direitos constitucionais.

Além da suspensão do projeto constituinte de 1988, o novo regime fiscal revela uma clara opção por uma antidemocracia econômica, inviabilizando a expansão e até mesmo a própria manutenção de políticas públicas para reservar dinheiro público e garantir o pagamento das obrigações assumidas pelo governo federal brasileiro perante os credores da dívida pública. (MARIANO, 2017, p. 262)

Essa mesma autora acrescenta que o regime de arroxo fiscal não permite o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação, nem mesmo se a economia estiver bem, mas não foi excluído do teto o pagamento de juros e amortizações da dívida pública, que podem se avolumar livremente. O Quadro 01 apresenta um resumo de alguns instrumentos do arcabouço teórico-jurídico do SUS, fundamentais para a operacionalização do sistema.

Quadro 01 – Principais preceitos legais que normatizam o SUS.

SISTEMA NORMATIVO DO SUS	
FINALIDADES/OBJETIVOS	PRECEITOS LEGAIS
Artigos 196 a 200 – Institui o Sistema Único de Saúde	Constituição Federal de 1988
Lei Orgânica da Saúde, e suas subsequentes, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.	Lei nº 8.080, de 19/09/1990 Lei nº 9.836, de 23/09/1999 Lei nº 10.424, de 15/04/2002 Lei nº 11.108, de 07/04/2005
Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.	Decreto nº 7.508, de 28/06/2011
Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.	Lei nº 8.142, de 28/12/1990
Prever os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde (altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal).	Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000
Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.	Portaria nº 399, de 22/02/2006
Instrumento jurídico institucional, editado periodicamente por Portarias do Ministério da Saúde, negociado e pactuado na Tripartite e aprovado no Conselho Nacional de Saúde	Normas Operacionais: NOB-SUS 01/91 NOB-SUS 01/93 NOB-SUS 01/96 NOAS 01/2001
Dispõe sobre a Assistência Terapêutica e a Incorporação de Tecnologia em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS	Lei nº 12.401 de 28/04/2011
Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências.	Lei nº 12.466, DE 24/08/2011.
Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.	Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012
Instituído o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros , nos termos dos arts. 107 a 114 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.	Emenda Constitucional nº 95, DE 15/12/ 2016

Fonte: organizado pelo autor/2021

2.1.1 Os impasses no desenvolvimento do SUS

Por conta da complexidade de sua proposição e concepção, a operacionalização do SUS se configura como uma grande e desafiadora empreitada. No ano de 2007, em um artigo, o Prof. Ivan Batista Coelho faz o seguinte questionamento: *Por que o SUS tem encontrado dificuldades em avançar?* 15 anos após esse questionamento e mais de 30 anos completados pelo SUS, utilizo-me do mesmo expediente e pergunta, adaptando-a, para me guiar nessa pequena análise: *Por que o SUS ainda tem encontrado dificuldades em avançar?*

Há diversas perspectivas de análises a fim de tentar responder a esse questionamento. Apresentaremos abaixo as mais frequentes:

a) Gestão e Financiamento: Estudiosos acreditam ser quase impossível dissociar a gestão do SUS de seu financiamento, havendo uma íntima ligação de causa e efeito entre esses dois elementos. A Lei 8142/90 advoga sobre a descentralização do sistema, no que tange principalmente a gestão, sem, contudo, promover na mesma proporção a garantia de recursos. Inúmeros municípios e até estados, queixam-se de grandes responsabilidades com relação aos atendimentos em seus territórios, principalmente na assistência médica, nos primeiros e segundos níveis de atenção, sem a disponibilização suficiente de recursos proporcionais. Estes entes federativos referem comprometimento de uma parcela bem maior de seus recursos financeiros no desenvolvimento do SUS do que a própria União.

No que tange aos problemas de gestão, estudiosos entendem que os mesmos acontecem tanto no nível estrutural, quanto no caráter normativo, formativo desses gestores, o que implica numa gestão ineficiente de recursos insuficientes.

b) Financiamento insuficiente (subfinanciamento): Os recursos financeiros destinados ao financiamento do SUS são oriundos do orçamento da Seguridade Social, composta pelas políticas de saúde, previdência e assistência social, além da proteção ao trabalhador desempregado, incluindo o seguro desemprego, numa composição geralmente denominada de *vinculação de receitas*, assim intitulada por possuir um orçamento próprio composto, além das contribuições previdenciárias, de recursos orçamentários destinados exclusivamente a esse fim. Os recursos orçamentários vinculados ao orçamento da seguridade social, portanto, são as contribuições sociais.

Na proposta de divisão dos recursos dentro da seguridade social, os constituintes não definiram percentuais para cada política, no caso da saúde, por exemplo; não estabeleceram como se daria a participação de cada esfera de governo, Municipal, Estadual e Federal, no seu financiamento, garantindo apenas, nas disposições transitórias, que 30% dos recursos da Seguridade Social seriam para a saúde. Posteriormente, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que estabeleceu a forma de inserção da União, dos Estados e Municípios no financiamento do SUS. A EC 29 teve o intuito de garantir um mínimo de recursos e avançar na solidariedade federativa, ao estabelecer parâmetros para as relações fiscais entre as esferas de governo no Sistema Único de Saúde.

Mesmo com a EC29 definindo que os Estados deveriam, inicialmente, alocar no mínimo 7% das suas receitas na área da saúde, e, posteriormente, atingir minimamente o percentual de 12%, e no caso dos Municípios esse percentual seria 15%, ficando a União com a orientação de ampliar em 5%, no primeiro ano, pós-aprovação da referida emenda, o orçamento do ano anterior e a partir desse ponto corrigir todos os anos o orçamento da saúde pela variação do Produto Interno Bruto, a bem da verdade quase nenhuma esfera federativa realmente cumpriu essa determinação, acarretando em uma sobrecarga no sistema e perda de qualidade por insuficiência de recursos financeiros, passando muitos deles a considerar ações de saúde uma série de gastos como saneamento básico, merenda escolar, pagamento de inativos, entre tantos outros, com a finalidade intrínseca de burlar a lei. (CISLAGHI, TEIXEIRA e SOUZA, 2011).

Os recursos da Seguridade Social, conforme prevê a Constituição de 1988, poderiam ser complementados pelos recursos do orçamento fiscal, mas ao contrário disso, mesmo com o aumento de arrecadação das contribuições sociais na esfera federal, não significou ao longo dos anos em ampliação dos recursos para a Seguridade Social, por conta de uma manobra fiscal de transferência de recursos da Seguridade Social para o pagamento da dívida pública, chamada de DRU - Desvinculação de Receitas da União, que permitia 20% dos recursos vinculados, da seguridade e também da educação, sejam transferidos para o orçamento fiscal, permitindo que o governo os utilize para qualquer fim. Na atualidade sobre a égide da Emenda Constitucional 95 promulgada pelo Governo Temer, que congela por 20 anos os gastos do governo, amplia-se o problema do subfinanciamento, uma vez que limita e compromete os investimentos em saúde, por considerá-los como gastos.

O Prof. Gonzalo Vecina Neto (2020), nos mostra que o SUS consome 250 bilhões em todas as suas diversas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em seus

diversos níveis, para cerca de 210 milhões de brasileiros enquanto que no setor privado 200 bilhões são gastos somente para realizar assistência médica para um público seletivo, de apenas cerca de 50 milhões de brasileiros, sendo esses últimos ainda duplamente financiados.

c) Política de Recursos Humanos: As questões que envolvem a Política de Recursos Humanos para a Saúde e seus desdobramentos é bastante complexa e com discussões ainda muito recentes, se considerarmos que basicamente antes da instituição do próprio o SUS quase nada havia sido efetivamente articulado em relação a essa temática, o que só começa a ser pautada de forma um pouco mais concreta, na VIII Conferência Nacional de Saúde desencadeada pela Reforma Sanitária brasileira. Uma dessas primeiras iniciativas foi à organização da Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde em 1986, onde se estruturou uma agenda específica sobre o tema, partindo de análises dos principais aspectos identificados na implantação do SUS.

Questões de extrema importância para a área, como a falta de incentivos para a qualificação profissional; visão burocrática da área de recursos humanos; baixa remuneração dos trabalhadores; condições desfavoráveis de trabalho e ausência de uma Política de recursos humanos que contemplasse um plano de cargos, carreira e salários, foram na ocasião elencadas, muitas das quais perduram problematicamente até hoje. (MONICA VIEIRA, 2009),

Somente a partir de 1990 a dimensão da gestão do trabalho em saúde integrante do campo de Recursos Humanos para a Saúde começa a ganhar um pouco mais de visibilidade. Em 2002, com a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, evidenciando um pouco melhor o papel do gestor federal quanto às políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no país, concede um caráter mais visível, insuficiente, contudo, para desencadear um padrão balizador para os diversos Estados e Municípios de nossa Federação, que seguem com os seus velhos e novos problemas de precarização das relações de trabalho: Alta rotatividade nos postos de trabalho; Ausência de uma política salarial e de carreira que acabam por comprometer a profissionalização dos trabalhadores.

Vecina Neto aponta que, entre os tipos de Organizações mais difíceis de gerenciar encontram-se as Organizações de Saúde, com todas as suas complexidades, para a Gestão de Pessoas. Esse mesmo autor diz ainda que existe uma enorme “dificuldade de fazer as pessoas fazerem o que elas devem fazer”, destacando a Gestão de Recursos humanos para a Saúde nessas duas dimensões.

2.1.2 O Controle Social no SUS

A participação da comunidade nas decisões da área da saúde é algo muito recente no país. Se considerado que, até antes de 1988, o próprio acesso ao direito assistencial à saúde era limitado, reconhecemos que avançamos como democracia. A Conferência de Alma Ata ocorrida 10 anos antes da CF brasileira, defendeu em seus marcos históricos a participação comunitária no processo de gestão da saúde e a necessidade de países implementarem e aplicarem esse princípio. O movimento da Reforma Sanitária brasileira atendeu a esse chamamento através de um processo de muita mobilização social conseguindo garantir no texto da lei mecanismos para a efetiva participação popular nas esferas deliberativas do SUS. (Gomes; Órfão, 2021)

A VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 foi a marco histórico brasileiro para a obtenção desse direito constitucional da participação popular. As propostas incorporadas no Relatório Final da VIII CNS contribuíram efetivamente para a elaboração dos artigos 196 ao 198 da CF. Assim, esse princípio foi reafirmado na Lei 8.080/90 e regulamentado por meio da Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação comunitária na gestão do SUS. Esta participação ocorre através das Conferências de Saúde nas três esferas de governos bem como nos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e/ou Municipais.

No entanto, apontam Fernandes e Spagnuolo (2021) que a falta de empoderamento, autonomia, engajamento e conhecimento legais do Sistema de Saúde podem ser considerados entraves na efetiva participação popular na formulação e controle das políticas públicas em saúde por parte dos Conselhos e cita alguns desses possíveis obstáculos:

Os principais entraves da participação comunitária estão relacionados à ausência de informações de saúde e conhecimento sobre o papel do conselheiro; irregularidades quanto à com posição, posse e frequência das reuniões; falta de conhecimento para analisar a gestão financeira e prestação de contas; desinteresse da população para as questões coletivas e baixa motivação para participação. (FERNANDES; SPAGNUOLO, 2021, p.388)

Gomes e Orfão (2021), corroborando, entendem que esse princípio, embora previsto na lei, não constitui necessariamente a garantia de sua efetividade nas instancias colegiadas e que muitos desses espaços deliberativos não estão alcançando essa gestão democrática e participativa que se espera:

[...] é necessário que exista um efetivo controle social e uma gestão participativa, sendo fundamental que sejam (re)conhecidos os desafios enfrentados nos diferentes canais de participação popular que, conseqüentemente, prejudicam o pleno exercício do controle social, possibilitando, ainda, que, mediante esse (re)conhecimento,

sejam traçadas estratégias que subsidiem a superação dos diversos obstáculos. (GOMES; ORFÃO, 2021, p. 1200)

A participação social efetiva constitui uma forma de fortalecer o sistema de saúde do Brasil, exigindo, por vezes, que os diferentes segmentos sociais exerçam oposição a práticas hegemônicas nas diferentes arenas públicas de disputa, especialmente no setor saúde. (GOMES; ORFÃO, 2021, p. 1202)

Os Conselhos de Saúde são marcados pela paridade em suas composições, contendo a sociedade civil organizada como segmento de usuários do sistema (50%), Gestores da Saúde (25%) e os 25% restantes dos assentos são divididos entre trabalhadores de saúde e prestadores de serviços (Hospitais, Laboratórios, Clínicas etc.). Gomes e Órfão, através de uma Revisão Integrativa sobre o tema realizada em 2021, fazem referência a pressões políticas sofridas pelo segmento de Trabalhadores do setor em diversos Conselhos de Saúde e da ausência de participação do segmento dos Usuários que pode ser justificada pela falta de conhecimento desses atores a respeito das atribuições do Controle Social.

[...] estudos apontam que, entre os desafios das instâncias colegiadas, que influenciam negativamente o desempenho dos órgãos de controle social, destaca-se a escassa participação dos conselheiros de saúde nos colegiados a exemplo dos representantes do segmento de usuários. Isso pode ser justificado pela falta de conhecimento dos atores sociais a respeito do controle social e da própria função como conselheiros que, conseqüentemente, resulta em comportamentos de omissão ou até mesmo de conformismo. (GOMES; ORFÃO, 2021, p. 1202)

[...] a pressão para deliberação de determinados temas, o medo dos conselheiros de se posicionarem nas reuniões e sofrerem represálias e punições, tal como ocorreu entre os trabalhadores da saúde, deixando, inclusive, de verbalizar seus pontos de vista e opiniões a fim de preservarem seu vínculo empregatício, interferindo, dessa forma, no andamento das atividades nos Conselhos de Saúde e, conseqüentemente, dificultando a atuação das instâncias participatórias. (GOMES; ORFÃO, 2021, p. 1203)

Há outros problemas enfrentados no Controle Social: desmotivação dos conselheiros; falta de autonomia financeira; descrenças entre os atores coletivos principalmente entre os sujeitos comprometidos e atuantes quanto à eficácia dos Conselhos de Saúde; falta de apoio por parte de Promotores de Justiça do Ministério Público; ausência de planejamento institucional para a uniformização das estratégias em saúde e a relação republicana com o gestor. Esses e outros empecilhos são apresentados pelos autores em seu estudo. Contudo, veem nos Conselhos de Saúde a efetiva participação popular que precisa ser legitimada quotidianamente.

Compreende-se que somente através de uma efetiva participação popular tornar-se-á possível a autonomia dos cidadãos, o desenvolvimento de consciência crítica, o fortalecimento da cidadania, a proteção do direito à saúde, bem como a materialização de um SUS efetivo e resolutivo. (GOMES; ORFÃO, 2021, p. 1209).

Fernandes e Spagnuolo (2021) propõem a realização de Educação Permanente com a utilização de metodologias ativas como uma das maneiras de mitigar alguns dos problemas vivenciados pelos Conselhos, principalmente no que tange a falta de empoderamento e a lacuna no conhecimento de questões relativas a seu funcionamento. Elas realizaram um estudo com objetivo de conhecer como ocorre a participação comunitária no âmbito da capacitação profissional de conselheiros municipais de saúde por meio da realização de oficinas educativas e mapas conceituais, tendo a Aprendizagem Significativa como estratégia metodológica. Esse estudo foi desenvolvido em três municípios pertencentes a Região de Saúde do Pólo Cuesta, São Paulo, Brasil, com 28 conselheiros. Ao final avaliam como exitosa a experiência podendo ser reproduzida em outros ambientes.

As oficinas educativas e os mapas conceituais revelaram-se como excelentes estratégias pedagógicas a serem trabalhadas com conselheiros municipais de saúde uma vez que possibilitaram momentos de aprendizagem, trocas de experiências, interação e estabelecimento de vínculo entre os participantes. (FERNANDES; SPAGNUOLO, 2021, p.396)

As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas do SUS. Elas devem acontecer de 04 em 04 anos nos três entes Federativos com a ampla representatividade e participação de diversos segmentos sociais. Precisam avaliar a situação de saúde em seus âmbitos específicos expressando as demandas sociais e de saúde da população, propondo as diretrizes para a formulação das políticas de saúde no Estado Brasileiro. Apesar de apresentarem algumas fragilidades ao longo dos anos, elas têm se constituído como um verdadeiro fórum de discussão e deliberações da saúde no país. Todos esses espaços de Controle Social no país precisam ser amplamente fortalecidos.

2.2 Atenção Primária em Saúde

A adoção do conceito de “Atenção Primária à Saúde” foi a melhor resposta ao desafio, colossal, de propor e implantar um sistema de saúde da magnitude do SUS em um país gigantesco e desigual como é o Brasil em um contexto em que o modelo Médico Assistencial Privatista e Sanitarista permanece arraigado – e hegemônico.

Tendo como marco a Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS), segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), deve compor a base dos

sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde de determinada população.

Houve, contudo, compreensões diversas da APS ao longo do tempo. Na visão de Mendes (2010), seriam três as interpretações principais: a) Atenção primária seletiva: entendida como um programa específico que se destina a regiões e populações pobres, oferecendo uma tecnologia simples e de baixo custo; b) APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde: entendida como a porta de entrada do sistema, organizada, resolutiva e que prevê satisfazer as demandas de saúde da população, restritas a ações de atenção de primeiro nível e tendentes a minimizar custos econômicos; c) APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde: compreendendo uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema, a fim de satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, implicando, portanto, na Atenção Primária à Saúde como coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde.

Na perspectiva de Cecílio (2001), a APS tem sido pensada tanto como a porta de entrada do sistema, como o primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo às famílias e à comunidade. Esses mesmos autores destacam ainda que a APS, desde a década de 70 do século passado, vem sendo pensada pela Organização Mundial de Saúde como uma política de reorganização da atenção à saúde.

Figueira e colaboradores (2020) entendem a Atenção Primária à Saúde (APS) como sustentáculo de nosso sistema brasileiro de saúde. A APS expressa à atenção ambulatorial não especializada oferecida em unidades de saúde. Essas mesmas autoras referem que a APS funciona como porta de entrada no sistema, caracterizada por atividades de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, que extrapolam os limites da clínica, sendo apresentada em diversos formatos a depender dos contextos existentes. Em nosso país, ela abarca um forte componente social e é responsável pelas ações de saúde pública.

Na concepção de Starfield (2002), a APS possui alguns atributos que a tornam imprescindível para a concepção de modelo de saúde adotado pelo SUS:

1- ATRIBUTOS ESSENCIAIS:

a) **Atenção ao Primeiro Contato:** Diz respeito à acessibilidade e uso do serviço a cada nova necessidade ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Essa acessibilidade é definida, portanto, não só pelo que a Unidade entende

que oferece, mas é preciso levar em conta o que a população entende e percebe ser ofertado, ou seja, dois elementos nessa avaliação são significativos: 1) Elemento estrutural (a medição envolve a avaliação da acessibilidade); 2) Elemento processual (a medição envolve a avaliação da utilização).

b) Longitudinalidade: Entendida como a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, ou seja, um acompanhamento que exige uma continuidade racional. O estabelecimento de vínculos dessa população com sua fonte de atenção deverá ser refletido em fortes laços interpessoais e cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

c) Integralidade: A APS deve reconhecer e lidar com todo o leque de necessidades de saúde da população de sua área adscrita. Deve ser capaz de resolver esses problemas de saúde ou de direcioná-los a outros pontos da rede, caso seja necessário. “A integralidade [...] não pode ser alcançada a menos que as necessidades da população sejam explicitamente reconhecidas no planejamento e prestação dos serviços. (STARFIELD 2002, p. 671).

d) Coordenação do Cuidado (Integração): Capacidade de minimizar problemas através de um planejamento de cuidados que mire nas necessidades dos pacientes, favorecendo a continuidade da assistência. “Assim, tanto a continuidade como o reconhecimento de problemas são necessários para avaliar a coordenação da atenção”. (STARFIELD 2002, p. 63).

2- ATRIBUTOS DERIVADOS:

a) Centralização na Família (Orientação Familiar): Considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados. O alcance da integralidade deve fornecer uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes.

b) Orientação Comunitária: O reconhecimento das necessidades do contexto social. (conhecimento das necessidades de saúde da comunidade; envolvimento e integração dos profissionais nos assuntos da comunidade).

c) Competência Cultural: Envolve do reconhecimento e atendimento da população adscrita com integralidade, respeitando e englobando as características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais.

Com a finalidade de reorganizar/reorientar¹ o modelo de atenção, a nossa APS/Atenção Básica “lançou mão” da Estratégia Saúde da Família (ESF) que, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece vínculo entre os usuários e profissionais dos serviços e contato constante com o território, empreendendo uma nova concepção da saúde. Costa e colaboradores (2020) ratificam esta compreensão, afirmando que enquanto modelo assistencial, a APS corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população.

Cecílio e Reis (2020) apontam que, se bem sucedido, esse projeto de saúde deslocaria o centro de gravidade da assistência à saúde dos hospitais e serviços especializados para uma rede de unidades básicas de saúde de distribuição capilarizada, em territórios delimitados onde vivem, estudam e trabalham as pessoas, nas quais atuariam equipes multiprofissionais organizadas para o cuidado integral e humanizado.

A legalidade de uma Lei, Portaria e/ou Decreto não assegura a sua implementação, entretanto, a sua ausência tão pouco contribui com avanços esperados para a área da saúde. Do conjunto dessa estrutura legal, merece destaque a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, 2011 e 2017. A primeira PNAB foi editada em 28 de março de 2006 como Portaria GM/MS de nº 648. Ela ampliou o escopo e a concepção da AB ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconhecendo a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB, mas manteve os formatos das Unidades Básicas tradicionais, identificando a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante – UBS com ou sem ESF. Esse cenário foi marcado fortemente pela expansão da ESF nos grandes centros urbanos, pela incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. (BRASIL 2009; MELO et al 2018).

A PNAB 2011, editada através da Portaria GM/MS 2.488 de 21 de abril de 2011, manteve a essência de sua publicação do ano de 2006, mas incorporou o NASF; as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas; as Unidades de Saúde Fluviais; regulamentou os Consultórios na Rua; o PSE, no âmbito da Atenção Básica; reconheceu a Atenção Básica como Ordenadora

¹Foi estabelecido em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, inicialmente no Norte e Nordeste do país, servindo como base estrutural e piloto para o Programa de Saúde da Família, instituído em 1994, com o propósito de reorientar o Modelo de Assistência à Saúde no Brasil, sendo fixado como Estratégia de Saúde da Família no ano de 2006.

e Coordenadora da Rede de Atenção à Saúde e ressaltou a Educação Permanente como instrumento de formação do Trabalhador de Saúde. Nesse mesmo dispositivo estrutural, foram criadas tentativas de resolver alguns nós críticos através das seguintes propostas: Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização); Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); Programa Mais Médicos (PMM) e a implantação do e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios, além de alteração em normativas visando à sua ampliação e ao aprimoramento. No entanto, havia queixas por parte dos gestores municipais que alegavam aumento da carga de responsabilidade dos municípios no financiamento do SUS ao longo dos anos pós a implantação dessa PNAB. Evidências apontam que a maior parte da responsabilidade pelo custeio das Equipes de Saúde da Família tem se concentrado nos municípios. (DOMINGOS et al, 2016; MELO et al, 2018).

O ano de 2016 foi marcado por fortes tensões econômicas e políticas no país. No âmbito da Atenção Básica, foi editada a Portaria nº 958, de 10 de maio de 2016 que em tese retirava a obrigatoriedade dos Agentes Comunitários de Saúde nas Equipes de Saúde da Família em detrimento do acréscimo de mais um Técnico de Enfermagem. O §2º do art. 2º dizia que a incorporação de mais Técnicos de Enfermagem “deve-se à necessidade de adequar a oferta das equipes da Atenção Básica à transição demográfica e ao perfil epidemiológico da população”. Alvo de protesto por diversos especialistas, levando a FIOCRUZ, através da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, a editar Carta de Repúdio em 20/05/2016 à referida Portaria, foi revogada por meio da Portaria GM 1.132 em 9 de junho de 2016.

Em meio a esse cenário turbulento, agravado pela EC 95, foi editada a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 estabelecendo a nova PNAB, sob protestos inclusive do Conselho Nacional de Saúde que emitiu naquele período recomendação contrária à revisão, indicando necessidade de maior discussão². Com o apoio do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, essa nova PNAB provocou uma série de modificações questionadas tais como: mudança nas modalidades e composição das equipes (definição de que as Equipes de Saúde da Família devem ter no mínimo um (não mais 4) ACS; previsão de novos incentivos financeiros para modalidades de AB não necessariamente baseadas em

²[...] as notícias sobre a revisão da PNAB foram se intensificando, mas sua produção foi pouco divulgada oficialmente e sua **discussão manteve-se em espaços restritos**, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as reuniões entre os técnicos do MS. (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018. pg. 14).

atributos e diretrizes da APS, tal qual adotadas na ESF – “A existência de novo financiamento para outro tipo formato de AB, pode induzir gestores municipais (...) a adotar preferencialmente esse modelo, gerando não só diminuição de ACS como também estagnação ou mesmo diminuição da cobertura da ESF”. (METO et al, 2018, p. 47); relativização da cobertura; a segmentação do cuidado: padrões essenciais e ampliados de serviços; o reposicionamento da ESF e a retomada da Atenção Básica tradicional; integração das atribuições ou fusão dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias; e fragilização da coordenação nacional no pacto federativo da saúde.

[...] as modificações introduzidas na PNAB 2017 apontam para outra direção. Em um breve inventário, destacam-se alguns mecanismos da nova política que promovem a relativização da cobertura universal, a definição de padrões distintos de serviços, a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho na AB, entre outras mudanças importantes, que também devem ser consideradas. A revisão empreendida atinge principalmente as conquistas alcançadas pela ESF e os processos em curso, que pavimentam caminhos para se concretizar uma APS forte, parte fundamental de redes de atenção em um sistema universal de atenção integral à saúde. (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018. p. 22).

Além das PNABs, outros preceitos fazem parte do arcabouço legal que estrutura a APS no Brasil (Quadro 02). Um desses marcos para a APS é a Lei nº 10.507, de 10/07/2002, que criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde, revogada posteriormente pela Lei Nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, que regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição e dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, que teve diversos artigos alterados pela Lei Nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018, que Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, motivo de diversos debates pelo risco de desconfiguração de papéis na ESF e, em tese, a criação precarizada de mais um profissional para a realização de serviços da área da Enfermagem. Recentemente a Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023, que altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica, passou a vigorar com a seguinte alteração: “Art. 2º-A. Os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias são considerados profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para fins do disposto na

alínea ‘c’ do inciso XVI do caput do art. 37 da Constituição Federal.”. Essas são pautas que trarão inúmeros debates.

Quadro 02 – Principais preceitos legais que normatizam a APS no Brasil.

SISTEMA NORMATIVO DA APS NO BRASIL	
FINALIDADES/OBJETIVOS	PRECEITOS LEGAIS
Cria a profissão de agente comunitário de saúde	Lei nº 10.507, de 10/07/2002
Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.	Lei nº 11.350, de 5/10/2006
Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Portaria nº 648, de 28/03/2006
Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.	Portaria nº 687, de 30/03/2006
Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde	Portaria nº 971, de 03/05/2006
Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal.	Portaria nº 91, de 10/01/2007
Altera atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) dispostas na PNAB.	Portaria nº 1.625, de 10/07/2007
Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).	Portaria nº 154, de 24/01/2008.
Aprova o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos.	Portaria nº 2.960, de 09/12/2008
Estabelecem prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011	Portaria nº 2.669, de 03/11/2009
Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde.	Portaria nº 2.488, de 21/10/ 2011

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Portaria nº 2.436, de 21/09/2017
Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.	Lei nº 13.595, DE 5/01/2018.
Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica.	Lei nº 14.536, DE 20/01/2023

Fonte: organizada pelo autor/2021

Por fim, Cecílio e Reis (2020) afirmam que, mesmo considerando o crônico subfinanciamento do SUS – em particular quando comparamos os gastos de saúde em dólar per capita no Brasil com os dos países centrais e, em particular, àqueles que contam com sistemas universais e que se estruturam a partir da Atenção Básica à saúde –, o avanço e a capilarização da APS no Brasil são enormes. Contudo, esse quadro passa novamente por ameaças com o Regime Fiscal instituído pelo Governo Michel Temer através da EC 95 e aprovado pelo Congresso Nacional, definindo o teto para as despesas primárias, entre tantas outras adversidades já enfrentadas pela AB no país, tais como: a falta de médicos nas ESF, principalmente em municípios do interior e regiões de acesso mais difícil; o crônico subfinanciamento; aspectos operacionais e de deficiência na concepção e conceituação da APS no Brasil. Segundo Alves (2004, p.41), há o desafio de se combater o reducionismo e fragmentação das práticas; a objetivação dos sujeitos com enfoque na doença e na intervenção curativa, enquanto racionalidade de um modelo ainda hegemônico no país.

2.3 A Saúde da Família como estratégia de reorganização do Modelo de Atenção

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado no governo do Presidente Itamar Franco no final de 1993, sendo efetivamente estabelecido em 1994. Teóricos defendem sua preconcepção em 1991 com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. O Ministério da Saúde (1997) defende que o ponto central do programa é o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromissos e de corresponsabilidades entre profissionais

de saúde e a população, visando uma mudança no modelo assistencial, colocando a família como objeto precípua da atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. E que isso só se faz possível por meio da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve suas propostas paulatinamente associadas aos princípios da Medicina Comunitária e incorporou princípios e diretrizes que vão além da clínica, especialmente a contribuição da epidemiologia e da administração e planejamento em saúde (TEIXEIRA e SOLLA, 2006, p. 41). A concepção de Saúde da Família brasileira articulou noções e conceitos provenientes de campos da Saúde Pública e Saúde Coletiva, conformando um modelo de atenção pautado pela “organização sistêmica dos serviços”, enriquecida por fatores como: caráter multiprofissional das equipes de trabalho; informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde; e pela ênfase nas práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde (integralidade das ações).

Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família surge com o intuito de transformar um modelo tradicional de prestação de assistências e serviços de saúde, estimulando a implantação de um novo modelo assistencial de saúde. Teixeira e Solla (2006, p. 30) apontam que o processo de mudança do modelo de atenção à saúde é de uma grande complexidade, impõe um conjunto heterogêneo de iniciativas (macro e micro sistêmico), sendo que isoladamente nenhuma delas dará conta de todos os aspectos envolvidos no processo de mudança das práticas de saúde.

Para Facchini et al (2018), a superioridade do modelo da ESF em relação ao modelo tradicional tornou-se consenso nacional e internacional na última década. O crescente acesso da população à ampla rede de serviços foi documentado em três Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (PNAD) e mais recentemente na Pesquisa Nacional de Saúde, aponta esse mesmo autor. Contudo, entre outras questões, afirma que para melhorar a qualidade da APS no Brasil é necessário superar a fragmentação e incompletude das práticas clínicas e de promoção da saúde; integrar, equilibradamente, cuidado clínico, prevenção e promoção da saúde, orientando a ESF para processos de trabalho com abordagem matricial das demandas dos usuários, em especial das condições crônicas de saúde.

O fortalecimento do trabalho em equipe e o papel dos ACS é essencial para garantir a integralidade e a coordenação das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado de problemas e agravos clínicos, de cada usuário do serviço e a plena institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação das ações na rede básica é

dispositivo essencial para qualificar a gestão e a organização dos serviços, orientando iniciativas e estratégias para o alcance de objetivos e metas.

Entretanto, mesmo com evidências apontando a ESF como uma experiência bem sucedida, a PNAB 2017 possibilitou arranjos alternativos favorecendo modelos tradicionais de APS, o que pode se constituir num perigoso retrocesso para o SUS. (MASSUDA 2020; MENDES 2015).

Para além disso, existem problemas que desestabilizaram o desenvolvimento ideal da ESF e que precisam ser superados:

- A visão ideológica de um mix de atenção primária seletiva e de primeiro nível de atenção;
- A baixa valorização política, econômica e social;
- O incipiente grau de institucionalização;
- A fragilidade institucional nos âmbitos do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- A carência de uma infraestrutura adequada;
- A baixa densidade tecnológica utilizada;
- A fragilidade dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico;
- A carência de equipes multiprofissionais operando de forma interdisciplinar;
- A fragilidade dos sistemas de informações clínicas, especialmente de prontuários clínicos familiares eletrônicos;
- A fragilidade gerencial expressa na gestão com base na oferta, no modelo esgotado de regulação;
- Ausência de gestão da clínica e na baixa profissionalização dos gestores;
- A pouca presença de controle social exercitado pelos Conselhos Municipais e Locais de Saúde;
- Os problemas educacionais da graduação e da pós-graduação dos profissionais de saúde;
- O problema da precarização das relações de trabalho;
- A ausência de modelos de atenção à saúde construídos com base em evidências;
- E o subfinanciamento. (MENDES, 2012, 2015).

2.4 Modelos de Atenção em Saúde

Modelo de Atenção em Saúde é um conceito polissêmico, complexo e abrangente, com diversas nomenclaturas, sendo as mais utilizadas: Modelo Assistencial em Saúde, Modelo de Atenção em Saúde e Modelo Tecnoassistencial em Saúde.

Para Mendes (2012), Modelos de Atenção à Saúde “são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde” e articulam, de forma simples, “os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde”, vigentes em determinado tempo e sociedade. Para ele, as Redes de Atenção à Saúde são “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde” interligados, entre si, por uma missão única, mediante objetivos conjuntos e por uma ação solidária e interdependente, “que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS”.

O termo Modelo Tecnoassistencial é mais comumente utilizado por Merhy (2003), que o define como a produção da saúde, com base nas tecnologias leves, relacionais, e a produção do cuidado de forma integralizada, operando em “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários.

No entendimento de Campos (2007), Modelos Assistenciais da Saúde são os modos de produção das ações assistenciais, o modo como o Estado se organiza para dar conta desse processo e inclui também o desenho organizacional e técnico dos serviços de saúde.

Na compreensão de Paim (1994), Modelos Assistenciais de Saúde são “Combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e das necessidades sociais de saúde historicamente dadas”.

Teixeira (2002), em uma releitura de Paim e Mendes, aponta duas concepções que se articulam; a) uma perspectiva um pouco mais abstrata, de base teórica marxista, ligada as formas de organização das práticas – processo de trabalho em saúde e, b) uma perspectiva mais sistêmica, ligada a formas gerenciais e de organização dos serviços – Atenção Primária, Secundária e Terciária.

Teixeira, Paim e Vilasbôas (2010, p. 49) identificam uma concorrência entre diversos modelos de atenção à saúde, com tendência à reprodução, conflitiva, dos modelos médico assistencial privatista e sanitarista, hegemônicos, mas com ensaios, cada vez mais presentes,

de modelos alternativos (Mendes 1993; Paim 1994). Há um panorama ainda desafiador, apontam Teixeira e Solla, na mudança paradigmática que envolve os dois principais modelos concorrentes no Brasil:

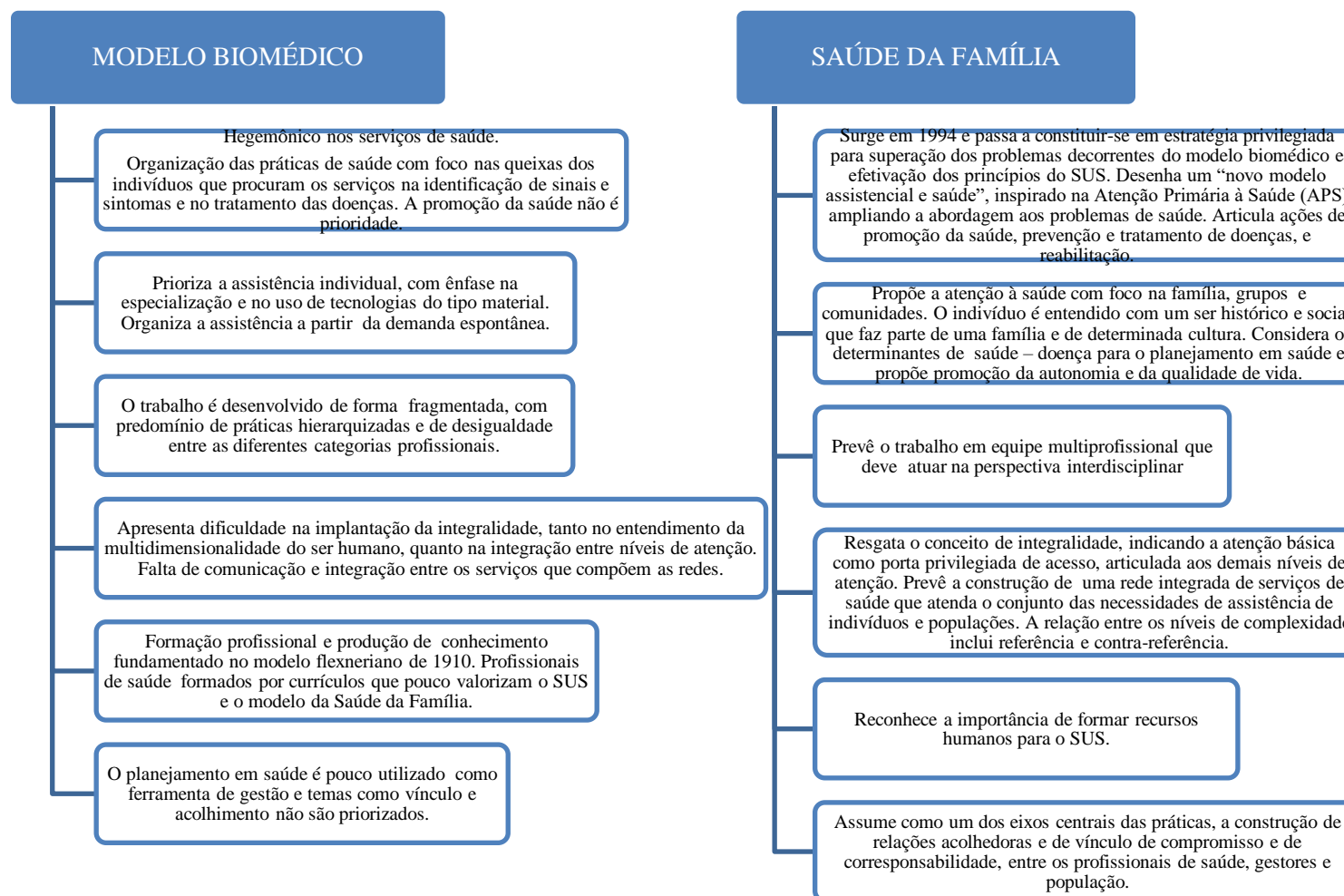
Correndo o risco de parecer pessimista, cabe concluir que, apesar dos esforços realizados e dos avanços alcançados, a mudança operada na organização dos serviços e no perfil das práticas de saúde apenas “arranha” a superfície do modelo hegemônico. Desse modo, apesar do aumento extraordinário na produção de serviços básicos, cabe reconhecer que no geral o perfil de oferta de serviços revela a reprodução, em escala ampliada, do **modelo médico, assistencial, hospitalocêntrico**”. (TEIXEIRA e SOLLA, 2006, p. 158 – grifo nosso)

Esses autores concluem apontando para a complexidade dessa mudança paradigmática. Observam, no entanto, não haver outro caminho que não seja esse: a busca de um Sistema de Saúde que opere segundo a lógica da intervenção sobre riscos, danos e Determinantes Sociais:

E ainda que isso evidencie o atendimento a uma demanda reprimida historicamente, pela insuficiência e ineficiência do sistema público, do ponto de vista da cobertura, acessibilidade, integração sistêmica e qualidade de atenção, expressando a garantia de um direito conquistado, também evidencia o quão distante estamos ainda de um sistema de serviços de saúde que opere segundo **a lógica da intervenção sobre determinantes, riscos e danos, nesta ordem de prioridades**, e não, o contrário, como continua a acontecer. (TEIXEIRA e SOLLA, 2006, p. 158 – grifo nosso).

A Figura 03 apresenta uma contraposição de dois modelos que continuam a disputar no imaginário popular, no espaço técnico/gerencial ou mesmo no processo de trabalho de muitas Unidades e Profissionais de Saúde.

Figuras 03 – Diferença entre os Modelos Assistenciais vigentes no país



2.5 A adesão dos trabalhadores aos princípios do SUS e aos atributos da APS

A adesão dos trabalhadores de uma organização aos seus princípios doutrinários, àqueles valores que regem a organização, é de grande relevância para o seu bom desempenho. Orientado por princípios como a Universalidade, Equidade, Integralidade, Participação Social, Descentralização, Hierarquização e Regionalização do Sistema de Saúde, o SUS elevou para a “categoria” de cidadão a quem antes era indigente social, ou simplesmente alguém indigno de acesso aos sistemas oficiais de saúde por não vincular-se a um emprego formal ou não possuir condições financeiras de custear suas próprias despesas com a saúde.

O quanto os trabalhadores do SUS compreendem os princípios e valores do Sistema Único de Saúde (SUS), da Atenção Primária em Saúde (APS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o quanto estão aderidos ao modelo de atenção preconizado para o SUS?

Dentre as configurações organizacionais propostas por Mintzberg (2003), as organizações de saúde correspondem a “Burocracia Profissional”, caracterizada por um núcleo operacional constituído de profissionais especializados, que possuem autonomia na execução das atividades. Segundo este autor, o treinamento/doutrinação e a especialização horizontal são parâmetros de design fundamentais para essa configuração organizacional.

Nessas organizações, os principais Mecanismos de Coordenação do trabalho são o *Ajustamento mútuo* e a *Padronização das habilidades* e não a de processos. Por precisar depender de profissionais treinados – pessoas altamente especializadas, mas com considerável controle sobre seu trabalho, como em hospitais e universidades, são as normas, regras e doutrinação que vão permitir que a atividade seja realizada dentro do que a ideologia principal da organização determina como importante.

2.6 Teorias das Representações Sociais

Romeno que nasceu em 1928, Serge Moscovici, autor da Teoria das Representações Sociais, naturalizou-se na França, país onde estudou e graduou-se em Psicologia. Em 1961 concluiu sua tese *La Psychanalyse, son image, son public* e propôs a Teoria das Representações Sociais.

Na perspectiva de Serge Moscovici, as Representações Sociais seriam um agrupamento, a associação, o conjunto de conhecimentos, opiniões e imagens que nos permitem rememorar um dado acontecimento, pessoa ou objeto.

Triani e Novikoff, (2015), entendem que essas representações são caracterizadas por Moscovici como “sistemas de valores, ideias e práticas com a dupla função, a saber: conhecer e intervir na realidade”. Elas são resultantes da interação social, sendo comuns a um determinado grupo de indivíduos. Spink, (1993), citando Jodelet, (1985) diz que “as representações sociais, segundo definição clássica, são modalidades de conhecimento empírico orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos”.

Rocha, (2014), citando também (Jodelet, 2001), afirma que “as representações são sociais porque o mundo é partilhado entre as diversas pessoas que o compõem, que servem de apoio umas para as outras, muitas vezes de forma convergente, outras de forma conflituosa, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo”. O próprio Moscovici descreve o conceito das representações sociais da seguinte maneira:

As representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente, através duma palavra, dum gesto, ou duma reunião, em nosso mundo cotidiano. Elas impregnam a maioria de nossas relações estabelecidas, os objetos que nós produzimos ou consumimos e as comunicações que estabelecemos. Nós sabemos que elas correspondem, dum lado, à substância simbólica que entra na sua elaboração e, por outro lado, à prática específica que produz essa substância, do mesmo modo como a ciência ou o mito correspondem a uma prática científica ou mítica. (MOSCOVICI, 1961/1976: 40-41, p. 07)

Wachelke e Camargo (2007) apontam que o propósito da teoria das representações sociais é o estudo científico do senso comum, objeto de estudo da psicologia social pois, de acordo com a teoria das representações sociais, essa variante de conhecimento é modificada conforme o contexto de relações sociais. Apontam, ainda, que tendo como pano de fundo a idéia de que o indivíduo extrai categorias de pensamento da sociedade, a TRS é um desenvolvimento da corrente sociopsicológica denominada pensamento social. Esses autores referem tratar-se de uma abordagem dedicada à investigação dos processos cognitivos e construtos relacionados ao modo como as pessoas pensam no cotidiano.

Há diversas considerações de que as representações sociais são resultado, por um lado, da adaptação de conteúdos vindos de períodos temporais distintos e, por outro lado, daqueles gerados por novos contextos, novas apropriações, novas fontes. Há também uma busca em compreender, abstrair significados de novos conhecimentos, informações e fatos produzidos

constantemente em função da proliferação de pesquisas científicas, da abundância de ideias e ideologias difundidas pelos meios de comunicação de massa, pelos nossos “eruditos do cotidiano”, em esquinas e bares de nosso cotidiano e operacionalizá-los em nossas vivências.

Com a finalidade de deslocar o não familiar para o familiar, são empregados dois mecanismos na Teoria das Representações Sociais, denominados de ancoragem e objetivação. Isso ocorre, nas palavras de Triani e Novikoff, (2015), porque Moscovici compreende o senso comum como uma maneira de entendimento que gera substrato das imagens e sentidos, que é o modo como opera a coletividade, estabelecendo-se dois universos, sendo um deles o reificado e o outro consensual, assim, o primeiro é caracterizado pela linguagem da ciência e o segundo, pela linguagem do senso comum, que é a episteme das representações sociais.

Ancoragem seria então a capacidade de captar e fixar ideias estranhas e reduzi-las a categorias e em imagens comuns, colocando-as em um contexto familiar para o indivíduo. Moscovici define como sendo um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. Completa ainda o autor afirmando que é quase como que ancorar um bote perdido em um dos boxes (pontos sinalizadores) de nosso espaço social. “Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e, ao mesmo tempo, ameaçadoras”.

Já a objetivação seria a capacidade de transformar o abstrato em algo concreto, algo que está somente na mente em algo que exista no mundo físico. Ela une a ideia de não-familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade. Objetivar é, portanto, nas considerações de Moscovici, descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem, pois a materialização de uma abstração é uma das características mais misteriosas do pensamento e da fala.

Para concluir esse primeiro entendimento, me aproprio do pensamento de Rocha (2014) quando afirma que a relação dialética estabelecida pelo homem entre os aspectos individual e social é a base teórica do conceito de representação social; da apropriação da realidade social pelo indivíduo, de modo que o social e o exterior se tornam internos. Esse mesmo autor entende que a teoria do desenvolvimento cultural, de Vigotsky, a teoria da linguagem, de Saussure e a teoria das representações infantis, de Piaget contribuíram para a criação da Teoria das representações sociais, contudo ela possui forte relação com a sociologia de Durkheim e com a antropologia de Lévy-Bruhl, porque Moscovici buscava a

transformação da perspectiva individualista que se encontrava instalada na Psicologia social, rompendo os paradigmas.

3. BREVE REVISÃO DE LITERATURA

Na construção desta revisão, optou-se por realizar uma busca livre. Utilizou-se como critérios iniciais, trabalhos datados no ano limite de 2016 para que houvesse a seleção de trabalhos dentro de um contexto mais próximo do que vivenciamos no momento. Realizou-se uma busca na base de dados da Scientific Electronic Library (SCIELO), empregando os seguintes indexadores: “Atenção Primária”, “Atenção Básica”, “Programa de Saúde da Família”, “Modelo assistencial”, sendo possível encontrar trabalhos com temas e desenhos os mais distintos possíveis. Procedeu-se de forma “livre” a seleção das produções que, segundo critério do pesquisador, mais agregasse a temática do estudo, ou com desenho metodológico semelhante ao deste de estudo. Sendo assim, foram selecionados 11 trabalhos para integrarem esta revisão.

Faz-se necessário esclarecer ainda que, nesta revisão, não está inclusa produção dos autores utilizados como referenciais teóricos, que compõem “os marcos teóricos” aludidos anteriormente.

Verificou-se ausência considerável de produções assemelhadas a este estudo no período estipulado, com a mesma temática e desenho metodológico, a despeito do sempre e necessário “olhar” sobre o nosso SUS, APS e ESF, enquanto seu papel ordenador/coordenador de nosso modelo de atenção à Saúde, principalmente em um momento de extrema fragilidade institucional e epidemiológica em que se encontrava o país.

Nesta perspectiva, os 11 trabalhos relacionados no Quadro 3 têm relevância para a construção, fundamentação e aporte a este estudo, apontando caminhos seguros ou até mesmo erráticos nesse trilhar de ideias.

Quadro 03 - Resumo dos 11 trabalhos selecionados (2016 a 2021)

AUTORES	REVISTA/ PERIÓDICO	TITULO	MÉTODO	ANO	TEMÁTICA PRINCIPAL/OBJETIVO RESUMO
Forte et al	Tempus Actas de Saúde Coletiva	Muda o modelo assistencial, muda o trabalho da Enfermeira da Atenção	Estudo de abordagem qualitativa, exploratório e descritivo. Utilizou-se a triangulação na coleta e análise de dados, por	2018	O referido estudo buscou-se identificar as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras que atuam em UBS que ainda seguem o modelo assistencial orientado pela biomedicina e

		Básica?	meio de entrevistas semiestruturadas e observação.		Unidades que atuam com o modelo de Estratégia de Saúde da Família. Os achados mostraram que a atuação dos profissionais foi semelhante nos dois modelos distintos investigados, com predomínio de práticas de cuidados, entre elas consultas, ações curativas e prescritivas.
Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS	Saúde Debate – Rio de Janeiro	Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas	Ensaio	2018	A presente reflexão visa reunir avanços, problemas e propostas sobre a qualidade da Atenção Básica no país, com ênfase na integralidade do cuidado, expressa na completude das ações de saúde.
Leite et al	Cad. Saúde Colet. Rio de Janeiro	Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário	Estudo de abordagem qualitativa. Realizado em Equipes de Saúde da Família do município de Montes Claros-MG. A coleta de dados foi realizada por dois entrevistadores previamente capacitados, autores desta pesquisa, com questões norteadoras.	2016	Objetivou-se compreender a percepção do usuário sobre o processo de transição das modalidades de serviços centro de saúde para ES. onde o processo de reorientação do sistema de saúde brasileiro vem promovendo a transição do modelo assistencial biomédico para um modelo ancorado na promoção da saúde. Concluiu-se que a implantação da ESF permitiu o advento de um novo panorama na atenção primária. Entretanto, deve garantir maior efetividade e satisfação dos usuários.
Sousa et al	Saúde Debate – Rio de Janeiro	Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais	Ensaio	2019	Nos apresenta uma discussão teórico-conceitual sobre as potencialidades da Atenção Primária à Saúde como estratégia imperativa à consolidação dos sistemas universais de saúde, refletindo a conjuntura atual do sistema de saúde brasileiro. Para o alcance desse objetivo é necessário incentivar um modelo de atenção à saúde que tenha na atenção primária e nas equipes de saúde da família estratégias de promoção da saúde da população e de fortalecimento da cidadania.
Pallarés et al	Aletheia	Atenção primária em saúde: a adequação ao modelo da vigilância da saúde em município do sul do Brasil	Estudo de abordagem qualitativa no qual foram estudados dois serviços de saúde do município de Porto Alegre: um que atua na lógica tradicional de atendimento à demanda espontânea na UBS, e outro na ESF. Participaram do estudo 25 profissionais, escolhidos de forma intencionais sendo 12 da ESF e 13 da UBS,	2016	Estudo qualitativo que visou conhecer a adequação do trabalho realizado por equipes de unidades básicas de saúde às características do modelo da Vigilância da Saúde. Foi possível observar que em ambas as equipes há dificuldades em planejar ações sobre o seu território, em função de sua dimensão. Também relataram haver óbices a ações de promoção da saúde, visto que a lógica norteadora do trabalho fundamenta-se no atendimento da demanda espontânea.

			com formação e tempo de atuação no serviço variados. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas compostas por 12 questões, observações e conversas informais anotadas em diário de campo. As entrevistas foram transcritas na íntegra, codificadas, impressas e analisadas uma a uma diversas vezes para construir as categorias de análise		
Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM	INTERFACE - Comunicação Saúde Educação	O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família	Estudo de abordagem qualitativa, realizado com trabalhadores da saúde de nível Superior de ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de João Pessoa/ Paraíba. Foram realizadas 12 entrevistas em profundidade, com média de duração de sessenta minutos cada, por um mesmo pesquisador devidamente treinado, no local de trabalho dos participantes (3 médicos, 3 Enfermeiros, 3 Odontólogos e 3 trabalhadores do NASF), em ambiente reservado, gravadas em áudio, transcritas e submetidas à validação. O tratamento dos dados foi realizado por meio da análise do conteúdo, conduzida por um olhar interpretativo do material produzido.	2018	O estudo objetivou analisar a percepção de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família acerca de seu objeto de trabalho. Foram realizadas 12 entrevistas: nove com trabalhadores de três Equipes Saúde da Família, consideradas de referência por gestores municipais, e três com trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Tratou-se do reconhecimento da produção do cuidado centrada no indivíduo a partir de suas necessidades singulares, associado a sua família e comunidade. Como resultado, apontou o elevado grau de complexidade que orienta o trabalho no âmbito da Saúde da Família, onde o objeto de trabalho extrapola a dimensão individual e biologicista, assumindo a determinação social e a sua relação familiar e comunitária.
Brehmer LCF, Ramos FRS	INTERFACE - Comunicação Saúde Educação	O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções	Estudo de abordagem qualitativa delineado sob os referenciais metodológicos do Estudo de Caso. Os casos foram cinco cursos de graduação de diferentes instituições do estado de Santa Catarina. Na obtenção dos dados, foram utilizadas duas	2016	O estudo buscou identificar, na formação em enfermagem, como se expressa o modelo de atenção à saúde na percepção de alunos, docentes e profissionais da Atenção Básica à Saúde. Os resultados são apresentados em três categorias: "Hegemonia e contrahegemonia: a coexistência de duas abordagens na atenção à saúde", "Da teoria a prática, como o modelo de

			técnicas: entrevista com roteiro semiestruturado e grupo focal. Na primeira técnica foram entrevistados 22 docentes e 14 profissionais dos serviços de Atenção Básica à Saúde. Na segunda técnica foram realizados cinco grupos focais, um em cada instituição, e obteve-se uma média de participação de 15 alunos por grupo focal.		atenção à saúde se expressa em dois âmbitos da formação” e “Interdisciplinaridade. Como processo, o modelo de atenção requer foco contínuo nas discussões entre ensino e serviço.
Pereira RMP, Amorim FF, Gondim MFN	INTERFACE - Comunicação Saúde Educação	A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental	Pesquisa de investigação de campo, exploratória e qualitativa, cujos dados utilizados constituem recorte da fase qualitativa da dissertação de mestrado profissional. Foram utilizadas entrevistas desenvolvidas por um questionário semiestruturado aplicado aos sujeitos participantes eleitos por amostragem de conveniência, constituída pelos profissionais das equipes de ESF que se dispuseram a participar da fase qualitativa. Foram realizadas 06 entrevistas com duração entre trinta e sessenta minutos, com 05 perguntas abertas que abordavam as dificuldades enfrentadas e a vivência dos profissionais na operacionalidade com pacientes de Saúde Mental. Por fim foi realizada análise de conteúdo conforme técnica de Bardin.	2020	O objetivo do estudo foi conhecer a percepção e a prática dos profissionais sobre a Saúde Mental na APS para contribuir no esclarecimento das dificuldades percebidas. Foram identificadas barreiras como incapacidade em lidar com demandas de Saúde Mental, receio no contato com usuário, falta de processos de trabalho específicos para a Saúde Mental e incompreensão de como realizar o acompanhamento e a interlocução entre os serviços de saúde de forma a garantir a integralidade. O principal entrave se dá em como fazer, necessitando intervenções efetivas de Educação Permanente.
ARCE, V. A. R.; TEIXEIRA, C. F.	Saúde Debate – Rio de Janeiro	Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde	Estudo de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso sobre o processo de trabalho dos profissionais dos Nasf de Salvador (BA).	2017	Buscou-se analisar a organização tecnológica do processo de trabalho dos profissionais que atuam no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em Salvador (BA), de modo a verificar a possível contribuição

		da Família em Salvador (BA)	Na produção dos dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os sujeitos, e também foi elaborado um diário de campo para o registro de situações e impressões subjetivas relevantes para a pesquisa. O material obtido foi submetido à análise de conteúdo, de modo a contemplar a caracterização das 'práticas de saúde/processo de trabalho dos profissionais do NASF'. A partir destes dados, foi possível realizar uma análise comparativa entre as práticas identificadas com os modelos hegemônicos e as propostas alternativas descritas na literatura, de modo a verificar se está ocorrendo, na realidade estudada, um 'processo de mudança ou conservação do modelo de atenção à saúde' no âmbito do Nasf.		desta proposta à mudança do modelo de atenção à saúde. Verificou-se que os profissionais buscam realizar um cuidado ampliado aos usuários, porém, prevalece uma organização do processo de trabalho fundamentada na atenção clínica individualizada, com algumas ações de cunho preventivo, coadunando os modelos da Clínica Ampliada e Sanitarista.
Figueira et al	Saúde Debate – Rio de Janeiro	Atributos da atenção primária na saúde fluvial pela ótica de usuários ribeirinhos	Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal e abordagem quantitativa, tendo como campo de investigação empírica ESF em suas áreas de abrangência, no município de Santarém – Pará. Foram consideradas as três ESF implantadas no município. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi composto por dados socioeconômicos e por itens específicos relacionados com os atributos da APS que compõem o PCATool versão reduzida aos	2020	Este estudo teve como objetivo de avaliar os atributos da atenção primária na Estratégia Saúde da Família Fluvial na perspectiva de usuários ribeirinhos. Nos resultados, o atributo mais bem avaliado foi coordenação-sistema de informações (8,95), e o pior foi orientação comunitária (2,51). Os atributos afiliação, coordenação-integração dos cuidados, integralidade-serviços disponíveis e prestados tiveram resultados insatisfatórios. O estudo mostra importantes considerações para o arranjo assistencial de equipes saúde da família fluvial.

			usuários dos serviços de saúde, que avalia os atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar e comunitária).		
Costa MA et al	INTERFACE - Comunicação Saúde Educação	Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil	Trata-se de um estudo de caráter avaliativo de abordagem quantitativa das características organizacionais e do desempenho dos serviços das equipes de Saúde da Família a partir dos atributos da APS realizada de outubro a dezembro de 2018 em São José de Ribamar. Foram selecionados 12 usuários de cada uma das equipes nas quais os profissionais também eram elegíveis. Foram selecionadas 35 unidades de Saúde da Família do município, o que correspondia a 92,11% daquelas em funcionamento. Nesta pesquisa, três tipos de formulários foram aplicados, de acordo com o respondente: PCA-Tool Brasil versão Criança, Adulto e Profissionais.	2020	O estudo avaliou os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva dos usuários e profissionais de 35 Unidades de Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. Os dados de 73 profissionais e 386 usuários foram coletados em entrevistas utilizando Primary Care Assessment Tool (PCATool). Os usuários avaliaram como insatisfatório todos os atributos. As divergências encontradas revelaram que as demandas da população não são atendidas nesse nível de atenção à saúde.

Fonte: Scielo – construção do autor/2021

Dos 11 trabalhos encontrados, 07 possuem abordagem qualitativa, 02 são estudos quantitativos e 02 são artigos de opinião (qualitativos). Optou-se pela inclusão de 02 ensaios de opinião por sua relevância e acréscimo significativo para o escopo do trabalho, também pela expertise dos autores que muito tem contribuído na discussão e implementação das políticas públicas de saúde em nosso país.

Do total dos trabalhos selecionados que enriqueceram o desenvolvimento dessa pesquisa encontram-se: 02 do tipo Estudo de casos e 02 exploratórios. Na coleta de dados, 05 estudos fizeram uso de entrevistas semiestruturadas, 01 estudo utilizou a entrevista em

profundidade, 01 utilizou a entrevista aberta com questões norteadoras, 02 estudos utilizaram questionários estruturados do PCA-Tool Brasil, 01 utilizou entrevista com grupo focal e 02 utilizaram entrevista e observação. O emprego de diário de campo foi mencionado em 02 estudos. Quanto aos participantes das pesquisas, em 03 estudos foram os usuários que integraram a pesquisa, em 06 deles foram profissionais e/ou trabalhadores de saúde e em 01 estudo tiveram também incluído a participação de estudantes.

Quanto à população do estudo, 09 trabalhos foram realizados em Equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF, sendo que 02 estudos foram realizados também em Unidades Básicas de Saúde – UBS (modelo tradicional) e 02 estudos foram realizados em Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Quanto à análise dos dados, 02 trabalhos mencionam claramente a análise de conteúdo com a técnica utilizada, 01 menciona o referencial teórico de Bardin e 02 estudos utilizaram gravação e transcrição na íntegra. Quanto aos municípios mencionados como cenário dos estudos foram citados: Montes Claros (MG), Porto Alegre (RS), João Pessoa (PB), Salvador (BA), Santarém (PA), São José de Ribamar (BA) e municípios do estado de Santa Catarina não elencado os nomes.

Forte e colaboradores (2018), com o estudo: “Muda o modelo assistencial, muda o trabalho da Enfermeira da Atenção Básica?”, mostraram que a atuação dos profissionais de saúde foi semelhante nos dois modelos distintos investigados (ESF e UBS), com predomínio de práticas de cuidados, entre elas consultas, ações curativas e prescritivas. Este achado também foi referido no estudo de Arce e Teixeira (2017), “*Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA)*”, realizado com profissionais do NASF onde verificou-se que esses profissionais buscam realizar um cuidado ampliado aos usuários, porém, prevalece uma organização do processo de trabalho fundamentada na atenção clínica individualizada, com algumas ações de cunho preventivo, coadunando os modelos da Clínica Ampliada e Sanitarista. Quando partimos para estudos com avaliação de usuários do sistema de saúde os achados selecionados como o estudo de Costa e colaboradores (2020), “*Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil*”, os usuários avaliaram como insatisfatório todos os atributos da APS local, revelando que as demandas da população não são atendidas nesse nível de atenção à saúde. No estudo de Figueira et al (2020), “*Atributos da atenção primária na saúde fluvial pela ótica de usuários ribeirinhos*”, mesmo sendo um estudo quantitativo, também evidencia, em seus resultados, que o atributo mais bem avaliado foi coordenação-sistema de informações (8,95%), e o pior foi orientação comunitária (2,51%).

Nesse estudo, os atributos afiliação, coordenação-integração dos cuidados, integralidade-serviços disponíveis e prestados tiveram resultados insatisfatórios.

Por meio do estudo de Brehmer e Ramos (2016), “*O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções*” na perspectiva de docentes, estudantes e profissionais de saúde, os resultados são apresentados em três categorias: “Hegemonia e contra hegemonia: a coexistência de duas abordagens na atenção à saúde”; “Da teoria a prática, como o modelo de atenção à saúde se expressa em dois âmbitos da formação” e “Interdisciplinaridade. Como processo, o modelo de atenção requer foco contínuo nas discussões entre ensino e serviço. Essas conclusões estão em conformidade com aquelas do estudo de Pereira, Amorim e Gondim (2020), “*A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental*”, pesquisa qualitativa realizada em uma ESF, que identificou a necessidade de Educação Permanente para a consolidação de intervenções efetivas na Estratégia.

O estudo de Brito, Mendes e Santos Neto (2018), “*O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família*”, realizado com trabalhadores de ESF e NASF, apontou como resultado o elevado grau de complexidade que orienta o trabalho no âmbito da Saúde da Família, onde o objeto de trabalho extrapola a dimensão individual e biologicista, assumindo a determinação social e a sua relação familiar e comunitária, necessitando de processos educativos constantes, em conformidade com o trabalho citado anteriormente.

O estudo de Leite e colaboradores (2016), “*Estratégia Saúde da Família versus centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário*”, que visou compreender a percepção do usuário sobre o processo de transição das modalidades de serviços centro de saúde para ESF, evidencia que a implantação da ESF permitiu o advento de um novo panorama na atenção primária. Entretanto, deve garantir maior efetividade e satisfação dos usuários.

Para fins desta síntese, completando nossas observações, os ensaios de Facchini, Tomasi e Dilélio (2018), “*Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas*”, e de Sousa e colaboradores (2019), “*Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais*”, apontam que, para o alcance desses objetivos, faz-se necessário incentivar um modelo de atenção à saúde que tenha na atenção primária e nas equipes de saúde da família estratégias de promoção da saúde da população e de fortalecimento da cidadania, uma APS no país, com ênfase na integralidade do cuidado, expressa na completude das ações de saúde.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Conhecer e analisar as Representações Sociais de trabalhadores de duas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Coaraci, e sua adesão aos princípios e valores, do SUS e da APS à luz da disputa entre modelos assistenciais em saúde.

4.2 Objetivos específicos

1. Descrever o arranjo da política de saúde e a organização da Atenção Primária em Saúde (APS) no país e em Coaraci;
2. Descrever e analisar as Representações Sociais dos trabalhadores de saúde de duas Unidades de Saúde do município acerca do Sistema Único de Saúde (SUS), Atenção Primária em Saúde (APS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF),
3. Discutir o processo de adesão dos trabalhadores de saúde aos princípios doutrinários do SUS, atributos da APS e modelo assistencial do SUS, tendo como pano de fundo os Modelos de Atenção à Saúde em disputa no interior do SUS.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Desenho de Investigação

Este trabalho é uma investigação de campo, exploratória e qualitativa, do tipo Estudo de Casos, tendo especificamente duas unidades da Estratégia de Saúde da Família como casos. Nas palavras de Godoy (1995, p. 62), este tipo de estudo trata de “um fenômeno [que] pode ser mais bem compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada”. A Autora acrescenta ainda que, neste tipo de investigação o pesquisador vai ao campo buscando “captar” o fenômeno a ser estudado a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes.

O ator social é o agente que desenvolve a ação, podendo ser um indivíduo ou uma coletividade (ator coletivo). No caso específico deste estudo, cada membro dessas Equipes foi considerado ator social individual. O desenho do estudo se pretende condizente com a proposta inicial do projeto de pesquisa, transcorrendo de forma que os objetivos fossem alcançados na medida do possível e do tempo disponível.

5.2 População de estudo, unidade de coleta e critérios de inclusão/exclusão

5.2.1 População de estudo

A população do estudo foi composta por Equipes de Saúde da Família do município de Coaraci, Bahia, habilitadas e funcionando no período do estudo.

A amostra foi de 02 Equipes da Estratégia Saúde da Família, sendo uma delas da zona urbana e a outra da zona rural. Com relação aos critérios de escolha dessas equipes, a escolha da Equipe da Zona Rural se deu por ser a única no município instalada nessa modalidade e a Equipe da Zona Urbana ocorreu por critério de conveniência: por ser no momento a Equipe de mais fácil acesso; por se encontrar em pleno funcionamento no período da coleta das informações; com todos os seus integrantes; pela aceitação em participar do estudo.

Estabelecemos para a participação no estudo os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- a) **Inclusão:** Profissional que esteja trabalhando na Estratégia de Saúde da Família no período da pesquisa; Médicos, Enfermeiros, Odontólogos, Tec/aux. De Enfermagem, de Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde que integrassem as Equipes da Estratégia Saúde da Família do município.
- b) **Exclusão:** Profissional que não aceitaram participar do estudo; que estivesse de férias, de licença ou afastado do serviço no momento da pesquisa.

Dos 21 participantes elegíveis para a pesquisa, 01 estava viajando no momento das entrevistas e não retornou o contato que fizemos para remarcar, demonstrando não estar interessado em contribuir; 01 optou por não participar por em luto pelo falecimento de sua genitora e 01 (uma) entrevista foi perdida no processo de transcrição da mesma. Contabilizaram assim, 18 servidores/participantes do estudo.

Foram estabelecidos os seguintes passos anteriores à coleta dos dados:

1. Contato e solicitação de autorização da Secretaria de Saúde e da Coordenação de Atenção Básica para a realização do estudo;
2. Contato e agendamento com as Equipes de Saúde participantes do estudo (Esse contato se deu primeiramente com ambas as Enfermeiras das 02 Equipes, que muito contribuíram agendando o dia, horário e local para as entrevistas).

5.2.1.1. Território do Estudo

Território de nosso estudo, o município de Coaraci está localizado na Região Geográfica Imediata de Ilhéus-Itabuna, limitando-se com os municípios de Almadina, Itapitanga, Ibicaraí, Itajuípe, Ilhéus e Ibicuí, sendo atravessado pelo rio Almada, que desemboca na cidade de Ilhéus. Sua economia baseia-se na agropecuária e comércio local, vindo seguidamente perdendo poder econômico por conta da crise na lavoura cacaueteira. A Figura 4 retrata a localização de Coaraci no mapa apresentando os municípios limítrofes.

Figura 04 – Localização de Coaraci no mapa e municípios limítrofes.



Fonte: Google Maps/2023

Sua população tem predominância da faixa etária entre 10 a 19 anos e certo equilíbrio entre os gêneros, com predominância do sexo feminino. A pirâmide populacional mantém tendência de afunilamento da base por diminuição de nascimentos e aumento da expectativa de vida. O Gráfico 01 apresenta a pirâmide etária da populacional. Conforme o IBGE, a população do município diminuiu na estimativa populacional de 2020 em comparação aos dados do censo de 2010, havendo um decréscimo estimado de 21,5% em 10 anos. A tabela 01 apresenta esses dados e a densidade populacional.

Gráfico 01 – Pirâmide Etária do município de Coaraci censo 2010.

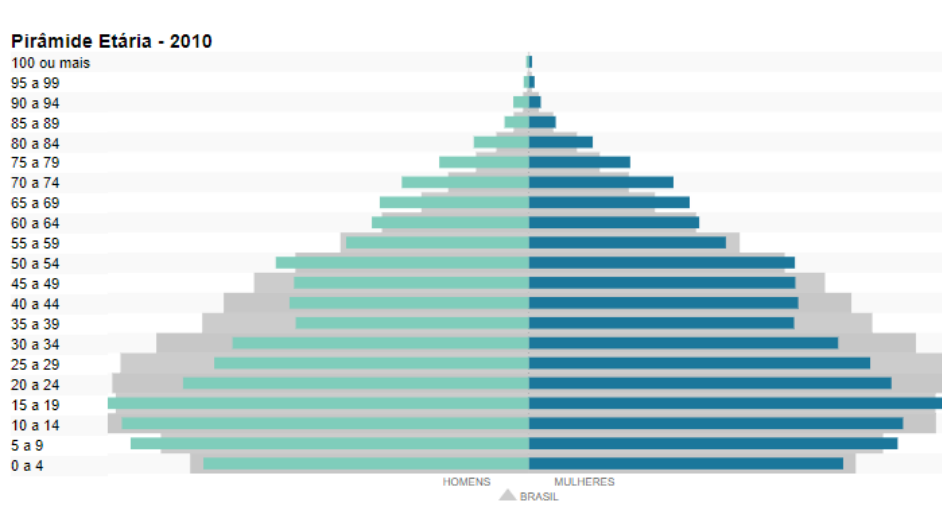


Tabela 01 – Situação populacional do município de Coaraci, 2010 e 2020.

POPULAÇÃO	QUANTIDADE
População estimada [2020]	16.549 pessoas
População no último censo [2010]	20.964 pessoas
Densidade demográfica [2010]	74,17 hab/km ²

Fonte: IBGE, 2021

O perfil epidemiológico do município é de dupla carga de doenças, caracterizado por adição nosológica das doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) e doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT).

Em relação à pandemia pelo Novo Coronavírus, até a data de 03/02/2023, período em que foi realizado este levantamento, encontra-se no Boletim nº 1010 da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia – SESAB, um total de 42.524,77 casos confirmados em todo Estado, com uma incidência de 11.927,05 por 100.000,00 hab. No município de Coaraci são 2.806 casos confirmados até o período, com uma incidência de 17.398,31 por 100.000 hab, distribuído da seguinte forma:

a) Confirmados Laboratorialmente:

- 1- Por Rt-PCR: 1.246 casos.
- 2- Por Teste rápido: 1.536 casos.
- 3- Imunológico: 11 casos.

b) Confirmado por clínico:

- a) Epidemiologicamente: 06 casos.
- b) Por imagem: 07 casos.

5.3 Estruturação e contextualização da APS de Coaraci

A rede municipal de APS é composta por 07 Unidades Básica de Saúde (UBS), sendo: 06 no modelo da Estratégia de Saúde da Família – ESF (85%) e 01 no Modelo Tradicional (15%). A cobertura da APS, ESF e PACS no município é de 100%. (e-Gestor/Brasil, 2022).

Das 07 UBS 03 foram construídas em estruturas físicas planejadas e 04 UBS funcionam em estruturas adaptadas e/ou alugadas pela Secretaria de Saúde do município. A

Figura 05 que 06 UBS estão localizadas na sede do município e 01 UBS está localizada na zona rural, abrangendo os Distritos de Itamotinga, São Roque e fazendas adjacentes.

Figura 05 – Localização das UBS no município.



Fonte: Google Maps – Elaboração o autor/2023

A Coordenação da APS tem a denominação de Coordenação da Atenção Básica, contando com uma Equipe formada por: 01 Coordenadora, 02 Técnicas de nível superior e 01 Coordenadora de Saúde Bucal. Não há formalmente na Secretaria Municipal de Saúde um organograma aprovado pela Câmara Municipal ou pelo Conselho Municipal de Saúde. As Coordenações do município não são oficialmente instituídas pela ausência mecanismo legal que conceda base estrutural para esse fim ou mesmo Plano de Carreiras Cargos e Salários – PCCS municipal.

Todas as Unidades possuem Equipes formadas por Médico, Enfermeiro, Téc. de Enfermagem, ACS, Odontólogo, TSB e/ou ASB, Recepcionista, Auxiliar de Serviços e em algumas dela Téc. e/ou Auxiliar de Farmácia. Uma UBS não possui Equipe de Saúde Bucal. Há no quadro da SMS Nutricionista e Profissional de Educação Física que revezem no atendimento e suporte a essas UBS. Em todas as UBS são oferecidos serviços em áreas prioritárias da política nacional de Atenção Básica no desenvolvimento das ações programáticas nas áreas de Saúde da Mulher; Saúde do Adolescente; Bolsa Família; Combate

e Controle da Tuberculose e Hanseníase; Imunização; Saúde do Idoso; Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis; Saúde Bucal; e Saúde da Criança (ACD, Triagem Neonatal). Realizam: Curativos; Glicemias capilares; Nebulizações; Visitas domiciliares; Atividade de Educação em Saúde e Mutirões (PMS, 2017; Cardoso et al, 2022).

A Rede da APS participa dos fluxos das demais Rede de Assistência e Serviços do Município (Rede de Urgência/Emergência, Saúde Mental, Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Assistência Farmacêutica, Coordenação de Fisioterapia, Serviços de Média Complexidade, PSE, Bolsa Família), mas existe necessidade de implementação desses fluxos por falhas na articulação, inclusive nas referências e contra-referências entre os Setores e/ou Serviços. (CMS, 2022).

As UBS (modela da Estratégia e Tradicional) estão localizadas nos bairros a seguir:

1. USF Adauto Sacramento: Bairro Berimbau;
2. USF Gilberto Lyrio: Distritos de Itamotinga, São Roque e fazendas;
3. USF Jamilly Albano: Bairro Jóia do Almada;
4. USF Celsina Castro: Bairro Maria Gabriela;
5. USF Nelson Goes: Bairro Santo Antônio;
6. CMS Ângelo Brito: Centro.

No contexto da pandemia, a SMS de Coaraci priorizou o atendimento aos sintomáticos-respiratórios – tendo sido instalada uma Central de Atendimento ao Coronavírus (Pronto Atendimento da COVID) em março de 2020, com 07 leitos de baixa complexidade e atendimento 24 horas – em detrimento da APS. Em um segundo momento, a SMS organizou a APS para prestar atendimento presencial, mas somente àqueles casos prioritários, orientando os demais pacientes para que recebessem ações de promoção da saúde por meios eletrônicos ou visita domiciliar de ACS ou de outros profissionais. (Cardoso et al, 2022). Só com o arrefecimento da pandemia a APS se organizou melhor para voltar a atender dentro dos critérios mais próximo aos padrões de normalidade que havia anteriormente.

A pandemia desestruturou a rotina dos serviços de saúde que levaram certo tempo até retornarem à normalidade. Isso não foi diferente com as duas Unidades de Saúde que fazem parte deste estudo. À medida que houve um arrefecimento no número de casos no município, serviços que tiveram sua rotina afetada como: Visita Domiciliares, atendimentos médicos, odontológicos, de enfermagem eletivos, atendimentos a pacientes de grupo de riscos na Unidade, coleta de material citopatológico para exame de prevenção de CA de colo de útero e

trabalho com grupos educativos, entre outros, estavam nessa relação. Após esse período, os serviços retornaram e aquela aglomeração típica das Unidades de Saúde voltou, o que trouxe um acúmulo de antigas e novas demandas para as Equipes. O trabalho de coleta dos dados da pesquisa foi totalmente alterado por entendermos o momento em as Equipes estavam vivenciando e a dificuldade de agendamento por conta das demandas de trabalho acumuladas nesse período e das novas demandas surgidas a partir da própria pandemia.

5.3.1 *Unidade de coleta*

Visando conhecer e analisar as Representações Sociais de profissionais integrantes da Estratégia Saúde da Família acerca do Modelo de Atenção em Saúde propugnado para o SUS e sua adesão, a unidade de coleta dos dados foi composta de indivíduos pertencentes a 02 Equipes de Estratégia de Saúde da Família, (Médicos, Enfermeiros, Odontólogos, Técnicos de Enfermagem, Técnico e/ou Auxiliar de Saúde Bucal e Agentes comunitários de Saúde), totalizando 18 servidores/participantes, atuantes no município de Coaraci no período da pesquisa. As seguintes Unidades de Saúde foram integrantes deste estudo:

- USF Adauto Ribeiro Sacramento: UBS no modelo de Estratégia de Saúde da Família, tendo como área adscrita os bairros Berimbau I, II e Cemitério. Possui Equipe de Saúde Bucal integrada, instalações física própria, adequadas no modelo de arquitetura desenvolvido pela SESAB.

1. Nome do Estabelecimento: USF Adauto Ribeiro Sacramento
2. Razão Social: Município de Coaraci
3. Estabelecimento do Tipo: Centro de Saúde, Unidade Básica
4. Especialidades: Coleta de Materiais Biológicos, Saúde da Família, Clínico Geral, Ginecologista, Tratamento da Tuberculose, Pré-natal/Parto e Nascimento
5. Unidade Mantenedora: Prefeitura Municipal de Coaraci
6. CNPJ Mantenedora: 14.147.474/0001-75
7. Horário de Funcionamento**: Horário da manhã e a tarde
8. Telefone: 7332411110
9. Atendimento Presencial: Rua São Paulo, 381

10. Bairro: Cemitério
11. Cidade: Coaraci
12. Estado: BA
13. CEP: 45638-000

- USF Gilberto Lyrio: UBS no modelo de Estratégia de Saúde da Família, tendo como área adscrita os distritos de Itamotinga, São Roque e fazendas adjacentes. Possui Equipe de Saúde Bucal integrada, instalações física própria no modelo desenvolvido pelo próprio município.

1. Nome do Estabelecimento: Unidade de Saúde da Família Gilberto Lyrio
2. Razão Social: Município de Coaraci
3. Estabelecimento do Tipo: Centro de Saúde, Unidade Básica
4. Especialidades: Coleta de Materiais Biológicos, Tratamento da Tuberculose, Pré-natal/Parto e Nascimento, Saúde da Família, Clínico Geral, Ginecologista
5. Unidade Mantenedora: Prefeitura Municipal de Coaraci
6. CNPJ Mantenedora: 14.147.474/0001-75
7. Horário de Funcionamento**: Horário da manhã e a tarde
8. Telefone: (73)2411110
9. Atendimento Presencial: Rua Antonio Vicente Maia, S/N
10. Bairro: Distrito de Itamotinga
11. Cidade: Coaraci
12. Estado: BA
13. CEP: 45638-000

Figura 07 – Identificação da USF Gilberto Lyrio

Estabelecimento de Saúde						
Identificação						
CADASTRADO NO CNES EM: 27/5/2003 ULTIMA ATUALIZAÇÃO EM: 28/11/2022 DATA DE ATUALIZAÇÃO LOCAL: 14/9/2022						
Veja onde se localiza: 		<input type="button" value="Exibir Ficha Reduzida por Competência"/>		<input type="button" value="Exibir Ficha Reduzida Atual"/>		
Nome:	USF SAUDE DA FAMILIA GILBERTO LYRIO		CNES:	2388804		
Nome Empresarial:	MUNICIPIO DE COARACI		CPF:	--		
Logradouro:	RUA ANTONIO VICENTE MAIA		Número:	S/N		
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:		
	DISTR. DE ITAMOTINGA	45638000	COARACI - IBGE - 290800	BA		
Tipo Estabelecimento:	Sub Tipo Estabelecimento:	Gestão:	Dependência:			
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA		MUNICIPAL	MANTIDA			
Número Alvará:	Órgão Expedidor:	Data Expedição:				
Horário de Funcionamento:						
VISUALIZAR HORÁRIO						
Instalações Físicas para Assistência						
AMBULATORIAL						
Instalação:	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:				
CLINICAS BASICAS	1	0				
ODONTOLOGIA	1	0				
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	1	0				
SALA DE CURATIVO	1	0				
SALA DE IMUNIZACAO	1	0				
Serviços de Apoio						
cod.:	Serviço:	Característica:				
01	S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUARIO DE PACIENTE)	PRÓPRIO				
09	SERVIÇO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO				
Serviços Especializados						
Cod.:	Serviço:	Característica:	Ambulatorial:		Hospitalar:	
			SUS:	não SUS:	SUS:	não SUS:
159	ATENCAO PRIMARIA	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
108	SERVIÇO DE ATENCAO A SAUDE DO TRABALHADOR	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
112	SERVIÇO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
144	SERVIÇO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLÓGICOS	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
160	TELECONSULTORIA	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
Serviços e Classificação						
Codigo:	Serviço:	Classificação:	Terceiro:		CNES:	
159 - 005	ATENCAO PRIMARIA	SAUDE BUCAL	NÃO		NAO INFORMADO	
159 - 004	ATENCAO PRIMARIA	ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	NÃO		NAO INFORMADO	
108 - 003	SERVIÇO DE ATENCAO A SAUDE DO TRABALHADOR	VIGILANCIA EM SAUDE DO TRABALHADOR (VISAT)	NÃO		NAO INFORMADO	
108 - 001	SERVIÇO DE ATENCAO A SAUDE DO TRABALHADOR	ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM SAUDE DO TRABALHADOR	NÃO		NAO INFORMADO	
112 - 001	SERVIÇO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO		NAO INFORMADO	
144 - 001	SERVIÇO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLÓGICOS	COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORATORIAL	NÃO		NAO INFORMADO	
160 - 002	TELECONSULTORIA	TELECONSULTORIA SINCRONA	NÃO		NAO INFORMADO	
160 - 003	TELECONSULTORIA	SEGUNDA OPINIAO FORMATIVA	NÃO		NAO INFORMADO	
160 - 001	TELECONSULTORIA	TELECONSULTORIA ASSINCRONA	NÃO		NAO INFORMADO	

FONTE: CNES/2022

5.4 Técnicas e instrumentos de coletas de dados

Como técnica de coletas dos dados, foram realizadas entrevistas com a utilização de perguntas norteadoras (Apêndice D), questionário³ semiestruturado com as mesmas perguntas norteadoras utilizada nas entrevistas e questionário sociodemográfico semiestruturado (Apêndice C). Optamos por entrevista como forma de oportunizar aos informantes, liberdade franca de expressão sobre as Representações Sociais na sua experiência do cotidiano. Rodrigues (1998) destaca ser a linguagem (verbal e não verbal) o veículo mais comumente utilizado sendo considerada a mediação privilegiada à compreensão das Representações Sociais, alertando, contudo, quanto à natureza sutil que envolve o trabalho da linguagem, elemento universal, na medida em que pode traduzir todas as representações, lembrando, entretanto, que a língua real é uma coisa opaca, misteriosa, massa fragmentada, enigmática, se misturando e embricando com figuras diversas, formando uma rede de marcas, onde cada uma desempenha ou pode desempenhar, em relação a todas as outras, o papel de conteúdo ou de signo, de segredo ou de indicação, estando enraizada fora de si mesma, na natureza ou na analogia das coisas.

As Entrevistas foram processadas pelo pesquisador, que participou e concluiu com êxito o curso intitulado: “*A entrevista na abordagem qualitativa da pesquisa: do planejamento à transcrição*” promovido pela FIOCRUZ/PROFSAÚDE/ABRASCO (Anexo A). A coleta de informações foi realizada em salas específicas, ambiente privativo, discreto, respeitando todas as normas de segurança quanto à transmissão do Novo Coronavírus. Em sua grande maioria ocorreram nas Unidades de Saúde, todavia algumas ocorreram no domicílio dos servidores, sendo nesse caso específico de preferência do próprio Servidor. Todas as entrevistas foram realizadas no município de Coaraci entre os meses de outubro a dezembro de 2022. As conversas foram gravadas com aparelho de captação digital (celular) e transcritas posteriormente. Na transcrição das entrevistas foi utilizada a técnica Verbatim. Todas as gravações ficaram com boa audição sendo transcritos sem maiores dificuldades. Não houve necessidade de deslocamento para os servidores/participantes, apenas para o pesquisador.

Fazendo ainda referência para o quesito deslocamento, é importante registrar que além das dificuldades citada anteriormente, ocorrida na coleta de dados por conta da pandemia de COVID-19, houve a impossibilidade de deslocamento para a Unidade de Saúde instalada na

³ O questionário semiestruturado com as mesmas perguntas norteadoras foi um recurso utilizado no andamento da pesquisa por conta da dificuldade de deslocamento para a Unidade de Saúde instalada na zona rural devido as fortes chuvas no período agendado para a coleta dos dados.

zona rural em decorrência de problemas nas estradas vicinais que ligam o distrito a sede do município devido as fortes chuvas no período, o que ocasionou o emprego de questionário semiestruturado com as mesmas perguntas norteadoras da entrevista especificamente nessa Unidade de Saúde.

5.5 Unidades de análise de dados e técnicas de análise de dados

No tratamento dos dados coletados, foi empregada a Análise de Conteúdo, que, conforme aponta Godoy (1995), parte do pressuposto de que, por trás do discurso aparente, simbólico e plurívoco, esconde-se um sentido que convém desvelar. Refere a autora que “qualquer comunicação que veicule um conjunto de significações de um emissor para um receptor pode, em princípio, ser decifrada pelas técnicas de análise de conteúdo”. O objetivo de nossa análise, portanto, foi *conhecer e analisar as Representações Sociais de trabalhadores duas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Coaraci, e sua adesão aos princípios e valores, do SUS e da APS à luz da disputa entre modelos assistenciais em saúde.*

O Método de Análise utilizado se fundamentou na Análise de Conteúdo de Bardin, que possui por propósito a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo expresso pela comunicação. Silva e colaboradores (2005), citando Bardin (1994), entendem a Análise de Conteúdo como um método que pode ser aplicado tanto na pesquisa quantitativa, quanto em uma investigação qualitativa, com aplicações distintas. Na primeira, o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características do conteúdo, enquanto que na segunda, objeto maior de nossa investigação, é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é trazido em/a significação. Portanto, a utilização desse método consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem o grupo estudado e cuja presença ou frequência de aparição de determinados conteúdos foram relevantes para o objetivo do estudo. Salientamos que, na apresentação das falas transcritas, foram preservadas a grafia e a sintaxe utilizadas pelos entrevistados e, visando ocultar a identidade dos mesmos, foram substituídos os nomes e identificados por letras e números cada um dos participantes.

As Unidades de contextos analisadas foram os conteúdos das 18 entrevistas obtidas dos profissionais das 02 Equipes de Saúde da Família participantes do estudo. As Unidades de

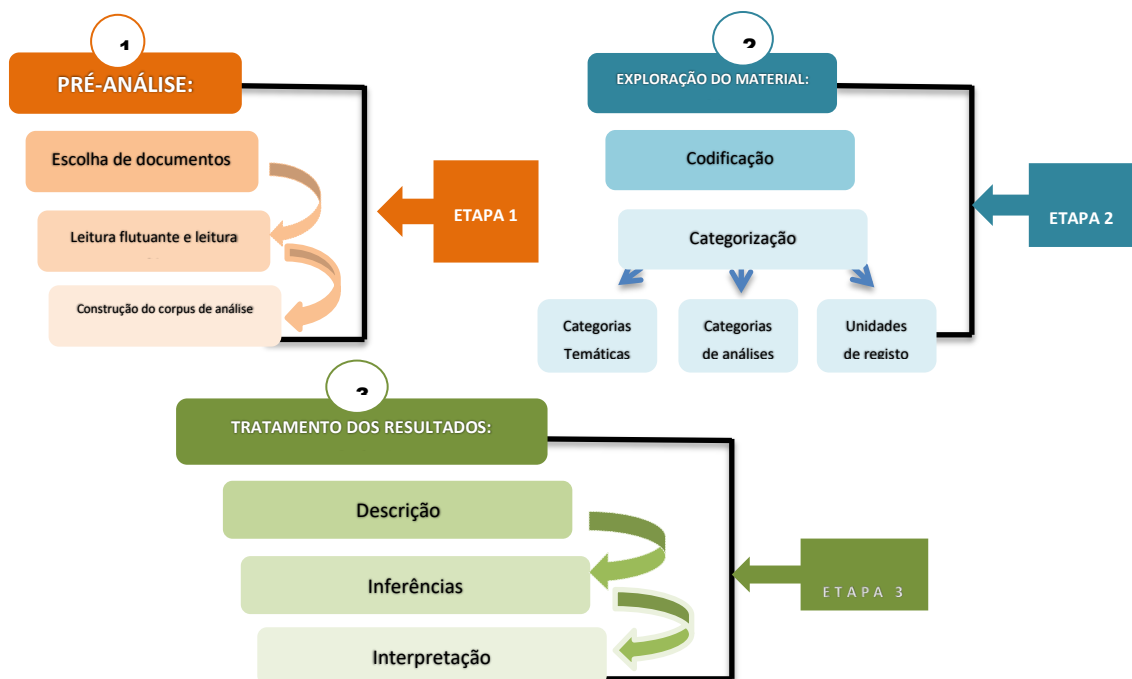
Registro foram os diversos fragmentos dos conteúdos analisados e codificados conforme as temáticas de nosso referencial teórico.

Estando os dados organizados e categorizados, após uma triangulação dos mesmos (Entrevistas + Questionários semiestruturados), procedemos às análises buscando compreender os significados e percepções do contexto estudado, proporcionando interpretação fundamentada e contextualizada. Assim, foram realizadas as seguintes etapas:

1. **Preparação do corpus textual (Pré-análise):** ajustamos um esquema de trabalho específico, bastante claro, com procedimentos bem delimitados, como assinala Bardin, contudo, tivemos espaços para a flexibilidade;
2. **Constituição das análises (Exploração do material):** seguimos no cumprimento dos passos e definições elencadas na etapa anterior;
3. **Interpretação dos dados (Tratamento/interpretação dos resultados):** tivemos a missão de tornar os dados brutos em significações válidas e interpretações exequíveis.

A Figura 08 apresenta as etapas que foram seguidas no emprego do método de análise e a estruturação das mesmas conforme técnica orientada por Bardin.

Figura 08 – Demonstração das etapas do Método de Análise dos Dados.



FONTE: Adaptado de Silva e Fossá, 2015; Bardin, 2011

5.6 Questões éticas da pesquisa

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com as normas vigentes expressas na Resolução CNS 466 de 12/06/2012 e resoluções complementares do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetido e aprovado à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob os números: CAAE: 55104621.0.0000.8467; PARECER: 5.335.191 e no seu desenvolvimento observado às orientações e demais normas e recomendações éticas para a realização de pesquisas no Brasil. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi entregue aos participantes, os quais possuem uma cópia, permanecendo outra com o pesquisador. O material coletado foi de uso exclusivo do pesquisador, sendo utilizado com a única finalidade de fornecer elementos para a realização deste projeto de pesquisa, da própria pesquisa e dos artigos e publicações que dela resultem.

No projeto da pesquisa e mesmo na escrita dessa dissertação, foi assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação dos participantes. A pesquisa ofereceu dano e desconforto mínimo aos participantes e não foi objeto de nenhum ressarcimento ou pagamento. O material coletado não foi e não será objeto de comercialização ou divulgação que possa prejudicar os entrevistados. Nesse aspecto, os dados coletados serão guardados durante cinco anos pelo pesquisador, sendo destruído tão logo esse prazo tenha expirado.

Embora de “risco mínimo”, foram considerados riscos a possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; estresse; quebra de sigilo; cansaço ao responder às perguntas e quebra de anonimato. Para minimizar os riscos aos quais os participantes foram expostos (a), a participação neste estudo será mantida em caráter confidencial, o nome não apareceu no questionário e nem em nenhum outro material produzido. Todas as informações coletadas no estudo serão mantidas confidencialmente. Os dados serão armazenados em um computador e o nome não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Se julgar necessário, os (a) participantes disporão de tempo para que possam refletir sobre sua contribuição ao estudo, tendo o direito de desistir em qualquer tempo e em qualquer etapa desse estudo. A fim de minimizar desconfortos e possíveis estresses, foi garantido local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras. O pesquisador do estudo foi habilitado ao método de coleta dos dados. Atenção aos sinais verbais e não verbais de desconfortos e estresses. Foram respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes dos

participantes da pesquisa. O pesquisador e a Instituição assumiram a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. As entrevistas foram realizadas em ambiente discreto, respeitando as normas de distanciamento e contato entre os participantes da pesquisa e a utilização de meios necessários para minimizar a possibilidade de contato e contágio, tais como: uso de máscaras, álcool em gel, distanciamento mínimo de 2 metros conforme protocolo de saúde e ambiente ventilado.

São benefícios esperados diretamente ligados à pesquisa: o conhecimento gerado, tanto a nível individual, quanto a toda sociedade, à comunidade científica, ao SUS, ao município e às Unidade de Saúde.

6. RESULTADOS

Esta seção de Resultados está ordenada da seguinte forma: um breve perfil sociodemográfico dos participantes, uma sistematização, por USF, das respostas dos trabalhadores de saúde a cada uma das perguntas feitas pelos entrevistadores e, finalmente, as “categorias temáticas” emergentes identificadas.

6.1 Perfil dos Participantes da Pesquisa

Alguns indicadores quantitativos serão brevemente apresentados, visando descrever o perfil do grupo estudado trazendo-nos um panorama geral. A tabela 02 apresenta essas informações estratificadas por Unidades de Saúde.

Entre os 18 entrevistados, a idade variou de 28 a 61 anos, sendo a idade média encontrada de 44 anos. Houve predomínio do sexo feminino (87,5%). Com relação à cor/raça, temos a seguinte estratificação: a) Parda: 61%; b) Preta: 22,5%; c) Branca: 16,3%.

Quanto ao estado civil: a) Solteiro: 18,7%; b) Casado: 60%; c) Divorciado: 5%; d) Sem resposta: 16,3%. Quanto ao Nível de escolaridade: a) Fundamental: 6,3%; b) Médio: 53,7%; c) Superior: 17,5%; d) Pós-graduação: 22,5%.

Com relação ao tempo médio de trabalho no município: a) até 10 anos: 27,5%; b) entre 10 e 20 anos: 40%; c) mais que 20 anos: 32,5%. Quanto a categoria profissional: a) ACS: 55%; b) Tec. Enf. 11,2%; c) ASB: 5,7%; d) Odontólogo: 11,2%; e) Enfermeiro: 11,2%; f) Médico: 5,7%.

Tabela 02: Resumo dos dados sociodemográficos das USF's BETA e ALFA

CARACTERÍSTICAS	DESCRIÇÃO	BETA	ALFA
		%	
Sexo	M:	-	25
	F:	100	75
Raça	Parda:	60	62,5
	Preta:	20	25
	Branca:	20	12,5
Estado Civil	Solteiro:	-	37,5
	Casado:	70	50

	Divorciado:	10	-
	Sem resposta:	20	12,5
Escolaridade	Fundamental:	-	12,5
	Médio:	70	37,5
	Superior:	10	25
	Pós-graduação:	20	25
Tempo de trabalho	Até 10 anos:	30	25
	10 à 20 anos:	30	50
	> 20 anos:	40	25
Categoria Profissional	ACS:	60	50
	Tec. Enf:	10	12,5
	Odonto:	10	12,5
	Enf:	10	12,5
	Med:	10	12,5
			-

Fonte: Construção do Autor/2023

Os dados dos perfis dos participantes demonstram uma predominância do sexo feminino em comparação com o sexo masculino.

Segundo Hernandez e Vieira (2020), mulheres são 79% da força de trabalho na área da saúde. Assim, o estrato encontrado na amostra estudada corresponde a essa perspectiva. Com relação a cor/raça, o Dieese⁴ no Boletim nº 19 - maio de 2021, classifica esse item entre negros e não negros. Os negros (as), conforme esse documento é maioria na população trabalhando na área da saúde, representando 52,8% (resultado do 4º semestre de 2020). Os achados da amostra pesquisada estão de acordo a esse panorama. Ainda conforme o Dieese, as atividades de atenção à saúde humana demandam trabalhadores com perfil mais escolarizado do que a totalidade das atividades desenvolvidas no Brasil.

O grupo estudado apresenta um bom índice de profissionais com nível superior e pós-graduação, refletindo proximidade com os dados do Dieese. Observa-se uma amostra de profissionais com uma considerável experiência de trabalho no campo da saúde, uma vez que mais de 70% desses profissionais já desempenham suas funções no município há pelo menos 10 anos. Ao verificar-se a profissão desses trabalhadores, mais da metade são formados por Agentes Comunitários de Saúde, fato já muito esperado por tratar-se de Equipes da Estratégia de Saúde da Família, onde naturalmente os ACS correspondem a maior parte dos profissionais.

Ao estratificarmos esses dados por Unidade de Saúde, a dinâmica é semelhante, mas com algumas observações significativas: a) A força do trabalho feminino entre os

⁴ O Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) é uma entidade criada e mantida pelo movimento sindical brasileiro. Foi fundado em 1955, com o objetivo de desenvolver pesquisas que subsidiassem as demandas dos trabalhadores.

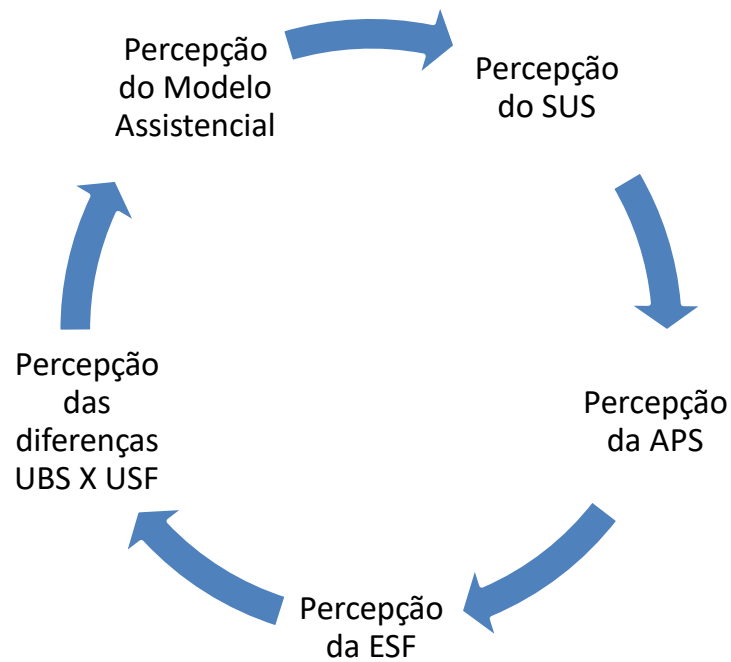
entrevistados é destacada, chegando a 100% na Unidade Beta e 75% na Unidade Alfa; b) Os trabalhadores negros formam a grande força de trabalho nessas Unidades de Saúde, chegando a 80% em ambas; c) Entre os profissionais que já trabalham há mais de 10 anos no município, os números são expressivos, atingindo 70%; d) A Unidade de Saúde Alfa possui um nível de escolaridade maior que a Unidade de Saúde Beta (50% de nível superior contra 70% nível médio). Não há nenhum profissional com nível fundamental na Unidade Beta, enquanto que na Unidade Alfa há um entrevistado com esse nível de escolaridade; e) A maior categoria profissional são os ACS (60% na Unidade Beta e 50% na Unidade Alfa. Não houve a presença de médico entre os entrevistados na Unidade Alfa e de ASB na Unidade Beta.

6.2 Representações Sociais

Seguimos certo “circuito interpretativo” no processo de análise de conteúdo (Figura 09) que também organiza esta apresentação de resultados.

Assim, em um primeiro momento, fizemos uma leitura flutuante das entrevistas e dos questionários semiestruturados, o que gerou impressões iniciais, concomitantemente à organização de todos esses dados. Em um segundo momento, realizamos a codificação das informações contidas no conjunto dos documentos em busca de núcleos de sentido, mediante a seleção de recortes. Depois, sistematizamos, por USF, esses “núcleos de conteúdo” das respostas dos trabalhadores de saúde para cada uma das perguntas (*proxy* de Unidades de Contexto) feitas pelos entrevistadores, para que pudessem emergir daí as “categorias de análise”, antes de identificar as “categorias temáticas” que organizarão a seção de Discussão, sob o olhar do referencial teórico adotado.

Figura 09 - Circuito Interpretativo da Análise de Conteúdos



6.2.1 Descrição dos achados da USF Alfa

Nesta USF, dos nove trabalhadores de saúde elegíveis para a pesquisa, foram entrevistados oito trabalhadores de saúde, a saber:

G1 - Profissional integra o município há mais de 20 anos. Possui vínculo de trabalho por concurso público.

G2 - Profissional integra o município há mais de 10 anos. Está lotada na comunidade onde reside. Entre os ACS é a mais recente na função. Possui vínculo de trabalho por concurso público.

G3 – Profissional integra o município a mais de 20 anos. Possui vínculo de trabalho por concurso público.

G4 – Profissional trabalha no município há mais de 13 anos. Vínculo por concurso público.

G5 – Profissional com vínculo por contrato de tempo determinado há mais de 02 anos.

G6 – Profissional contratada por processo seletivo há menos de 02 anos. Possui vínculo de trabalho por contrato de tempo determinado.

G7 – Profissional concursada, integra o município há mais de 10 anos.

G8 – Possui vínculo de trabalho por concurso público.

Apenas o médico não foi entrevistado porque estava viajando no período de realização das entrevistas e, não tendo retornado o contato que foi feito, deu-nos a impressão de não estar realmente interessado em participar.

Em relação à compreensão do SUS

Todos os entrevistados da USF Alfa avaliam o SUS positivamente: “O SUS representa uma conquista [da sociedade]” (G1); “É um dos maiores e mais completos sistemas de saúde pública do mundo. É muito importante” (G3); “É de grande importância e essencial para ofertar serviços de saúde para a população” (G7); “O SUS é muito importante para os seus usuários” (G6); “a gente que trabalha e convive sabe a importância que o SUS tem. (...) ele é muito importante” (G8); “Muito produtivo” (G2).

Dois entrevistados problematizaram a realidade, mas em sentidos opostos: “muito lindo no papel, mas ainda necessitando de muitas melhoras físicas” (G6); “muitas pessoas falam mal do SUS (...). O SUS tem sua decadência? Tem, até porque a demanda é muita, né? (...) Tem os defeitos? Tem. Precisa melhorar? Precisa. Claro que precisa. Nós vivemos num país de corrupção, de coisas que acontecem na política... então precisa melhorar bastante o sistema único de saúde” (G8). A resposta de G7 faz coro: “ainda [há] muito a melhorar” (G7).

Esta problematização SUS Ideal Inscrito na Lei/Papel versus SUS Real Vivido no Cotidiano reaparecerá nesta seção de Resultados em relação ao Modelo Assistencial e na seção de Discussão, como veremos!

Em relação à compreensão da APS

Os trabalhadores da USF Alfa destacaram a APS como “Porta de Entrada”: “a Atenção Básica é a porta de entrada” (G1); “porta de entrada para o usuário” (G6); “grande porta de entrada para a população” (G7), neste caso com um destaque “população principalmente (...) de baixa renda”.

G8 problematiza esta compreensão: “Ajuda, acolhe as pessoas de baixa renda, em necessidade, e até quem tem condições também. A exemplo mesmo, a vacina do COVID agora. O SUS ajudou quem era de baixa renda e quem (...) tem condições também. (...) Às vezes a pessoa ‘ah, não preciso do SUS’, todo mundo precisa”. Assim, além do

conceito/atributo “Porta de Entrada”, também a noção de um SUS para Pobres versus SUS para todos/as merecerá destaque na seção de Discussão.

Chama a atenção que, provavelmente por motivações distintas, destaquem o próprio trabalho que realizam três Agentes Comunitários de Saúde – “os ACS que faz o intercâmbio” (G1); “percebemos o valor que temos diante da sociedade” (G3); “a unidade (...) consegue ver de perto, ver de perto a realidade (...) através dos agentes de saúde” (G8) – e os dois profissionais da Odontologia – “a saúde bucal é um dos serviços ofertados para melhora da saúde da população” (G6); “é fundamental para o bom desempenho [da] odontologia” (G7) .

A (G5) descreveu, tecnicamente, a APS como “um conjunto de ações, a saúde individuais, familiares e coletivas que envolve promoção, prevenção, proteção, redução de danos e cuidados paliativos. Ajudar a reduzir os agravos” (G5).

Em relação à compreensão da ESF

Duas ideias se destacam nas respostas dos trabalhadores da USF Alfa: em primeiro lugar, a percepção da ESF como Estratégia de reorganização da APS no SUS: “A ESF surgiu para melhor organização da Atenção Básica e dos preceitos do SUS” (G6); “É fundamental para a reorganização da Atenção Básica” (G1); “É muito importante para o serviço [APS] bem organizado” (G7); “É uma reorganização da Atenção Básica no país de acordo com os conceitos no SUS é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica” (G2).

Em segundo lugar, aparece a noção de que, em última instância, a finalidade da ESF é assistir a população de certo território em suas necessidades de saúde: “para atender os usuários de forma simples” (G3); “para melhor atender as famílias das determinadas regiões” (G6); “a unidade é acolhedora, ela consegue ver de perto, ver de perto a realidade (...), ver de perto através dos agentes de saúde, através dos movimentos, das ações, (...) cada ponto que precisa” (G8); “Buscar a melhor forma de servir e atender com responsabilidade as principais necessidades da população” (G7).

Merece destaque a resposta da (G7) porque aponta na direção da Interprofissionalidade e Interdisciplinaridade: “buscar por soluções para cada indivíduo, porque cada um tem sua necessidade e devemos ter olhares diferenciados para cada problema” (G7).

A (G5) descreveu, tecnicamente, a ESF como “um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivos que envolve promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” (G5).

Diferenças percebidas entre o Modelo Tradicional e a ESF

Três ideias se destacam nas respostas: em primeiro lugar, há a percepção de que o Modelo Tradicional é medicocêntrico enquanto a ESF é multiprofissional – “Uma [UBS] concentra assistência na figura do médico, outra [USF] promove ação de saúde” (G7); “Na Unidade de Saúde tradicional concentra a assistência na figura do médico, já a ESF promove ações de saúde” (G1); “A diferença é que as pessoas só eram atendidas por médicos e enfermeiros na UBS, agora elas também são atendidas [inclusive] em sua residência por todos os profissionais da equipe” (G3); “a USF tem um médico generalista do programa Saúde da Família e mais Equipes multidisciplinar” (G5); “A ESF [tem] uma Equipe multiprofissional para melhor atender as famílias” (G6); “Tradicional só trabalha com... “ah, vai ter atendimento médico”, só. E a estratégia da família é um projeto que (...) nós fazemos busca ativa, não só junto com a enfermeira, junto com o técnico... ela trabalha em grupo [referindo-se aos vários profissionais diferentes que trabalham na Estratégia de Saúde da Família]” (G8).

Em segundo lugar, há a percepção de que o Modelo Tradicional trabalha com demanda indefinida enquanto a ESF tem responsabilidade sanitária sobre uma população adscrita – “Unidade Básica atende um bairro inteiro, já a USF (...) atende uma área definida.” (G5).

E em terceiro lugar, há a percepção de que o Modelo Tradicional trabalha com atendimento à doenças agudas enquanto a ESF trabalha mais com prevenção e manejo de doenças crônicas, como se pode ler nos recortes: “a Unidade Modelo Tradicional funciona como soluções de problemas imediatos e a Saúde da Família busca um atendimento mais preventivo e conhecimentos de forma clara para a população com mais acolhimento e cuidado com o paciente” (G7); “Por exemplo, eu tenho uma pessoa acamada, com problema, eu passo pra enfermeira, a enfermeira orienta, então, trabalha junto, ver de perto, [faz] busca [ativa]” (G8).

Merece atenção o destaque dado à figura do médico mesmo quando se pensa em termos da ESF (e não no Modelo Tradicional): “a USF tem médico generalista, um médico do programa Saúde da Família” (G2).

Em relação ao modelo assistencial

Os trabalhadores avaliam positivamente o modelo assistencial do SUS – “O modelo de saúde é bom” (G7); “O modelo de atenção em saúde é excelente” (G1); “Elogio o trabalho da ESF” (G3); “O modelo de atenção em saúde é ótimo” (G5); “que sejam cumpridas de forma organizada assim como o sistema manda” (G6); “tenho elogios por muitos serviços e atendimentos prestados a nossa população” (G7).

Entretanto, o destaque aqui fica por conta do foco na insuficiência e/ou má gestão/aplicação dos recursos: “porém não tem recursos” (G7); “porém a forma da administração faz com que esse modelo não siga de forma adequada” (G5); “a gestão dos recursos que são péssimas” (G1); “Faço crítica a administração das verbas destinadas aos Estados e Municípios por não serem bem aplicadas” (G3); e que “os governantes em todas as esferas não pensem somente em seus próprios bolsos” (G6).

Este tema da má gestão do SUS e seus recursos já havia sido anunciado em resposta à primeira pergunta: “Nós vivemos num país de corrupção, de coisas que acontecem na política... então precisa melhorar bastante o sistema único de saúde (...). Deveria ter mais recursos, né, ter mais recursos pra saúde, que nem falei pra você, e que os recursos não fossem desviados, também tem esse problema né? Também tem esse problema, dos recursos desviados. Às vezes chega até um recurso bom pro município, mas aí é desviado...” (G8).

A (G2) realiza, por fim, uma “crítica [ao] modelo de atenção a saúde das pessoas privadas de liberdades no Brasil” (G2).

6.2.2 Descrição dos achados da USF Beta

Nesta USF, somente a Atendente de Saúde Bucal da Unidade não respondeu a entrevista por estar de luto em função do falecimento de sua mãe. Foram, pois, entrevistados dez trabalhadores de saúde, a saber:

A1 - Possui vínculo de trabalho por concurso público. Integra o município a mais de 20 anos

A6 - Profissional já integra o município a mais de 20 anos. Possui vínculo de trabalho por concurso público.

A9 - Profissional já integra o município a mais de 20 anos. Possui vínculo de trabalho por concurso público.

A5 - Já está no quadro do município a mais de 30 anos. Possui vínculo de trabalho por concurso público.

A4 - Profissional já integra o quadro da Prefeitura a mais de 21 anos. Possui vínculo de trabalho por concurso público.

A2 - Profissional já integra o quadro da Prefeitura a mais de 20 anos. Além de ACS é também professora de ensino fundamental no município. Possui vínculo de trabalho por concurso público.

A8 - Profissional trabalha na AB a mais ou menos 03 anos, antes integrava a Unidade Hospitalar. Possui vínculo de trabalho por contrato de tempo determinado na função de Enfermeira e por concurso público como Técnica de Enfermagem.

A3 - Profissional já integra o município a mais ou menos 05 anos. Possui vínculo de trabalho por contrato de tempo determinado.

A7 - Profissional já integra o município a mais de 10 anos. Possui vínculo de trabalho por concurso público.

A10 - Profissional possui vínculo de trabalho por contrato de tempo determinado.

Em relação à compreensão do SUS

Dos dez entrevistados na USF Beta, oito avaliaram o SUS positivamente: “SUS é cuidar de saúde. [...] Muito importante.” (A3); “[...] muito importante essa parte de ação básica” (A1); “SUS, a atenção básica, é um elo, é um círculo. [...] Muito, muito importante” (A9); “[...] Eu creio que pelo pouco que eu vejo em reportagens, por mais falho que o SUS seja, eu creio que ainda seja o melhor” (A8); “Olha, eu acho assim, que o SUS é de grande importância” (A6); “Bom, nosso sistema de saúde, eu sou apaixonada por ele. Quando a gente estuda um pouquinho sobre ele, a gente se apaixona” (A4); “[...] O SUS melhorou sim a saúde do Brasil [...] melhorou completamente a saúde da gente” (A2).

Entretanto, cinco entrevistados problematizam o SUS real *versus* o SUS inscrito na lei/papel: “[...] não funciona cem por cento. [...] É muito bonita no papel. [...] muito falha ainda” (A1); “Olha só, eu acho que já é de todo mundo falar sobre isso, que o SUS, no papel, ele realmente é lindo. Em algumas partes também realmente ele funciona” (A8); “Mas, infelizmente, a aplicabilidade dele que não me deixa satisfeita enquanto funcionária e

enquanto usuária.” (A4); “[...] o SUS num papel é lindo, perfeito. Não tem um sistema como o SUS, porque no papel faz tudo, atende tudo” (A5); “[...] no papel ele é/seria o melhor sistema do mundo mesmo” (A10).

Dois entrevistados destacaram o caráter universal do SUS (SUS para todos/as) - “É um sistema universal né, que dá para todas as idades, para todas as pessoas; prioriza tanto idosos como crianças, gestantes, todas as pessoas têm a acessibilidade de atendimento” (A7); “Porque o SUS ele abrange tanto aquele tem uma condição financeira melhor, mesmo quem tem plano de saúde, a gente sabe que às vezes necessita do SUS, que tem coisas que só o SUS tem. Quanto àquela pessoa que não tem dinheiro pra nada, ele usa o SUS também” (A8) – enquanto um entrevistado destacou a noção de um SUS para pobres, o que merecerá destaque na seção de Discussão “É importantíssimo para as pessoas não ficarem discriminadas, pessoas que não têm condições de fazer um tratamento particular” (A7).

Por fim, um entrevistado destacou problema da má gestão/aplicação de recursos e corrupção, que já havia aparecido nas respostas dos entrevistados na USF Alfa: “Se ele fosse levado a sério, não tivesse aquela roubaria. [...] Muitas coisas funcionariam direito” (A6).

Em relação à compreensão da APS

Assim como os trabalhadores da USF Alfa, também os entrevistados da USF Beta destacaram a importância da APS: “[...] a atenção primária é importantíssima pra que a gente não tenha um SUS tão sobrecarregado” (A4); “[...] a Atenção Básica, é importante” (A2); b) Encaixe/Ligação SUS/APS: “[...] acho que se encaixa muito bem” (A1); “[...] pra ser desenvolvido um tem que estar ligado ao outro dando suporte. [...] ponto de ligação” (A9) -, mas três entrevistados destacaram a necessidade de reajuste: “tem que melhorar” (A1); “[...] na Atenção Primária ele [o SUS] ainda deixa muito a desejar” (A8); “Ó, como eu te falei, tá precisando melhorar muito” (A6); “então, eu acho que a Atenção Básica, ela tinha que ser bem fortalecida” (A10).

Três entrevistados destacaram a APS como “porta de entrada”: “[...] acho que a primeira porta de entrada pelo SUS é cuidar de saúde” (A3); “Em relação à Atenção Primária, dentro do SUS é a porta de entrada” (A10); “SUS, a atenção básica, é um elo, é um círculo” (A9).

Outros dois entrevistados destacaram a noção de que, em última instância, a finalidade da APS é acolher e assistir integralmente a população em suas necessidades de saúde: “Em

relação à Atenção Básica, a gente sabe que é o acolhimento. Eu acho que é o que abraça o indivíduo. [...] na Atenção Básica a gente atende o indivíduo como um todo” (A5); “[...] garantir a saúde e o bem estar de toda a população em geral” (A7).

A (A4) referiu-se à profissão do ACS como sendo o elo de ligação entre o serviço de saúde e a comunidade, proclamando assim à sua importância: “[...] porque o ACS ele tá na ali ponta. É ele quem leva as informações, é ele quem traz informações da comunidade como um todo, pra o sistema, é ele que alimenta ali aquele Sistema na Atenção Primária” (A4).

Em relação à compreensão da ESF

Os trabalhadores da USF Beta destacaram importância da ESF: “Eu acho que é bem importante, porque a Saúde da Família é um conjunto” (A3); “Boa, eu acho boa” (A1); “[...] a Estratégia é muito importante” (A9); “[...] a Unidade [ESF] é importante em cada bairro, a Estratégia” (A6); “Então, superimportante, acredito que é o pilar principal” (Dra. Beatriz) -, mas reaparece a idéia de que necessita de melhorias: “[...] eu acho que tem algo a ser melhorado” (A4); “[...] eu sinto que necessitava realmente de que pelo menos um Médico da Saúde da Família tivesse na Unidade pelo menos um período durante toda a semana” (A8).

Quatro entrevistados destacaram que a ESF pressupõe trabalho em equipe, apontando na direção da interprofissionalidade e interdisciplinaridade: “Eu acho que é um tratamento multidisciplinar, que não é só a odontologia, tem que ser uma parceria da Enfermeira, do Médico, da Odontologia, para a gente tratar o indivíduo como um todo, desde o tratamento dental até aferir pressão, até um curativo. Então a gente tem que ter essa parceria né, tá todo mundo vinculado para poder um encaminhar para o outro” (A7); “Porque como o nome já diz, é uma Estratégia de Saúde da Família, então, cada um com suas funções, cada um tendo Consulta Médica, Odontológica, a parte da Enfermagem, parte de Vacina, então todos trabalhando de forma, unida” (A10); “porque a Saúde da Família é um conjunto” (A3); “[...] deveria ser mais trabalhada em Equipe” (A1).

Outros quatro entrevistados destacaram a formação de vínculos com as famílias e os Determinantes Sociais em Saúde: “[...] o tempo passava para se conseguir levar até Pessoa [visita domiciliar] e hoje já é mais fácil” (A6); “[...] a Estratégia de Saúde da Família aproximou mais a saúde, o Sistema das famílias” (A4); “[...] com a Unidade de Saúde [da família] ficou muito melhor, que a gente fica mais próximo da comunidade” (A2); “A comunidade, ela é uma comunidade necessitada financeiramente, então você vê que as

peças quanto menos financeiro ele tem, mas ela adoce, infelizmente, né. Por conta de saneamento básico, de alimentação, tudo isso interfere. Então assim, essa comunidade ela adoce mais”. (A8).

As noções de Integralidade e Acolhimento foram destacadas mais uma vez: “[...] aquela questão, para garantir a integralidade do cuidado do paciente dentro desse primeiro nível da Atenção Básica” (A10); “[...] o acolhimento do paciente e depois direcionar” (A7).

Chama a atenção, novamente, a necessidade de reafirmação dos ACS em relação aos seus trabalhos: “[...] uma compreensão maior com o elo, do Agente [ACS] com a Equipe da Atenção do PSF” (A9); “Eu acho que a demanda maior de um PSF está na responsabilidade do ACS. [...] Sim, eu sou, eu sou muito importante” (A5); “[...] o Agente de saúde [ACS] é um elo entre a comunidade, né, com a Unidade de Saúde” (A6).

Diferenças percebidas entre o Modelo Tradicional e a ESF

Parece não haver uma compreensão clara por parte dos trabalhadores dessa USF, mas as seguintes diferenças entre os dois modelos (UBS *versus* ESF) foram evidenciadas nas respostas dos entrevistados:

1. Unidade de Saúde com serviço mais completo *versus* Unidade de Saúde com serviço mais limitado: “[...] quando eu entrei aqui eu já entrei, eu acho que eu peguei já a Unidade já completa com o médico, dentista, enfermagem, entendeu? Aí aqui já tava completa, então facilita quando tem a equipe completa” [ESF] “[...] Quando só tem o Enfermeiro, não tem o Dentista, não tem o Médico, pra mim, eu acho que é muito ruim, porque o paciente chega lá, fica limitado aquele tipo de serviço e não tem acesso aos outros” [UBS] (A7); “vejo sim, porque antigamente eu achava bem menos coisas” [UBS], “[...] cada dia evolui uma coisa, cada dia aumenta as possibilidades” [ESF] (A1).
2. Unidade de Saúde com presença de médico *versus* Unidade de Saúde com médicos especialistas: “[...] tem médico com mais frequência” [ESF]; “lá tem mais fluxo. [...] tem mais médico especialista [UBS]” (A3).
3. Unidade de Saúde com mais vínculos com a comunidade *versus* Unidade de Saúde com menos vínculos com a comunidade: “[...] antigamente não tinha tanta aproximação da comunidade” [UBS] “[...] hoje em dia a gente vê o problema na comunidade, a gente encaminha [os pacientes] ao Posto de Saúde, pra ser avaliado” [ESF] (A2).

Duas respostas se destacam por apresentarem perspectivas avaliativas: a) Positiva: “[...] trabalhar aqui já é diferente, já é melhor” [ESF], “[...] Eu trabalhei também na zona rural, porque eu fazia parte de lá” [UBS] (A6). b) Negativa: “[...] pra mim eu acho que piorou. [...] aqui no Posto de Saúde [ESF], eu acho que tá tudo ruim” “[...] quando era na Unidade de Saúde [UBS], eu acho que servia bem melhor” [ESF] (A5).

Destaque-se que: a) 01 entrevistado nada respondeu a essa pergunta; b) 01 entrevistado afirmou claramente não notar essa diferença: “Eu creio que seja os mesmos... a mesma equipe” (A8); e c) 01 entrevistado apresentou definição confusa: “[...] Modelo de Estratégia da família, porque a equipe se tem pra resolver isso. Equipe tem profissional bom, competente” (A9).

Em relação ao Modelo Assistencial

Assim como os trabalhadores da USF Alfa, também as respostas dos trabalhadores dessa USF em relação ao modelo assistencial preconizado para o SUS foram bastante avaliativas, problematizando o SUS Real *versus* o SUS idealizado na leis:

a) na perspectiva do acesso: “Os pontos fortes é essa acessibilidade a todas as pessoas. Garante o serviço na Unidade de Saúde, que qualquer pessoa pode ter o acesso” (A7); “[...] porque quem trabalhava na zona rural tinha direito a carteira de trabalho e era atendido no rural, quem não tinha [não era atendido pelo sistema oficial]” (A2); enquanto “O ponto negativo é que não tem muita cota pra fazer cirurgias, para fazer procedimentos” (A3); “[...] a questão da Regulação hoje que nos deixa insatisfeitíssimos. As pessoas ficam numa fila enorme para aguardar o seu atendimento ou seu exame ou a sua consulta especializada, e isso hoje pra mim é o lobo mau do SUS” (A4).

b) Na perspectiva do conteúdo das práticas que se realiza (preventiva *versus* assistencial): “Então a gente tem que tentar sempre trabalhar com a prevenção, mas eu acredito que atualmente a intervenção, ela tem vindo na frente, apesar da gente tentar fazer o papel”, [...] no Brasil em geral, é muito mais intervencionista do que na parte preventiva” (A10); “[...] eu acho que seja curativa. Eu sinto muita falta na parte de prevenção” (A8).

c) Na perspectiva gerencial: “O lado forte [é] se planejar... [...] o ponto fraco [é] da corrupção, que se teria muito mais condições de se fazer uma saúde melhor” (A9). “Nós temos um Sistema lindo e negativo” [...] depende muito de gestores, depende muito do compromisso” (A5); “[...] Tem gente que ganha muito bem e não faz seu papel. [...] muitas

pessoas às vezes brinca só de fazer “estou fazendo”, mas na verdade não está fazendo a sua parte” (A9).

Por fim, destacam-se, ainda, duas respostas críticas: “[...] é um sistema bom. [mas] nos Estados Unidos [...] é bem diferente daqui [...] uma maneira bem melhor do que aqui” (A1). “Então, hoje a gente tem que rezar pra não adoecer [...] precisa melhorar muita coisa” (A6).

6.3 CATEGORIAS TEMÁTICAS E DE ANÁLISE EMERGENTES

Apresenta-se a seguir (e na Figura 10) uma sistematização do processo de categorização, com uma síntese das Categorias Temáticas, das Categorias de Análises e respectivo quantitativo das Unidades de Registro.

SUS para Pobres *versus* SUS para Todos/as;

A APS como “Porta de Entrada” e a ESF como “Estratégia de Reorganização da APS”:

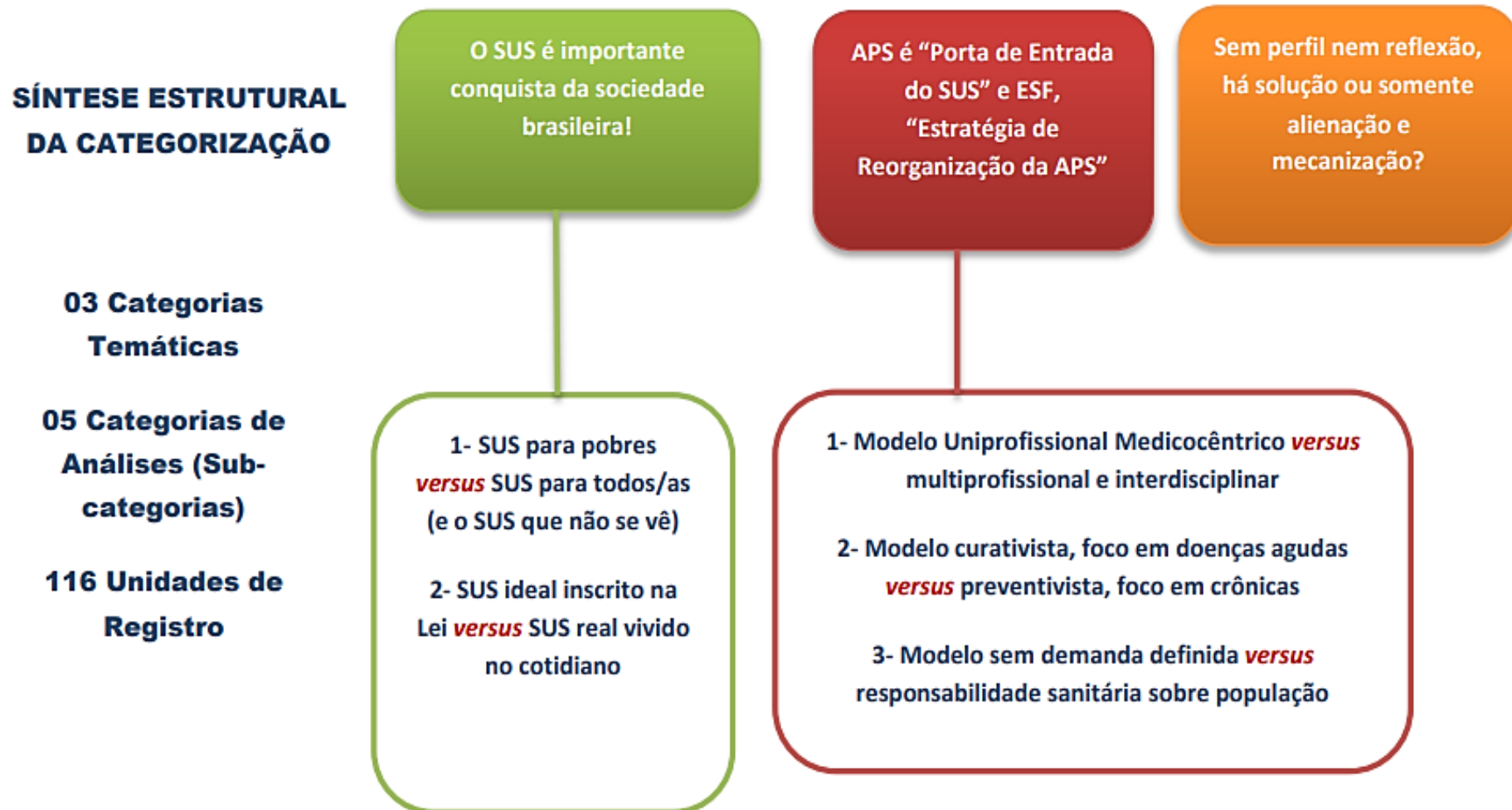
1. O Modelo Tradicional é Medicocêntrico na perspectiva do Trabalho Uniprofissional com menor variedade de Serviços *versus* a ESF é Multiprofissional apontando na direção da Interprofissionalidade e Interdisciplinaridade com portfólio mais variado;
2. O Modelo Tradicional trabalha com demanda indefinida *versus* a ESF tem responsabilidade sanitária sobre população adscrita = sua finalidade é assistir a população de um território em suas necessidades de saúde, com formação de vínculos e ênfase nos Determinantes Sociais em Saúde.
3. O Modelo Tradicional trabalha com enfoque Curativista na atenção à doenças Agudas *versus* a ESF trabalha mais com Prevenção, no manejo de Doenças Crônicas e na operacionalização do Cuidado Integral Individual e Coletivo.

SUS/APS Ideal Inscrito na Lei/Papel *Versus* SUS/APS Real Vivido no Cotidiano → A Insuficiência e/ou Má Gestão/Aplicação dos Recursos;

O SUS é Bom, mas pode melhorar:

1. Nas relações Interprofissionais.
2. Nas condições de trabalho.
3. No compromisso dos profissionais.
4. Na gestão organizacional e de recursos financeiros
5. Na referência e contrarreferência.
6. No Acolhimento e na Humanização da Assistência

Figura 10 – Síntese geral do resultado da Categorização



7. DISCUSSÃO

Grande parte do mundo que nos cerca pode ser explicado a partir das Representações Sociais. Para Moscovici (1961), as Representações seriam um agrupamento, a associação, o conjunto de conhecimentos, opiniões e imagens que nos permitem rememorar um dado acontecimento, pessoa ou objeto, ou seja, um sistema de valores, ideias e práticas que nos permitem conhecer e intervir na realidade. Moscovici diz ainda que “[...] elas impregnam a maioria de nossas relações estabelecidas, os objetos que nós produzimos ou consumimos e as comunicações que estabelecemos”: circulando, entrecruzando-se e *crystalizando-se*.

Spink (1993, citando JODELET,1985), diz que “as representações sociais, segundo definição clássica, são modalidades de conhecimento empírico orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos”, é o conhecimento do senso comum notabilizando-se em ancorar e explicar temáticas vivenciadas. Nesta perspectiva, abordaremos as Representações Sociais que os trabalhadores pesquisados demonstraram quanto ao SUS, a APS/ESF e adesão ao Serviço.

7.1 O SUS é importante conquista da sociedade brasileira!

Paim (2015, p. 12) refere que “cada sociedade organiza o seu sistema de saúde de acordo com as suas crenças e valores, sob a influência de Determinantes Sociais”. A maioria (77,7%) dos profissionais entrevistados nas duas Unidades de Saúde (75% na Alfa e 80% na Beta) avaliou o SUS positivamente: “a materialização de um anseio pretendido” a partir de incontáveis movimentos de pessoas, organismos e associações na lide pelo direito à saúde para todo um contingente de *inabilitados* diante do sistema de saúde oficial. Essa conquista social refletida no SUS emerge como uma *razão* a ser protegida.

“O SUS representa uma conquista [da sociedade]” (G1)

“É de grande importância e essencial para ofertar serviços de saúde para a população” (G4)

“Olha, eu acho assim, que o SUS é de grande importância” (A6)

“O SUS é muito importante para os seus usuários” (G6)

“Muito produtivo” (G2);

“SUS é cuidar de saúde. [...] Muito importante.” (A3)

“[...] muito importante essa parte de ação básica” (A1)

“SUS, a atenção básica, é um elo, é um círculo. [...] Muito, muito importante” (A9)

“[...] por mais falho que o SUS seja, eu creio que ainda seja o melhor” (A8)

Advogam esses profissionais que a luta pela fundação e operacionalização do SUS deve ser valorizada por tudo que representou e representa. Entendem que a sua relevância é tamanha, para o brasileiro que, até mesmo quem diz não utilizá-lo, é beneficiário de seu advento:

“É um dos maiores e mais completos sistemas de saúde pública do mundo. É muito importante” (G3)
 “[...] O SUS melhorou sim a saúde do Brasil [...] melhorou completamente a saúde da gente” (A2)
 “Às vezes a pessoa “ah, não preciso do SUS”, *todo mundo precisa* do SUS. (G8)

A luta pela criação do SUS em 1988 e os seus desdobramentos futuros até os nossos dias representa propósito de significação para quem o *conhece e estima seu valor*. Todas as profissões da saúde ou profissionais na saúde são, direta ou indiretamente, impactadas com o advento do SUS e percebem que suas *ações* são frutos da sua implantação.

“Bom, nosso sistema de saúde, eu sou apaixonada por ele. Quando a gente estuda um pouquinho sobre ele, a gente se apaixona” (A4)
 “a gente que trabalha e convive sabe a importância que o SUS tem. (...) ele é muito importante” (G8)

Essa almejada organização, fruto dos movimentos de redemocratização do país e da Reforma Sanitária, personifica-se na perspectiva de *pertencimento*, para àqueles que compreendem os motivos e os efeitos desse ganho social. Essa sensação de pertencimento ao SUS e as suas conquistas, são identificadas nas falas dos entrevistados.

O SUS tem sua decadência? Tem, até porque a demanda é muita, né? [...] Tem os defeitos? Tem. Precisa melhorar? Precisa. Claro que precisa. Nós vivemos num país de corrupção, de coisas que acontecem na política... então precisa melhorar bastante o Sistema Único de Saúde” (G8); “É um sistema universal né, que dá para todas as idades, para todas as pessoas; prioriza tanto idosos como crianças, gestantes, todas as pessoas têm a acessibilidade de atendimento” (A7); “Porque o SUS ele abrange tanto aquele tem uma condição financeira melhor, mesmo quem tem plano de saúde, a gente sabe que às vezes necessita do SUS, que tem coisas que só o SUS tem. Quanto àquela pessoa que não tem dinheiro pra nada, ele usa o SUS também” (A8)
 [...] precisamos nos atualizar para *fazer melhor o nosso trabalho*. [...] trabalho mais inovador. [...] aumentar a capacidade criativa. (G3)
 [...] *buscamos educar e mostrar* à comunidade a importância de se cuidar e prevenir de várias doenças com cuidados e orientações prestadas pelos profissionais da Unidade. (G4)

Essa sensação de pertencimento ao SUS, presente em alguns profissionais de saúde, torna-se tão palpável, que extrapola a dimensão do cuidar no âmbito de seus serviços e adquire um componente de dignidade nacional, honradez e amor-próprio.

[...] o nosso país é, eu acho que ele *é agraciado* por ter um sistema como o nosso. *Muitos países invejam* o nosso sistema de saúde. Então, nessa pandemia foi importantíssimo, né? Foi importantíssimo nesse período que a gente passou, tão crítico. (A4)

Há, ainda àqueles que se percebem enquanto profissional de saúde e, simultaneamente, usuário do próprio sistema na qual fazem parte, externando sua consciência crítica de pertencimento numa dimensão ainda maior e muito mais realística.

A importância do SUS e a atenção básica é importante, porque *no tempo dos meus filhos pequenos*, a saúde era privatizada. [...] meu marido comprou toda a medicação para mim passar sete dias lá no hospital; e hoje *o SUS melhorou completamente a saúde da gente*. (A2)

Muitas vezes as pessoas não dão valor ao agente comunitário, *mas eu sou importante, eu me acho importante para a humanidade*. (A6)

Para esses atores, o SUS é algo grandioso que mesmo não tendo chegado ainda ao seu pleno vigor ou estruturação, no mundo das ideias ele possui essa representatividade:

O modelo de atenção em saúde *é excelente*. (G1). [...] *não tem melhor* do que o SUS. (A6)

Embora o trabalho de todos os profissionais tenha sido [re]conceituado com a concepção do SUS, o caso dos Agentes Comunitários de Saúde é o mais representativo, simbolizando muito bem essa nova perspectiva e potência de mudança no estrato social provocada pela criação do SUS, mudança essa que é sistêmica e contínua, percebida por quem está diretamente inserido nesse processo de construção social:

[...] Porque assim, o agente de saúde é um elo entre a comunidade, né, com a unidade de saúde. Então se não fosse nós, o agente comunitário de saúde... (A6)

[...] percebemos o valor que temos diante da sociedade. (G3)

[...] é os ACS que faz o intercâmbio. (G1)

Ah, agora com a unidade de saúde ficou muito melhor, que a gente fica mais próximo da comunidade. [...] antigamente não tinha tanta aproximação da comunidade; e hoje em dia a gente vê o problema na comunidade, a gente encaminha ao posto de saúde, pra ser avaliado. (A2)

A Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023, alterou a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas. A recuperação desses laços históricos da saúde, desse fazer coletivo nas relações sociais, precisa ser evidenciada. Segundo Teixeira (2022, p.6): “temos que valorizar, fazer com que as pessoas valorizem de novo aquilo que estão fazendo, por mais simples que seja, o que só ocorre quando percebemos a contribuição que o nosso trabalho, mesmo pequenininho, dá ao processo coletivo”.

7.1.1 SUS para pobres *versus* SUS para todos/as (e o SUS que não se vê)

A saúde está inscrita na Constituição Federal como direito de todos e dever do Estado. (BRASIL, 1988). Com mais de 30 anos de criação e trazendo em seu escopo essencial o princípio da universalidade, o SUS vem apresentando resultados e indicadores epidemiológicos convincentes, a despeito do subfinanciamento, problemas de gestão e deficiências estruturais.

Entretanto, “planos de saúde” são o terceiro maior desejo dos brasileiros (BRAGA; OLIVEIRA, 2022, p.5) e pesquisa realizada entre Estudantes de Educação Física de três Universidades Públicas do Paraná ocorrida em 2019, 13% dos entrevistados acreditam que o Brasil deveria ter serviços públicos de saúde para atender apenas as pessoas que não possuem condições financeiras para arcar com atendimentos de saúde (o SUS deveria ser exclusivamente “para pobres”), embora 92,5% entre os concluintes e 77,3% entre os ingressantes tenham respondido que o SUS deveria ser destinado para todos (PIMENTEL et al, 2021).

Entre entrevistados de nossa pesquisa, foi observado um pensamento semelhante:

É importantíssimo para as pessoas não ficarem discriminadas, pessoas que não têm condições de fazer um tratamento particular. (A7)

A jornalista Conceição Lemes, condecorada com 23 prêmios por reportagens na área da saúde, assinala que está disseminado que o SUS é coisa “*para pobre*”. Isso se deve a diversos fatores como: a) O Subfinanciamento do sistema; b) Uma Visão restrita do SUS fazendo com seja evidenciado apenas o seu sistema de assistência médica e hospitalar, justamente aquele na qual existem os maiores entraves; c) Problemas de gestão do sistema nos três entes federativos; d) Uma visão privatista que considera que o público não funciona resultante de orientação ideológica neoliberal; e) O olhar da imprensa. (REVISTA RADIS nº 104, 2001)

Embora esteja disseminada no país essa representação de que o SUS é apenas “*para pobres*”, 100% da população brasileira utilizam diretamente o SUS ou são afetados por ele. Entre os participantes desta pesquisa, tanto na Unidade de Saúde Alfa como na Beta, evidencia-se uma compreensão majoritária de sua abrangência universal, de seu caráter

inclusivo. O SUS é para todos e todos utilizam o SUS, como expressa muito bem essa entrevistada:

“Ajuda, acolhe as pessoas de baixa renda, em necessidade, e até quem tem condições também. A exemplo mesmo, a vacina do Covid agora. O SUS ajudou quem era de baixa renda e quem [...] tem condições também. [...] Às vezes a pessoa: ‘ah, não preciso do SUS’, todo mundo precisa” (G8)

“Porque o SUS ele abrange tanto aquele tem uma condição financeira melhor, mesmo quem tem plano de saúde, a gente sabe que às vezes necessita do SUS, que tem coisas que só o SUS tem. Quanto àquela pessoa que não tem dinheiro pra nada, ele usa o SUS também” (A8).

Lima; Carvalho e Coeli (2018, p. 01) afirmam que o SUS “favoreceu avanços em uma série de políticas de saúde, algumas reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde como exemplos de experiências exitosas para outros países”. Entretanto, perdura certa incompreensão por parcela da sociedade brasileira usuária e beneficiária de seus serviços.

Paim (2015, p. 11) considera que “a sociedade espera que o setor Saúde cuide das pessoas e populações mediante ações individuais e coletivas” e que “[...] o propósito almejado é que as pessoas possam viver com qualidade”, mas, reconhece a incompreensão sobre o Sistema de Saúde brasileiro:

[...] conhecer a sigla em sua forma estendida não possibilita compreender imediatamente seu conceito. [...] associando simplesmente os significados de cada uma das palavras representadas na sigla fica ainda mais difícil concluir o que quer dizer SUS em seu sentido amplo. O SUS é algo distinto, especial, não se reduz à reunião das palavras sistema, único e saúde. (PAIM, 2015, p.13)

A Revista Radis nº 104 de 2001, com o título: *O SUS que não se vê*, apontou um levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA que indicava que boa parte da população desconhecia a amplitude do SUS, com 34,3% afirmando nunca ter utilizado o SUS. Esta mesma Revista traz uma afirmação de Luiz Odorico Monteiro de Andrade, na época Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do MS:

“Boa parte da população, em especial, a classe média, que ao longo desses anos foi optando por planos de saúde, usa o SUS e acha que não usa, fortalecendo a cultura de que o sistema de saúde público *é para pobre*”. (REVISTA RADIS 104, 2001, p. 15).

O IDISA produziu um vídeo demonstrando que todos os brasileiros são atingidos pelos efeitos dos SUS, significa dizer que toda sociedade necessita dele. Ocorre que inúmeros brasileiros limitam o Sistema Único de Saúde a um sistema de assistência médico-hospitalar.

Embora essa ação seja por ele executada, e por certo é a mais facilmente perceptível, se faz notório afirmar que o SUS é de uma abrangência muito maior.

Cecílio (2018, p. 05) assegura que “o SUS é uma Escola e um Laboratório de experimentação”, e que “não há pesquisa ou processo avaliatório que consiga dar visibilidade para tudo o que tem sido feito e experimentado Brasil afora”.

7.1.2 SUS ideal inscrito na Lei *versus* SUS real vivido no cotidiano

A atenção à saúde através do SUS concretiza todo o conjunto de ações executadas nos três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal) para o atendimento das demandas das pessoas, mas nossos entrevistados problematizaram o SUS real, da vida cotidiana *versus* o SUS ideal, da Constituição da República de 1988 e das Leis 8.080/90, 8.142/90, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistências à Saúde (NOAS) editadas em 1991, 1993, 1996, 2001 e 2006. A Representação Social nesse contexto estudado mais acentuada é a expressão - “*muito bonito no papel*”.

Bom, o SUS num papel é lindo, perfeito. Não tem um sistema como o SUS, porque no papel faz tudo, atende tudo, né. Tem médico disponível, tem tratamento disponível, medicação e tudo; agora na realidade não, na realidade é diferente. (A5)

[...] *muito lindo no papel*, mas ainda necessitando de muitas melhoras físicas. (G6)

É *muito bonita no papel*, né, tudo mais, mas eu acho ainda muito falha, acho muito falha ainda. (A1)

“Olha só, eu acho que já é de todo mundo falar sobre isso, que o SUS, no papel, ele realmente é lindo. Em algumas partes também realmente ele funciona” (A8)

“[...] no papel ele é/seria o melhor sistema do mundo mesmo” (A10)

São vozes que evidenciam os ajustes necessários que o Sistema precisa corrigir. Entraves pontuais e/ou sistêmicos decorrentes de uma pluralidade de eventos e desdobramentos ocorridos desde a sua concepção agravados por ataques de dentro e de fora do próprio sistema.

“[...] não funciona cem por cento. [...] É muito bonita no papel. [...] muito falha ainda” (A1)

“[...] Mas, infelizmente, a aplicabilidade dele que não me deixa satisfeita enquanto funcionária e enquanto usuária.” (A4).

[...] “muitas pessoas falam mal do SUS (...). O SUS tem sua *decadência*? Tem, até porque a demanda é muita, né? (...) *Tem os defeitos*? Tem. *Precisa melhorar*? Precisa. Claro que precisa. Nós vivemos num país de *corrupção*, de coisas que

acontecem na *política*... então *precisa melhorar bastante* o sistema único de saúde” (G8) “ainda [há] *muito a melhorar*” (G7) [...] muito falha ainda” (A1),

[...]“porém não tem recursos” (G7); “porém a forma da administração faz com que esse modelo não siga de forma adequada” (G5); “a gestão dos recursos que são péssimas” (G1); “Faço crítica à administração das verbas destinadas aos Estados e Municípios por não serem bem aplicadas” (G3); e que “os governantes em todas as esferas não pensem somente em seus próprios bolsos” (G6). Deveria ter mais recursos, né, ter mais recursos pra saúde, que nem falei pra você, e que os recursos não fossem desviados, também tem esse problema né? Também tem esse problema, dos recursos desviados. Às vezes chega até um recurso bom pro município, mas aí é desviado...” (G8). “Se ele fosse levado a sério, não tivesse aquela roubaria. [...] Muitas coisas funcionariam direito” (A6).

Em algumas partes também realmente ele funciona” (A8); “Mas, infelizmente, a aplicabilidade dele que não me deixa satisfeita enquanto funcionária e enquanto usuária.” (A4); “[...] na Atenção Primária ele [o SUS] ainda deixa muito a desejar” (A8); “Ó, como eu te falei, tá precisando melhorar muito” (A6); “então, eu acho que a Atenção Básica, ela tinha que ser bem fortalecida” (A10) “[...] eu sinto que necessitava realmente de que pelo menos um Médico da Saúde da Família tivesse na Unidade pelo menos um período durante toda a semana” (A8).

O ponto negativo é que não tem muita cota pra fazer cirurgias, para fazer procedimentos” (A3); “[...] a questão da Regulação hoje que nos deixa insatisfeitíssimos. As pessoas ficam numa fila enorme para aguardar o seu atendimento ou seu exame ou a sua consulta especializada, e isso hoje pra mim é o lobo mau do SUS” (A4).

Entre os fatores que mais impedem o desenvolvimento do SUS estão o subfinanciamento da saúde pública aliado a problemas de gestão do sistema e de RH:

Financiamento insuficiente (subfinanciamento): Os recursos financeiros destinados ao financiamento do SUS são oriundos do orçamento da Seguridade Social, composta pelas políticas de saúde, previdência e assistência social, além da proteção ao trabalhador desempregado, incluindo o seguro desemprego, numa composição geralmente denominada de vinculação de receitas, assim intitulada por possuir um orçamento próprio composto, além das contribuições previdenciárias, de recursos orçamentários destinados exclusivamente a esse fim. Os recursos orçamentários vinculados ao orçamento da seguridade social, portanto, são as contribuições sociais. Na proposta divisão dos recursos dentro da seguridade social, os constituintes não definiram percentuais para cada política, no caso da saúde, por exemplo, não estabeleceram como se daria a participação de cada esfera de governo, garantindo apenas, nas disposições transitórias, que 30% dos recursos da Seguridade Social seriam para a saúde. Posteriormente, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que estabeleceu a forma de inserção da União, dos Estados e Municípios no financiamento do SUS. A EC 29 teve o intuito de garantir um mínimo de recursos e avançar na solidariedade federativa, ao estabelecer parâmetros para as relações fiscais entre as esferas de governo no Sistema Único de Saúde.

Mesmo com a EC29 definindo que os Estados deveriam, inicialmente, alocar no mínimo 7% das suas receitas na área da saúde, e, posteriormente, atingir minimamente o percentual de 12%, e no caso dos Municípios esse percentual seria 15%, ficando a União com a orientação de ampliar em 5%, no primeiro ano, pós-aprovação da referida emenda, o orçamento do ano anterior e a partir desse ponto corrigir todos os anos o orçamento da saúde pela variação do Produto Interno Bruto, a bem da verdade quase nenhuma esfera federativa realmente cumpriu essa determinação, acarretando em uma sobrecarga no sistema e perda de qualidade por insuficiência de recursos financeiros, passando muitos deles a considerar ações de saúde uma série de gastos como saneamento básico, merenda escolar, pagamento de inativos, entre tantos outros, com a finalidade intrínseca de burlar a lei. (CISLAGHI, TEIXEIRA e SOUZA, 2011).

Os recursos da Seguridade Social, conforme prevê a Constituição de 1988, poderiam ser complementados pelos recursos do orçamento fiscal, mas ao contrário disso, mesmo com o aumento de arrecadação das contribuições sociais na esfera federal, não significou ao longo dos anos em ampliação dos recursos para a Seguridade Social, por conta de uma manobra fiscal de transferência de recursos da Seguridade Social para o pagamento da dívida pública, chamada de DRU - Desvinculação de Receitas da União, que permitia 20% dos recursos vinculados, da seguridade e também da educação, sejam transferidos para o orçamento fiscal, permitindo que o governo os utilize para qualquer fim. Na atualidade sobre a égide da Emenda Constitucional 95 promulgada pelo Governo Temer, que congela por 20 anos os gastos do governo, amplia-se o problema do subfinanciamento, uma vez que limita e compromete os investimentos em saúde, por considerá-los como gastos.

O Prof. Gonzalo Vecina Neto (2020), nos mostra que o SUS consome 250 bilhões em todas as suas diversas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em seus diversos níveis, para cerca de 210 milhões de brasileiros enquanto que no setor privado 200 bilhões são gastos somente para realizar assistência médica para um público seletivo, de apenas cerca de 50 milhões de brasileiros, sendo esses últimos ainda duplamente financiados.

Dentre os maiores desafios para o SUS evidencia-se o subfinanciamento. Mariano (2017) refere a perspectiva de agravamento desta situação por conta da EC 95.

[...] o teto dos gastos públicos impede o gozo de um direito fundamental universal, pois não há como se promover o desenvolvimento econômico sem o acesso do povo às políticas públicas mais básica, como a saúde e a educação. (MARIANO, 2017, p.261).

Gestão e Financiamento: Estudiosos acreditam ser quase impossível dissociar a gestão do SUS de seu financiamento, havendo uma íntima ligação de causa e efeito entre esses dois elementos. A Lei 8142/90 advoga sobre a descentralização do sistema, sem, contudo, promover na mesma proporção a garantia de recursos. Inúmeros municípios e até estados, queixam-se de grandes responsabilidades com relação aos atendimentos em seus territórios, principalmente na assistência médica, nos primeiros e segundos níveis de atenção, sem a disponibilização suficiente de recursos proporcionais. Estes entes federativos referem comprometimento de uma parcela bem maior de seus recursos financeiros no desenvolvimento do SUS do que a própria União. No que tange aos problemas de gestão, estudiosos entendem que os mesmos acontecem tanto no nível estrutural, quanto no caráter normativo, formativo desses gestores, o que implica numa gestão ineficiente de recursos insuficientes.

Teixeira, fazendo referência às necessidades do SUS e seus desafios, pronuncia-se sobre esses obstáculos, destacando questões que envolvem a Política de Recursos Humanos:

Todos nós que participamos do movimento da Reforma Sanitária temos de lembrar que o início de toda a discussão, em meados da década de 1970, tinha como enfoque exatamente a mudança do modelo de atenção.

[...] uma crítica à ineficácia do sistema médico hospitalocêntrico, pois quando se pensa em integralidade com prevenção e promoção da saúde é porque se sabe que a situação de saúde, os perfis epidemiológicos, fruto do aumento da expectativa de vida ao nascer, da prevalência das doenças crônicas degenerativas, da violência, nada disso pode ser resolvido a contento apenas com a reprodução do modelo médico hospitalocêntrico.

[...] o trabalho em saúde não é só instrumental. [...] não é só o aprendizado de conhecimento, de métodos, de técnicas para intervir sobre um determinado objeto. É também uma ação comunicativa.

[...] além de aprender a técnica, ou seja, a usar instrumentos e a conversar, precisamos ter valores que são nossos, que devemos incorporar, para ressignificar o nosso lugar no mundo, o sentido das escolhas que fazemos, profissionais, políticas, existenciais, de um modo geral.

Chegam nos municípios e encontram um gestor que, muitas vezes, entende o Saúde da Família como apenas um programa expansionista de atenção simplificada e primitiva para a população pobre da periferia do município, não entende o Saúde da Família com aquela perspectiva da Vigilância que tentamos trabalhar, com planejamento e programação local, identificação de problemas na base territorial, um trabalho multiprofissional que começa na casa, no domicílio, com o agente comunitário (TEIXEIRA, 2022, pp. 2,4,5,6)

As questões que envolvem a Política de Recursos Humanos para o SUS e seus desdobramentos é bastante complexa e com discussões ainda muito recentes, se considerarmos que basicamente antes da instituição do próprio o SUS quase nada havia sido

efetivamente articulado em relação a essa temática, o que só começa a ser pautada de forma um pouco mais concreta, na VIII Conferência Nacional de Saúde desencadeada pela Reforma Sanitária brasileira. Uma dessas primeiras iniciativas foi à organização da Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde em 1986, onde se estruturou uma agenda específica sobre o tema, partindo de análises dos principais aspectos identificados na implantação do SUS. Questões de extrema importância para a área, como a falta de incentivos para a qualificação profissional; visão burocrática da área de recursos humanos; baixa remuneração dos trabalhadores; condições desfavoráveis de trabalho e ausência de uma Política de recursos humanos que contemplasse um plano de cargos, carreira e salários, foram na ocasião elencadas, muitas das quais perduram problematicamente até hoje. (MONICA VIEIRA, 2009),

Somente a partir de 1990 a dimensão da gestão do trabalho em saúde integrante do campo de Recursos Humanos para a Saúde começa a ganhar um pouco mais de visibilidade. Em 2002, com a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, evidenciando um pouco melhor o papel do gestor federal quanto às políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no país, concede um caráter mais visível, insuficiente, contudo, para desencadear um padrão balizador para os diversos Estados e Municípios de nossa Federação, que seguem com os seus velhos e novos problemas de Precarização das relações de trabalho: Alta rotatividade nos postos de trabalho; Ausência de uma política salarial e de carreira que acabam por comprometer a profissionalização dos trabalhadores.

Vecina Neto aponta que entre os tipos de Organizações mais difíceis de gerenciar encontram-se as Organizações de Saúde, com todas as suas complexidades, para a Gestão de Pessoas. Esse mesmo autor diz ainda que existe uma enorme “dificuldade de fazer as pessoas fazerem o que elas devem fazer”, destacando a Gestão de Recursos humanos para a Saúde nessas duas dimensões.

Cecílio (2018), assevera que o SUS:

Não se trata simplesmente de uma proposta técnica, mas foi e é um projeto tecnopolítico que mobilizou, e ainda mobiliza, que encantou e ainda encanta, trabalhadores, militantes, gestores, conselheiros de saúde e tantos outros atores sociais no país. (CECÍLIO 2018. p. 04)

Paim aponta para a complexidade em equalizar os distintos interesses dentro do sistema:

Contudo, mesmo neste sistema de serviços de saúde é difícil verificar um objetivo único. Distintos propósitos se manifestam no seu interior e muitos interesses externos atravessam o sistema. Assim, o objetivo pode ser assegurar a saúde das pessoas, mas também gerar o lucro dos empresários e o emprego dos trabalhadores que atuam no sistema. Conciliar esse conjunto de objetivos e de interesses contraditórios é um dos grandes desafios dos sistemas de saúde em todo o mundo. (PAIM, 2015, p. 15)

7.2 APS é “Porta de Entrada do SUS” e ESF, “Estratégia de Reorganização da APS”

Os trabalhadores das USF Alfa e Beta destacaram a APS como “Porta de Entrada”: “a Atenção Básica é a porta de entrada” (G1); “porta de entrada para o usuário” (G6); “grande porta de entrada para a população” (G7), neste caso com um destaque “população principalmente (...) de baixa renda”; “[...] acho que a primeira porta de entrada pelo SUS é cuidar de saúde” (A3); “Em relação à Atenção Primária, dentro do SUS é a porta de entrada” (A10); “SUS, a atenção básica, é um elo, é um círculo” (A9).

No que tange a percepção dos profissionais das duas Unidades de Saúde quanto aos demais Atributos (Essenciais e Derivados) da APS, observou-se a seguinte compreensão:

- Também a Longitudinalidade é referida: (mais na Unidade Beta)

[...] “garantir a saúde e o bem estar de toda a população em geral” (A7).
“SUS, a atenção básica, é um elo, é um círculo” (A9)

- A Integralidade mencionada: (mais na Unidade Beta)

[...] “aquela questão, para garantir a integralidade do cuidado do paciente dentro desse primeiro nível da Atenção Básica” (A10). [...] “na Atenção Básica a gente atende o indivíduo como um todo” (A5)

- Coordenação do Cuidado identificada: (mais na Unidade Beta)

[...] “o acolhimento do paciente e depois direcionar” (A7). [...] “cada dia evolui uma coisa, cada dia aumenta as possibilidades” (A1). [...] “hoje em dia a gente vê o problema na comunidade, a gente encaminha [os pacientes] ao Posto de Saúde, pra ser avaliado” [ESF] (A2)

- Orientação Familiar: (em ambas as Unidades de Saúde)

[...] a Estratégia de Saúde da Família aproximou mais a saúde, o Sistema das famílias” (A4). “A ESF [tem] uma Equipe multiprofissional para melhor atender as famílias” (G6)

- Orientação Comunitária: (em ambas as Unidades de Saúde)

[...] “garantir a saúde e o bem estar de toda a população em geral” (A7). “Buscar a melhor forma de servir e atender com responsabilidade as principais necessidades da população” (G7)

- Competência Cultural: (mais na Unidade Beta)

“A comunidade, ela é uma comunidade necessitada financeiramente, então você vê que as pessoas quanto menos financeiro ele tem, mas ele adocece, infelizmente, né. Por conta de saneamento básico, de alimentação, de... tudo isso interfere. Então assim, essa comunidade ela adocece mais” (A8)

Além disso, grande parte dos entrevistados, tanto na USF Alfa como na Beta, refere que a ESF surgiu para reorganizar a APS no SUS:

“A ESF surgiu para melhor organização da Atenção Básica e dos preceitos do SUS” (G6); “É fundamental para a reorganização da Atenção Básica” (G1); “É muito importante para o serviço [APS] bem organizado” (G7); “É uma reorganização da Atenção Básica no país de acordo com os conceitos no SUS é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica” (G2).

A adoção do “Conceito de Atenção Primária à Saúde” foi resposta ao desafio de reorganizar/reorientar⁵ o modelo de atenção, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo vínculo entre os usuários e profissionais dos serviços e contato constante com o território, empreendendo uma nova concepção da saúde brasileira.

Costa e colaboradores (2020) ratificam esta compreensão, afirmando que enquanto modelo assistencial, a APS corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população.

A ESF tem promovido, de fato, uma grande reorganização no sistema de saúde. A sua expansão se mostra consistente a despeito dos problemas de subfinanciamento, da falta de compreensão por parte de gestores, população e até profissionais de saúde. Massuda (2020) evidencia esse crescimento nos últimos 20 anos, destacando melhorias e benefícios.

Estudos demonstram que o crescimento da cobertura de ESF nos municípios está associado ao aumento no acesso a serviços de saúde, redução de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, e melhoria nos resultados, com a queda da mortalidade infantil em todas as regiões do país, beneficiando populações mais vulneráveis, com o impacto positivo na redução de iniquidades no país. (...) A implantação da ESF propiciou avanços consistentes no aumento da cobertura de serviços de APS no Brasil. De 1998 a 2018, a ESF foi adotada por mais

⁵Foi estabelecido em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, inicialmente no Norte e Nordeste do país, servindo como base estrutural e piloto para o Programa de Saúde da Família, instituído em 1994, com o propósito de reorientar o Modelo de Assistência à Saúde no Brasil, sendo fixado como Estratégia de Saúde da Família no ano de 2006.

de 95% dos municípios brasileiros, e o número de equipes de ESF cresceu de 2 mil para 43 mil, passando a cobrir cerca de 130 milhões de pessoas (62,5% da população brasileira). (MASSUDA, 2020, p. 4)

Fertonani e colaboradores (2015) indicam, na mesma direção, que a ESF se apresenta como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de Saúde, considerando o indivíduo em seu contexto familiar e os Determinantes Sociais em Saúde:

[...] modelo assistencial, no qual as práticas devem estar orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, como parte de grupos e de comunidades sócio-culturais e contemplando ações importantes no campo da Vigilância em Saúde (VS) e da Promoção da Saúde (PS). (FERTONANI et al, 2015, p. 1.871)

Assinala nessa direção, CECÍLIO (2018, p. 02):

[...] uma atenção básica à saúde ordenadora e coordenadora de uma resposta ampla de cuidados em todos os níveis de atenção, responsável, ainda, por articular a participação institucionalizada da sociedade civil no diálogo político.

[...] Tal tarefa deve ser cumprida por equipes de saúde dispostas em unidades básicas de saúde distribuídas por territórios definidos e com clientela adscrita, com a missão de facilitar o acesso e fazer o uso apropriado de tecnologias e medicamentos que proporcionem o cuidado necessário à saúde das pessoas e coletividades.

[...] atenção básica à saúde como eixo estruturante de um desejado sistema único de saúde universal, público e de qualidade.

MENDES (2015, p. 16):

A APS que se quer construir socialmente é uma estratégia complexa, altamente resolutiva, com capacidade de coordenar as RAS e com responsabilidades claras, sanitárias e econômicas, por sua população adstrita.

A proposta de construção social da APS está referida por um modelo de gestão da saúde da população. O modelo da gestão da saúde da população move um sistema estruturado por indivíduos que buscam atenção para um sistema que se responsabiliza, sanitária e economicamente, por uma população determinada a ele vinculada, sendo fundamental conhecer essa população, captar suas necessidades reais e discriminá-la segundo critérios de riscos e acesso.

Contudo, Teixeira enfatiza a existência de conflitos nesse espaço de micropolítica onde os modelos assistências continuam a tencionar:

[...] o próprio Saúde da Família como espaço de reorganização da atenção básica é, também, um espaço de tensão entre os modelos: o modelo assistencial, do PA, do atendimento à demanda espontânea; e o modelo de atenção integral, fundado na concepção da Vigilância. (TEIXEIRA, 2008, p.5)

Apesar dessa tensão grande parte dos entrevistados vislumbra a importância da ESF:

“Eu acho que é bem importante, porque a Saúde da Família é um conjunto” (A3); “Boa, eu acho boa” (A1); “[...] a Estratégia é muito importante” (A9); “[...] a Unidade [ESF] é importante em cada bairro, a Estratégia” (A6); “Então, superimportante, acredito que é o pilar principal” (A10).

Quanto ao modelo de atenção, três representações sociais se destacam: em primeiro lugar, há a percepção de que o Modelo Tradicional é medicocêntrico enquanto a ESF é multiprofissional; em segundo lugar, há a percepção de que o Modelo Tradicional trabalha com demanda indefinida enquanto a ESF tem responsabilidade sanitária sobre uma população adscrita; e em terceiro lugar, há a percepção de que o Modelo Tradicional trabalha com atendimento à doenças agudas enquanto a ESF trabalha mais com prevenção e manejo de doenças crônicas.

7.2.1 Modelo uniprofissional medicocêntrico versus multiprofissional e interdisciplinar

Peduzzi (2008, p. 275) pontua que o trabalho desenvolvido por equipe multiprofissional é “uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão”, portanto, para que se formalize o trabalho em equipe é necessário que tenha práticas colaborativas, pois, se assim não for, será apenas uma junção de profissionais cada um atuando de forma individual, descaracterizando o objetivo principal da ESF. No sentido dessa importância apontam esses entrevistados.

“Ah, a gente tem que trabalhar como equipe”. No curso que a gente tá tomando agora fala disso muito, muito, muito, que a gente tem que trabalhar, que o atendimento pra o cidadão usuário ele tem que ser o centro e nós temos que trabalhar como atendimento multiprofissional. (A4)

Ninguém é melhor que ninguém, uns precisam dos outros e trabalhar de forma unida e coletiva sempre será melhor para a equipe. (G6)

O trabalho em equipe é fundamental para que as ações desejadas deem certo, se a equipe é sem atendida em geral, podemos desempenhar um trabalho de qualidade e atender com clareza a população que busca a Unidade. (G4).

Nosso modelo de atenção necessita articulação e participação social com vistas a incorporar a nossa responsabilidade pela população mirando suas necessidades e problemas mais comuns, observando os Determinantes Sociais em Saúde.

A comunidade, ela é uma comunidade necessitada financeiramente, então você vê que as pessoas quanto menos financeiro ele tem, mas ele adocece, infelizmente, né. Por conta de saneamento básico, de alimentação, de... tudo isso interfere. Então assim, essa comunidade ela adocece mais. (A8)

Devemos centrar a percepção crítica e reflexiva em nossas práticas, ressignificando nossa atuação com vistas a superar as dificuldades naturais do trabalho multiprofissional. Merhy e Franco apontam nesse caminho para a importância das relações, sejam elas entre

Equipe *versus* Equipe ou Equipe *versus* Cidadão/paciente, como sendo fundamental no processo do cuidado integral.

[...] para além dos instrumentos e conhecimento técnico, lugar de tecnologias mais estruturadas, há um outro, o das relações, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado. [...] Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos (MERHY; FRANCO, 2002, p. 4)

Nesta mesma direção, pensam alguns dos entrevistados:

A equipe aqui, graças a Deus, é muito boa. Eu consigo, a gente consegue, na verdade, todo mundo um pouquinho fazendo, né? A gente tem assim, como é que fala, assim... uma interação. (A8)

Todo mundo tem sua importância [...] torna àquele cuidado mais integral [...] eu dependo de uma triagem, então acaba que é um trabalho que ele tem que ser compartilhado, sozinho não dá para fazer nada. (G5)

É importante pela parceria na Equipe, porque um saber complementa o outro e cada profissional colabora com a saúde do cidadão. (G3)

A equipe, todo mundo é importante, desde a recepção, até o médico, entendeu? até o dentista, o enfermeiro, a farmácia, todos estamos interligados. O que eu preciso da farmácia, eu preciso do enfermeiro, eu preciso do médico, nós precisamos um do outro. Então não tem que ter um melhor do que o outro, estamos no mesmo patamar. É assim que eu consigo enxergar. (A7)

Eu acho que todos os saberes são importantes. Todos. Cada um tem o seu grau de sabedoria na sua área, cada um tem o seu. E eu acho que a junção desses saberes leva a uma resolutividade melhor daquela situação, daquele paciente, por isso que eu falo ao atendimento multiprofissional, que é isso que a gente preza. (A4)

Estabelecer vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais. (G5)

[...] “buscar por soluções para cada indivíduo, porque cada um tem sua necessidade e devemos ter olhares diferenciados para cada problema” (G7).

O fortalecimento do trabalho em equipe e o papel dos ACS é essencial para garantir a integralidade e a coordenação das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado de problemas e agravos clínicos, de cada usuário do serviço e a plena institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação das ações na rede básica é dispositivo essencial para qualificar a gestão e a organização dos serviços, orientando iniciativas e estratégias para o alcance de objetivos e metas.

7.2.2 Modelo curativista, foco em doenças agudas *versus* preventivista, foco em crônicas

Numa compreensão atual sobre o conceito de saúde, Fertoni e colaboradores (2015) o concebem como resultado das condições sociais e de vida, o que contrasta com o entendimento ainda prevalente entre operadores do SUS, que veem na doença o centro de suas atenções, dificultando assim o rompimento com modelos comportamentais biomédicos. Para esses autores “este modelo [biomédico] foi reconhecido e incorporado pelos serviços de saúde, pelos seus benefícios para promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças que afligem a humanidade”. (p.1870), contudo, sua resposta se mostra limitada. Esta análise demonstra o quão *aprisionado* se encontram muitos serviços e profissionais de saúde nessa concepção, evidenciando incompreensão dos princípios do SUS, o que pode se refletir na adesão ao serviço.

[...] olhou chegou, “o que que você tem?” “isso”, nem te examina, já vai passando o medicamento. (A6)

Já outros entrevistados reforçam esse comportamento, demonstrando a difícil tarefa de rompimento dessa visão emblemática:

Em relação ao médico, eu acho que o papel dele é atender. É atender. (A5)

[...] você não tem como dar resolução pra aquele paciente se ele não tem uma condição financeira adequada. (A8)

Alguns profissionais percebem o ganho qualitativo que o SUS emprega com a sustentação de um modelo de saúde que valoriza muito mais a prevenção de doenças, contudo, admitem que na prática muitos serviços encontram-se cativos por questões internas e externas:

[...] eu acho que seja curativa. Eu sinto muita falta na parte de prevenção. (A8)

[...] o município é refém de médico. Isso já tem um tempo que é assim, “*eu só posso atender tal dia, eu só posso atender meio período*” ou é assim ou você vai perder esse profissional. (A4)

Conforme Merhy e Franco (2003), a grande dificuldade de rompimento dessa conduta de comportamento biomédico centrado na doença, se dá porque esse modelo de práticas de saúde produz uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica. As

Tecnologias Duras e Leve-duras são cada vez mais empregadas nesse tipo de organização. Alguns profissionais entrevistados demonstram insatisfação quanto a isso:

Precisamos ser mais humanos para cuidar das pessoas. (G1)

[...] o profissional médico ele não tá na unidade todos os dias, né, como deveria ser. A gente sabe que *a estratégia não funciona mais assim*. (A4)

Então eu acho que deveria procurar não por amizade, política, indicação e, sim, pela aquela pessoa capacitada que tem amor, e que queira ver o *SUS com um olhar humano*, com um olhar, assim, humano mesmo. (G8)

Merhy e Franco (2003, p. 01) entendem esse comportamento como [...] “a hegemonia do Trabalho Morto, quando o modelo assistencial se caracteriza como médico hegemônico, produtor de procedimentos. Mendes (2015) aprofundando esse pensamento completa:

O modelo de gestão que se pratica no SUS – o modelo da gestão da oferta –, é incompatível com a geração de valor para as pessoas usuárias porque tem seu foco na oferta de serviços e não nas necessidades da população usuária. (p. 16)

Teixeira (2022), utilizando-se de um exemplo prático demonstra toda dificuldade de rompimento com esse modelo tão hegemônico:

[...] o modelo hegemônico absorve e acaba transformando o agente comunitário num ‘minimédico’, como uma auxiliar de enfermagem vira uma ‘minienfermeira’, quer dizer, a força do modelo hegemônico é exatamente essa: subverter todas estas propostas de mudança que tentamos implementar, porque as próprias pessoas, depois que fazem o curso de capacitação do agente comunitário, se aproximam do modelo hegemônico e passam a querer ser o ‘médico’, o agente de saúde que vai na casa das pessoas reproduzir a concepção e as práticas tradicionais. (p. 09)

Segundo Fertoni e colaboradores (2015, p. 1870), o “modelo biomédico tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde”, e esse cenário confronta com os princípios estabelecidos pelo SUS. Paulo Freire lembra, por outro lado, que todo espaço é propício a práticas educativas. Nesse aspecto, a ESF também se inclui como perfeito cenário, podendo ser ambiente agregador e centrado no indivíduo, família e comunidade, com projetos singulares de atuação multiprofissional e interdisciplinar.

Cecílio e Reis (2018, p. 2) apontam para o olhar atribuído à Educação em Saúde como força motriz dos processos de promoção da saúde e prevenção de doenças.

[...] fazendo triunfar a educação em saúde, a promoção e a prevenção sobre a atual ênfase na doença e seus desdobramentos, e no modelo de atenção baseado na consulta e em procedimentos médicos.

Finalizando essa análise, Mendes (2015) fazendo referência ao modelo proposto essencialmente pelo SUS, aponta os desafios e caminhos a serem percorrido nessa direção:

O modelo teórico-conceitual parte de uma mudança paradigmática na gestão dos sistemas de atenção à saúde, o que implica transitar de uma gestão da oferta prevalecte para uma gestão da saúde da população. (MENDES, 2015. p.18)

7.2.3 Modelo sem demanda definida *versus* responsabilidade sanitária sobre população

Alguns entrevistados destacaram a noção de que, em última instância, a finalidade da APS é acolher e assistir integralmente a população em suas necessidades de saúde:

“Eu acho que é um tratamento multidisciplinar, que não é só a odontologia, tem que ser uma parceria da Enfermeira, do Médico, da Odontologia, para a gente tratar o indivíduo como um todo, desde o tratamento dental até aferir pressão, até um curativo. Então a gente tem que ter essa parceria né, tá todo mundo vinculado para poder um encaminhar para o outro” (A7); “Porque como o nome já diz, é uma Estratégia de Saúde da Família, então, cada um com suas funções, cada um tendo Consulta Médica, Odontológica, a parte da Enfermagem, parte de Vacina, então todos trabalhando de forma, unida” (A10); “porque a Saúde da Família é um conjunto” (A3); “[...] deveria ser mais trabalhada em Equipe” (A1).

“para atender os usuários de forma simples” (G3); “para melhor atender as famílias das determinadas regiões” (G6); “a unidade é acolhedora, ela consegue ver de perto, ver de perto a realidade (...), ver de perto através dos agentes de saúde, através dos movimentos, das ações, (...) cada ponto que precisa” (G8); “Buscar a melhor forma de servir e atender com responsabilidade as principais necessidades da população” (G7).

Outros entrevistados destacaram a formação de vínculos com as famílias e os Determinantes Sociais em Saúde: “[...] o tempo passava para se conseguir levar até Pessoa [visita domiciliar] e hoje já é mais fácil” (A6); “[...] a Estratégia de Saúde da Família aproximou mais a saúde, o Sistema das famílias” (A4); “[...] com a Unidade de Saúde [da família] ficou muito melhor, que a gente fica mais próximo da comunidade” (A2); “A comunidade, ela é uma comunidade necessitada financeiramente, então você vê que as pessoas quanto menos financeiro ele tem, mas ela adoce, infelizmente, né. Por conta de saneamento básico, de alimentação, tudo isso interfere. Então assim, essa comunidade ela adoce mais”. (A8).

7.3 Sem perfil nem reflexão, há solução ou somente alienação e mecanização?

Outra dimensão abordada pelos entrevistados faz referência a humanização e acolhimento, que na visão desses profissionais necessita de uma abordagem mais qualificada. Falas de entrevistados destacam a necessidade de um trabalho menos burocrático, tecnicista e mecanizado, por um “trabalho Vivo”:

[...] porque o médico ele tem que ter o perfil da unidade de saúde, tem médico que não tem perfil nenhum. Ele tem perfil de hospital, de clínica, sei lá. [...] porque pra você passar um medicamento, pra você passar o exame pra o paciente, *você tem que ouvir o paciente pra saber*, chegar ao diagnóstico dele. (A6)

Ela não é uma pessoa para trabalhar em unidade, ela precisa trabalhar em hospital. Porque pra trabalhar como unidade nós temos que ter um olhar diferenciado. (A2)

Um dos sinônimos do termo mecanização na qual gostaria de destacar nesta análise é o termo automatização. No cenário industrial a automatização ou os sistemas de automatização demandam certo nível de interferência humana. É bom não confundirmos esse termo com a automação, pois neste caso em específico um equipamento em seu funcionamento necessita utilizar dados para se autorregular. Na automatização, portanto, o indivíduo apenas transfere a realização de uma tarefa para a máquina.

Voltando para o termo mecanização, este pode apresentar duas indicações: 1) O uso peculiar de sistemas mecânicos e/ou ferramentas com a finalidade de reduzir o trabalho físico das pessoas. 2) O uso dos citados sistemas a fim de auxiliar uma operação humana. No campo da saúde a temática mecanização, tanto pode ser empregado para indicar um alto grau do uso de tecnologias no auxílio ao diagnóstico e tratamento de doenças, como para indicar um trabalho tecnicista, sem uma racionalização presente.

Dados tem mostrado que o Brasil está se tornando campeão no uso em exames de imagens e laboratoriais, muitos deles indiscriminadamente, sendo inúmeros pacientes submetidos a uma cadeia de procedimentos clínicos, alguns absolutamente desnecessários.

Contudo, ainda que seja bastante importante essa discussão, a análise em questão parte para uma vertente mais social e filosófica, no entendimento de uma ação, que independentemente do uso ou não de tecnologias para auxiliar no atendimento de usuários do SUS, e aí que está o cerne da questão, passa a ser realizado por uma lógica centrada nos meios, não nos fins, englobando a tecnificação do trabalho, a burocratização das relações.

A respeito disso, Carnut (2017) evidencia que é fundamental proporcionar um atendimento integral e que esse atendimento considere o sujeito em sua singularidade e que

para isso as mais diversas estratégias devem ser empregadas. Esse autor citando Deslandes (2006) destaca esses desafios e empecilhos:

[...] se os profissionais de saúde não estão constantemente atentos à dimensão subjetiva do outro, a tendência é a despersonalização do processo de cuidado, através de dois mecanismos principais: a padronização diagnóstica, em função da nosologia patológica, e em detrimento das manifestações singulares dos sinais e sintomas, além de suas especificidades; e o uso intensivo de tecnologias duras, substituindo as interações humanas no encontro com o sujeito.

Merhy e Franco (2003) apontam a necessidade da hegemonia do trabalho Vivo sobre o trabalho morto operacionalizado através das linhas de cuidado, questionando “como operar para constituir “linhas de cuidado” que agem interessadamente em defesa da vida, centradas nas necessidades dos usuários?

“[...] depende fundamentalmente, do esforço e vontade política em integrar estes serviços. [...] fazendo da integralidade um importante dispositivo para a abertura de muitos processos de mudança em toda rede assistencial (MERHY; FRANCO, 2003, p.11)

Na compreensão de Thiry-Cherques (2009, p. 902), “o termo racionalização, como utilizado por Weber, significa a redução à racionalidade de todos os aspectos da vida social”. Para este mesmo autor “no que se refere à racionalidade prática, liga-se à ordenação direta da ação voltada para interesses egoístas e pragmáticos” (p. 903). Teixeira a partir de algumas interpretações de Marx, acrescenta o termo *alienação* a esse processo de mecanização ou tecnificação do trabalho, assim se pronuncia:

[...] se voltarmos ao conceito de alienação, como visto pelo velho Marx. O que é o trabalho alienado? O trabalhador alienado é exatamente aquele que não tem idéia da contribuição que está dando ao conjunto, que repete mecanicamente, que reproduz tarefas parcelares sem apreender o conjunto do processo de produção. Então, uma forma de superar a alienação é fazer com que cada um perceba o lugar que ocupa num determinado contexto. (TEIXEIRA 2022, p. 06)

Merhy e Franco (2003) compartilham do entendimento de que uma ação de saúde deve ser imbricada com algo muito mais substancial do que apenas o emprego de conhecimento técnico e instrumental, ainda que bem executados. Esses autores persistem na defesa do uso das Tecnologias Relacionais como preponderantes:

[...] para além dos instrumentos e conhecimento técnico, lugar de tecnologias mais estruturadas, há um outro, o das relações, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado. (MERHY e FRANCO 2003, p. 04)

Identificamos nas falas uma compreensão do modo preconizado pelo modelo de atenção proposto pelo SUS e o seu emprego na APS/ESF. Falas ratificam esse entendimento e expressam a preocupação por não perceberem ou não possuírem tal inclinação:

[...] poucos profissionais sabem *o objetivo da ESF*. (G7)

Eu acho que falta melhorar mais isso. [...] Um olhar mais, falta um olhar mais. Acho que falta alguma coisa, entendeu? Falta mais um compromisso, *um olhar humanizado*. (A9)

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho pretendeu identificar as Representações Sociais de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família do município de Coaraci, interior da Bahia no que tange a compreensão quanto ao SUS, a APS e a ESF, seus princípios, valores e atributos, frente à disputa entre dois modelos de assistência à saúde opostos e a adesão desses trabalhadores para contribuir com o fortalecimento do Sistema de Saúde e sua implementação a nível local, contribuindo com reflexões acadêmica e do processo de trabalho na práxis dos serviços, a partir de pesquisa qualitativa tipo estudo de casos com 02 duas Unidades da Estratégia de Saúde da Família, rural e urbana, através de entrevistas individuais e questionário semiestruturado com o emprego da metodologia de Análise de Conteúdo fundamentado em Bardin.

Os instrumentos de coleta dos dados permitiram a realização da pesquisa e favoreceram o levantamento das informações, mesmo com a adaptação necessária ocorrida no percurso da pesquisa por conta da dificuldade de acesso a ESF da zona rural em decorrência das chuvas. A utilização da Análise de Conteúdo com fundamentação em Bardin se mostrou apropriada aos objetivos e metodologia do estudo.

A análise permitiu concluir que a compreensão do SUS a nível local está permeada por Representações Sociais positivas e negativas; que a dualidade de compreensões entre os dois modelos em disputa se faz presente nas duas Unidades de Saúde estudadas, resultando em fragilidades no processo de reorganização da atenção conforme proposta da Estratégia; que o perfil dos entrevistados é de predominância de uma Equipe experiente com média de trabalho maior que 15 anos; que esses trabalhadores apontam fragilidades no sistema e reconhece algumas causas dessas fragilidades; que *nós críticos* não superados na Rede de atenção provoca vulnerabilidades.

Embora as Equipes participantes do estudo estejam inseridas em territórios diferentes, do ponto de vista estrutural e organizacional, zona urbana (USF Beta) e zona rural (USF Alfa), não apresentam uma diferenciação significativa entre ambas, principalmente no ponto de vista assistencial. São formadas por Equipes completas, incluindo a Saúde Bucal, todavia membros da USF Alfa sinalizam deficiências no atendimento do Profissional médico, principalmente na qualidade e periodicidade desse atendimento. Quanto à experiência no trabalho, ambas apresentam média superior a 15 anos. No quesito escolaridade apresentam índices significativos de profissionais com formação em ensino médio e superior, o que em

tese qualifica a assistência. As estruturas físicas de ambas as USF são em imóveis construídos para a finalidade proposta, apresentando espaços adequados do ponto de vista estrutural, necessitando de uma atualização em alguns materiais de uso permanente. Do ponto de vista do processo de trabalho, desenvolvem atividades condizentes com o que preconiza a Estratégia, mas cabe destacar que na USF Alfa algumas dessas atividades são prejudicadas por conta da atuação do profissional médico, já indicada pelos entrevistados. Do ponto de vista do acesso, a USF Alfa apresenta um pouco mais de barreiras geográficas, como distancia e qualidades das estradas vicinais, por está localizado na zona rural. Com relação à compreensão do trabalho em Saúde da Família, um dos objetos importantes deste estudo, as duas Equipes apresentaram substratos semelhantes na compreensão, apontando desafios, deficiências, limitações (Financiamento, má gestão, Processo de trabalho, valorização profissional, condições de trabalho, deficiências no sistema de referência/contra-referência, regulação de pacientes e leitos, disponibilizações de consultas e procedimentos de média e alta complexidade, etc), contudo, sinalizando positivamente frente ao papel da Estratégia de Saúde da Família.

A premissa do estudo de que o conhecimento dos princípios, valores e atributos do SUS/APS/ESF fortalece a adesão ao serviço, se confirmou em parte, por ser observado que entre os entrevistados há Representações Sociais positivas sobre o SUS/APS/ESF, não sendo capaz, contudo, apenas o conhecimento imprimir uma mudança na práxis, necessitando do envolvimento de outros elementos. Sendo assim, existem outros componentes além do conhecimento do SUS/APS/ESF que induz a maior ou menor adesão dos trabalhadores.

Ainda há um caminho a ser percorrido na efetivação dessa reorientação do modelo. Existem desafios internos e externos que desestabilizaram o desenvolvimento ideal da ESF e que precisam ser superados:

- A visão ideológica de um *mix* de atenção primária seletiva e de primeiro nível de atenção;
- A baixa valorização política, econômica e social;
- O incipiente grau de institucionalização;
- A fragilidade institucional nos âmbitos do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- A carência de uma infraestrutura adequada;
- A baixa densidade tecnológica utilizada;
- A fragilidade dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico;

- A carência de equipes multiprofissionais operando de forma interdisciplinar;
- A fragilidade dos sistemas de informações clínicas, especialmente de prontuários clínicos familiares eletrônicos;
- A fragilidade gerencial expressa na gestão com base na oferta, no modelo esgotado de regulação;
- Ausência de gestão da clínica e na baixa profissionalização dos gestores;
- A pouca presença de controle social exercitado pelos Conselhos Municipais e Locais de Saúde;
- Os problemas educacionais da graduação e da pós-graduação dos profissionais de saúde;
- O problema da precarização das relações de trabalho;
- A ausência de modelos de atenção à saúde construídos com base em evidências;
- E o subfinanciamento. (MENDES, 2012, 2015).

Em pesquisas futuras, pode-se permear a triangulação de dados com a utilização de entrevistas (podendo ser em profundidade), questionário semiestruturado e observação, a fim de captar número maior de representações. Sugere-se também realizar estudo semelhante com os operadores da gestão do município e com o Conselho Municipal de Saúde para cruzamento de dados e fortalecimento da política local. Por fim, propomos a realização do I Seminário de Atenção Básica do município como fomento de reflexões e mudanças de práxis na saúde local. Finalizo apropriando-me das palavras da Profa. Carmen Teixeira quando diz [...] “Mas é importante que alguém sonhe de vez em quando, já trabalhamos muito e temos que continuar a sonhar”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, VSA. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ARCE, VAR; TEIXEIRA, CF. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). *Saúde Debate | Rio de Janeiro*, V. 41, N. Especial 3, P. 228-240, Set. 2017.

BISPO JÚNIOR, J. P. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. *Revista Saúde.com*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 79-89, 2005. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/43>. Acesso em: 5 maio. 2022.

BRAGA, JCS; OLIVEIRA, GC. Cad. Dinâmica do Capitalismo Financeirizado e o Sistema de Saúde no Brasil: reflexões sob as sombras da pandemia de COVID-19. *Saúde Pública*. 38 Sup 2:e00325020. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.*/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 100 p. (CONASS Documenta; 18). 2009.

_____. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 26/jan. 2023.

_____. Lei 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*. 20 set. 1990.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 31 dez. 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual para a organização da Atenção Básica*. 2. ed. Brasília: MS; 1999.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. [página na internet] 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acessado em dez 2020.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. 2. ed. Brasília: MS; 1998.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 229p. 2011

CAMPOS, GWS; DOMITTI, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev., 2007.

CAMPOS, GWS. Reforma da reforma: Repensando a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

_____. (Org.) Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Modelos Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate. In: Campos GWS. Planejamento sem normas. 2ª ed. São Paulo: Hucitec. p. 53-60. 1994

CARDOSO, AJC. PEREIRA, MF. SHIMIZU, HE. Planejamento participativo em saúde: teoria e prática. In: SHIMIZU, HE; PEREIRA, MF; CARDOSO, AJC. (Org.). Política, planejamento e gestão participativa em saúde. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2018. p. 55-125. <http://livros.unb.br/index.php/portal/catalog/book/14>. Acesso em: 08/08/2019.

CARDOSO, AJC. Planejamento em Saúde. Módulo II. Brasília, DF: ENAP, 38 pp., 2013.

CARDOSO, AJC. VIRGENS, GJ. FREITAS JÚNIOR, PB. A Educação Sanitária realizada pela APS e as medidas adotadas pelas famílias para o enfrentamento da Covid-19 em município da Bahia. In: FARIA, L; ALVAREZ, RC; CARDOSO, AJC; GUIMARÃES, JMM; SANTOS, LAC; PEREIRA, MF. (Orgs.). Educação e Saúde na Atenção Primária: história e memória. São Paulo: Hucitec, 2022.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, outubro 2017.

CARVALHO, DS et al. Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde no Brasil: avanços e desafios. Saúde Debate | Rio de Janeiro, V. 46, N. 135, P. 1215-1237, Out-Dez 2022.

CECILIO, LCO. Modelos Técnicoassistenciais em Saúde: da Pirâmide ao Círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública, 13(3): 469-478, jul.-set. 1997.

CECILIO, LCO. REIS, AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. Cad. Saúde Pública 2018.

_____. As Necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, RA. (Orgs.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2001.

CISLAGHI, JF. TEIXEIRA, SO. SOUZA, TO Financiamento do SUS: principais dilemas. Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos. IPEA. 2011.

COARACI (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde (PMS 2014/2017). Bahia, 2017.

COSTA, MBS, et al. Atuação do Enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. R. Bras. Enferm. , Brasília, v. 53, n. especial, p. 1 49-1 52, dez. 2000

DICIONÁRIO em Só Filosofia. Virtuous Tecnologia da Informação, 2008-2023. Disponível na Internet em <http://www.filosofia.com.br/dicionario.php>. Acesso em: 20/01/2023

DIEESE. A inserção ocupacional na área da saúde. Boletim Emprego em Pauta. Nº 19 – maio de 2021. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimempregoempauta/2021/boletimEmpregoEmPauta19.pdf> Acesso: 25/01/2023

DOMINGOS, CM et al. A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(3):e00181314, mar, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00181314>. Acesso em: 22/04/2022.

DRAGO, WA. (1998), "Mintzberg's "pentagon" and organization positioning", Management Research News, Vol. 21 No. 4/5, pp. 30-40. <https://doi.org/10.1108/01409179810781491>. Acesso em: 22/04/2022.

FERNANDES, VC. SPAGNUOLO, RS. Construção de práticas emancipatórias com conselheiros de saúde por meio de oficinas educativas e mapas conceituais. Ciência & Saúde Coletiva, 26(2):387-398, 2021

FERTONANI, HP et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva, 20(6):1869-1878, 2015.

FIA BUSINESS SCHOOL. Narcisismo no trabalho: o que é, características e como lidar. Blog. Disponível em: <https://fia.com.br/blog/narcisismo-no-trabalho/> Acesso em: 24/01/2023.

FIGUERIA, MCS. Atributos da atenção primária na saúde fluvial pela ótica de usuários ribeirinhos. Saúde Debate | Rio de Janeiro, V. 44, N. 125, P. 491-503, Abr-Jun 2020.

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 213 p. 2005.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. PenseSUS/A reflexão fortalece essa conquista. Participação Social [internet]. [Rio de Janeiro]: Fiocruz; [data desconhecida] Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/participacao-social>. Acesso em: 16/02/2023.

GODOY, AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. RAE - Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOMES, JFF. ORFÃO, NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, V. 45, N. 131, P. 1199-1213, Out-Dez 2021.

GONÇALVES, WM. SILVA, TN. Revisitando o Conceito de Mecanismo de Coordenação: Confiança com um Mecanismo de Coordenação na Análise de Formas Organizacionais Plurais no Agronegócio. *RGC*, Santa Maria, v2, n.3, Págs. 15-26, Jan/Jun. 2015.

HERNANDES, ESC. VIEIRA, L. A guerra tem rosto de mulher: trabalhadoras da saúde no enfrentamento à Covid-19. ANESP. 2020. Disponível em: <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-covid-19>. Acesso: 25/01/2023.

JESUS, MCP et al. A Fenomenologia Social de Alfred Schütz e sua contribuição para a Enfermagem. *Estudo Teórico. Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(3):736-41 www.ee.usp.br/reecusp/ Acesso em: 23/05/2022.

LIMA E SILVA, R. de.: Estrutura e dinâmica das organizações (escolares). *Revista Iberoamericana de Educación* (ISSN: 1681-5653). Vol. 36 Núm. 8. 2005.

MARIANO, CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gatos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Revista de Investigações Constitucionais*, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017. DOI:10.5380/rinc.v4i1.502. Acesso em: 23/05/2023

MARTIN, JG. GUIMARÃES, GS. A Teoria das Estruturas Organizacionais de Mintzberg: Análise de uma Estrutura Organizacional da Startup – Target situada no Município de Belém/Pa e sua Contribuição para a tomada de decisão. 2018.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4):1181-1188. 2020.

MELO, EA et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 42, Número Especial 1, p. 38-51. DOI: 10.1590/0103-11042018S103. Setembro 2018.

MERHY, EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, p.117-160.1994.

_____. *Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.

MEHRY, EE; FEUERWERKER, LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy, E. E., Baduy, R. S., Seixas, C. T., Almeida, D. E. S., & Slomp Júnior, H. (Orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes* (pp. 61-74). Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MEHRY, EE. & FRANCO, TB., *Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas*

Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MENDES EV. As Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-2305, 2010.

_____. *A Construção Social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 193 p.: il. 2015.

_____. *O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o Imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família*. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 512 p.: il. 2012.

_____. *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1995.

MONKEN, M; DE MIRANDA GONDIM, GM; BATISTELLA, CEC. **Entrevista: Carmen Teixeira**. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6, n. 1, 2008. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/1738>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MONTI, JFC. O modelo assistencial. In: CARVALHO, Gilson. *Reflexões sobre a atuação do SUS nos próximos anos: Caminho das Políticas Públicas Sanitárias no Brasil*. Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Outubro-dezembro de 2022.

MOROSINI, MVGC. FONSECA, AF. LIMA, LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate | Rio de Janeiro*, V. 42, N. 116, P. 11-24, JAN-MAR 2018.

OLIVEIRA, AL. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. *Encontros Teológicos* nº 61 Ano 27 / número 1 / , p. 31-42. 2012.

PAIM, JS. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN, organizadores. *Epidemiologia e Saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; p. 567-586. 2003.

_____. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 547-573. 2008.

_____. *O que é o SUS*. / Jairnilson Silva Paim. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, (Coleção Temas em Saúde) 1. Sistema Único de Saúde. 2. Reforma dos Serviços de Saúde. 3. Sistemas de Saúde. 4. Direito à Saúde. I. Título. 93 p. 2015.

PAGLIOSA, F, Luiz Da Ros MA. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *ver. Bras. de Educ. Méd.* , 32(4):492-499. 2008.

PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe. In: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PEDUZZI, M. & PALMA, JLL. A Equipe de Saúde. In: SCHRAIBER, LB. (Org.) *Saúde*

do Adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996.

PEREIRA, SSS. QUITO, MV. NOAS : Houve Impacto para o SUS? Revista de Direito Sanitário, vol. 5, nº 1, março de 2004.

PIMENTEL, Joamara de Oliveira et al. SUS para todos, para pobres ou para ninguém? A visão de estudantes de Educação Física. Editora Unijuí – Revista Contexto & Saúde – ISSN 2176-7114 – v. 21, n. 43, jul./set. 2021.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: investigações em psicologia social / Serge Moscovici: editado em inglês por Gerard Duveen: traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. -5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

ROCHA, LF. Teoria das Representações Sociais: a Ruptura de Paradigmas das Correntes Clássicas das Teorias Psicológicas. Psicologia: Ciência e Profissão, 34 (1), 46-65. 2014.

SAMPAIO, RC. Análise de conteúdo categorial: manual de aplicação / Rafael Cardoso Sampaio, Diógenes Lycarrião. -- Brasília: Enap, 2021.

SANTOS, L. Direito à saúde e a RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde. [internet]. [São Paulo]: IDISA; [data desconhecida]
Disponível em: <https://abrir.link/kiint>. Acesso em: 16/02/2023.

SILVA, AH; FOSSÁ, MIT. Análise de Conteúdo: Exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. Qualit@s Revista Eletrônica ISSN 1677 4280 Vol.17. No 1 2015.

SILVA, BT; LIMA IMSO. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: uma revisão Integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, 26(1):319-328, 2021.

SILVA, CR, GOBBI, BC, SIMÃO, A.A. O uso da Análise de Conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: Descrição e aplicação do método. Organizações Rurais & Agroindustriais [en línea]. 2005, 7(1), 70-81. ISSN: 1517-3879. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87817147006>. Acesso em: 14/07/2021.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

TEIXEIRA, CF. PAIM, JS., and VILASBÔAS, AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 49-60. ISBN 978-85-7541-325-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 14/05/2021.

TEIXEIRA, CF., and SOLLA, JP. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Saladeaula series, nº3. ISBN 85-232-0400-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 14/05/2021.

TEIXEIRA, MGLC. PAIM. JS. Os Programas Especiais e o Novo Modelo Assistencial. Cad Saúde Publica. 6(3):264-277. 1990.

THIRY-CHERQUES, HR. Max Weber: o processo de racionalização e o desencantamento do trabalho nas organizações contemporâneas. rap — Rio de Janeiro 43(4):897-918, JUL./AGO. 2009.

TREVIZAN, MA. et al. Estrutura Teórica do Modelo Mintzberg. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 8(2): 236 - 243, Jul. 1987.

TRIANI, FS. NOVIKOFF, C. Resenha do livro “Representações Sociais: investigações em Psicologia Social”, escrito por Serge Moscovici, Editora Vozes, 2009. Revista Magistro - ISSN: 2178-7956. vol.2 n.12 (2015). www.unigranrio.br. Acesso em: 23/12/2022.

WACHELKE, JFR. CAMARGO, BV. Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. R. interam. Psicol. 41(3), 2007.

WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED HEALTH CARE SERVICES – Workshop on Integrated Care. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.

URBANAVICIUS JÚNIOR, V. Parâmetros organizacionais de Mintzberg: Análise da Estrutura Organizacional de um Programa Interinstitucional de Pré-incubação de Empresas no município de Itajubá, MG. 138 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-graduação em Administração, UMESP, São Bernardo do Campo. 2008.

UFPEL. A História da Saúde Pública no Brasil. Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pelotas, RS. Acesso em: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/timeline.html>. Acesso em: 15/02/2023.

APÊNCIDE A - Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido – TCLE



Universidade Federal do Sul da Bahia
Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva –
Modalidade Especialização - PPG-ESC



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
TCLE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada ***Representações Sociais de Trabalhadores de Saúde de um município do interior da Bahia acerca do SUS e da Atenção Primária à Saúde***, sob a responsabilidade dos pesquisadores Antônio José Costa Cardoso, docente da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Genilson Jesus das Virgens, discente dessa mesma Instituição.

Essa pesquisa tem por objetivo Conhecer e analisar as Representações Sociais de trabalhadores duas Unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Coaraci, e sua adesão aos princípios e valores, do SUS e da APS à luz da disputa entre modelos assistenciais em saúde. Estudo descritivo e exploratório do tipo Estudo de Casos, com abordagem qualitativa, envolvendo a Instituição de Ensino Superior Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) e a Secretaria Municipal de Saúde de Coaraci.

O universo da pesquisa compreende profissionais Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Odontólogos, Técnico e/ou Auxiliar em Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde de 02 Equipes da Estratégia Saúde da Família, rural e urbana deste município. Caso você concorde em participar deste estudo será necessário participar de uma entrevista conduzida pelo pesquisador responsável pelo estudo. Caso haja necessidade você poderá responder também um pequeno questionário semiestruturado versando sobre questões sócio-demográficas e suas percepções quanto ao trabalho que desenvolve em seu cenário. O tempo estimado da Entrevista será de 20 minutos. Já o questionário semiestruturado terá um tempo de aproximadamente 05 minutos.

Embora de “risco mínimo”, podem ser considerados riscos a possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; estresse; quebra de sigilo; cansaço ao responder às perguntas e quebra de anonimato.

Para minimizar os riscos aos quais os participantes poderão estar expostos (a), a participação neste estudo será mantida em caráter confidencial, o nome não aparecerá no questionário e nem em nenhum outro material produzido. Todas as informações coletadas no estudo serão mantidas confidencialmente. Os dados serão armazenados em um computador e o nome não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Todo material coletado será armazenado por 05 anos, sendo após esse período descartado adequadamente preservando o anonimato dos participantes. Se julgar necessário, os (a) participantes disporão de tempo para que possam refletir sobre sua contribuição ao estudo, tendo o direito de desistir em qualquer tempo e em qualquer etapa desse estudo. A fim de minimizar desconfortos e possíveis estresses, será garantido local reservado e liberdade para não responder questões

constrangedoras. Será garantido que os pesquisadores sejam habilitados ao método de coleta dos dados. Atenção aos sinais verbais e não verbais de desconfortos e estresses. Serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes dos participantes da pesquisa. Os pesquisadores e a Instituição assumirão a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. As entrevistas serão realizadas em ambiente amplo e arejado, respeitando as normas de distanciamento e contato entre os participantes da pesquisa e a utilização de meios necessários para minimizar a possibilidade de contato e contágio, tais como: uso de máscaras, álcool em gel, disposição das cadeiras promovendo o espaço necessário entre os participantes conforme protocolos de saúde (mínimo de 1 metro), ambiente ventilado.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), você tem garantia de que esta pesquisa está sendo realizada sob rigorosos princípios científicos e éticos. De todo o modo, caso ocorra qualquer que seja o dano decorrente da sua participação no estudo, estão assegurados a você o direito a indenizações e cobertura material para reparação do dano, conforme determina a Resolução CNS nº 466 de 2012. Ressalta-se ainda que você tem o direito à assistência integral gratuita caso ocorram danos diretos e/ou indiretos e imediatos e/ou tardios decorrentes da sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Os benefícios que você terá em participar desta pesquisa inclui o retorno social e para as equipes de saúde da família por meio da compreensão do papel essencial da Estratégia de Saúde da Família no SUS. A sua participação neste estudo é voluntária. Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação. Caso aceite participar, você poderá retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo a você e com validade a partir da data da comunicação da decisão. Para isto, você deve fazer esta solicitação via e-mail. Os pesquisadores responsáveis por este estudo estão à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida que surja sobre o referido estudo, por telefone ou e-mail.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas vias, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a) e pelos pesquisadores, ficando uma via com cada um. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Genilson Jesus das Virgens no celular (73) 99109-3902 e na Avenida Itapitanga, 302, Centro, Coaraci - Bahia, CEP 45638-000, no e-mail: genilsonvirgens@hotmail.com. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) pelo e-mail: cep@ufsb.edu.br e no seguinte endereço: Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A, Bairro Monte Castello, Teixeira de Freitas, Bahia, CEP – 45996-108 – Em frente ao Posto e Hotel Skalla. Horário de funcionamento: De Segunda – feira a Sexta – feira das 09h00 às 12h00 e de 14h00 às 17h00. Telefone: (73) 3291-2089 / 3292-5834. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Consentimento Pós-Infomação: Eu _____ aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Local e Data: _____, ____/____/_____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do(s) pesquisador(es)

APÊNCIDE B - Termo de Anuência Institucional – TAI



PREFEITURA MUNICIPAL DE COARACI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – TAI

Eu, *Maria Luiza Santos da Silva*, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Coaraci, estou ciente, de acordo e autorizo a execução da pesquisa intitulada:

Representações Sociais de Trabalhadores de Saúde de um município do interior da Bahia acerca do SUS e da Atenção Primária à Saúde, coordenada pelo pesquisador *Genilson Jesus das Virgens*.

Declaro conhecer e cumprir a Resolução 466/2012 do CNS; afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo; e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança/bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

Coaraci, 01 de Novembro de 2021

Maria Luiza Santos da Silva
Secretária Municipal de Saúde de Coaraci

APÊNCIDE C - Instrumento de Coleta Entrevista Individual

**(QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO)
PERFIL DO ENTREVISTADO****I - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Nome: _____

Nome da Unidade de Saúde (UBS/USF): _____

1. Data de Nascimento: ____/____/____**2. Sexo:** Feminino Masculino**3. Cor/Raça Autoreferida:** Branca Preta Parda Indígena Amarela**4. Estado Civil:** Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a) Vive Junto**5. Nível Educacional:** Sem Escolaridade Fundamental incompleto Fundamental Médio incompleto Médio Superior incompleto Superior Pós-graduação**6. Faz quantos anos que você trabalha no município e na Unidade onde está lotado no momento?**

APÊNCIDE D – Instrumento de Coleta Entrevista



PESQUISA: Representações Sociais de Trabalhadores de Saúde de um município do interior da Bahia acerca do SUS e da Atenção Primária à Saúde

ENTREVISTA INDIVIDUAL

NOME DA USF:

MUNICÍPIO:

DATA DA ENTREVISTA:

NOME DO ENTREVISTADOR:

NOME DO ENTREVISTADO:

1. Como você compreende o SUS e a APS nosso país? Qual a importância dele para a sua profissão?
2. Qual o seu entendimento a respeito da ESF?
3. Por sua experiência teórica e/ou prática, quais as diferenças entre o trabalho realizado em uma UBS modelo tradicional e uma USF?
4. Você tem alguma crítica ou elogio ao modelo de atenção em saúde vigente no país?

APÊNCIDE E – Termo de Autorização de Imagem e Som



UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPPG

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM

Eu, _____, nacionalidade _____, estado civil _____, portador da Cédula de identidade RG nº. _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente à Av./Rua _____, nº. _____, município de _____/Bahia. AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre imagens de vídeo, fotos e documentos, para ser utilizada na **Pesquisa**, intitulada "**Representações Sociais de Trabalhadores de Saúde de um município do interior da Bahia acerca do SUS e da Atenção Primária à Saúde**" e em artigos científicos advindos da pesquisa.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional, podendo ser utilizada das seguintes formas: (I) home page; (II) mídia eletrônica (vídeo-tapes, televisão, cinema, entre outros).

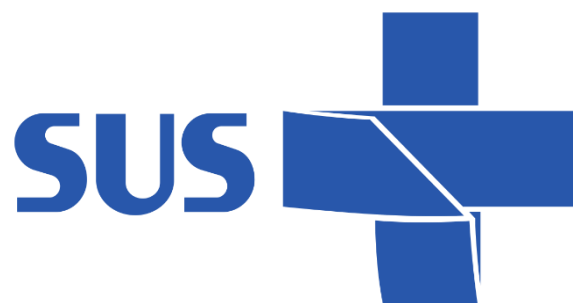
Fica ainda **autorizada**, de livre e espontânea vontade, para os mesmos fins, a cessão de direitos da veiculação das imagens não recebendo para tanto qualquer tipo de remuneração. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

Coaraci, ____ de abril de 2022

(Assinatura)

Telefone p/ contato: () _____

APÊNCIDE F – Proposta de Projeto para Seminário



I SEMINÁRIO DA ATENÇÃO BÁSICA DE COARACI: RECONHECENDO PARA AVANÇAR

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
PROFSAÚDE - UFSB**

Prefeitura Municipal de Coaraci
Secretaria Municipal de Saúde
PROFSAÚDE - UFSB

EQUIPE ORGANIZADORA

Maria Luiza – Secretária de Saúde
Diego Papa – Presidente do CMS
Maria José – Coordenadora da Atenção Básica
Paloma – Coordenadora da Saúde Bucal
Rafaela – Coordenadora do CAPS
Nea – Coordenadora de Avaliação e Monitoramento
Genilson das Virgens – Estudante PROFSAÚDE
Antonio José Cardoso – UFSB
Ana Caroline Moura Cabral – Psicóloga

APOIO



APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS, completou 30 anos de instituído em 19 de setembro de 2020, uma data tanto histórica, quanto muito significativo para todos os brasileiros. A efetiva promulgação da Lei Orgânica da Saúde a Lei 8.080/90, em um país continental como o nosso, propor um sistema de saúde totalmente Universal, é um desafio descomunal por seus inúmeros obstáculos locais (Brasil, 1998). A Reforma Sanitária, movimento esse que foi fundamental e integrou o Movimento de Redemocratização do país, inaugurou em nossa Constituição todo um capítulo voltado à saúde.

A adoção pelo nosso sistema de saúde do “Conceito de Atenção Primária à Saúde” é a melhor resposta para dá a sustentabilidade que o SUS necessita. Tendo como marco histórico e conceitual a Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS), segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), deve compor a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde de determinada população. Em nosso país, ela abarca um forte componente social e é responsável pelas ações de saúde pública. Na concepção de Starfield (2002), a APS possui alguns atributos que a torna imprescindível para a concepção de modelo de saúde adotado a partir da concepção do SUS: Atenção ao Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação do Cuidado (Integração), Centralização na Família, Orientação Comunitária e Competência Cultural.

Frente a esses desafios e na perspectiva de refletir, rediscutir para avançar é que esse Seminário visa ser um espaço de construção social, de fortalecimento de uma política de Estado tão significativa para a nossa nação. Nele diversos atores, sejam eles agentes das práticas, comunidade em geral, Controle Social do SUS, organismos e organizações discutirão o fortalecimento de nossa APS e conseqüentemente de nosso Sistema de Saúde

Será uma atividade envolvendo a parceria com Prefeitura Municipal de Coaraci/Secretaria da Saúde, demais Prefeituras da Zona 4, Almadina, Itajuípe e Itapitanga, o Conselho Municipal de Saúde de Coaraci, a Universidade Federal do Sul da Bahia – USFB, Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, a ETEI e a IEPROL.

PROGRAMAÇÃO

Data: 19 de Setembro de 2023 (Aniversário do SUS)

Local: Clube Social de Coaraci ou Centro Comunitário Santa Bernadete

Horário: 08h00 – 12h00 das 13:30 – 16:30

Público: Profissionais da Secretaria de Saúde, comunidade em geral, Conselheiros de Saúde.

08h – Credenciamento

08h20 – Mesa Institucional

1. Prefeito de Coaraci
2. Presidente do CMS
3. Sec. de Saúde de Coaraci
4. Coordenação da Atenção Básica
5. UFSB
6. UESC

08h30 – Mesa – 35 anos de SUS – da sua conquista à consolidação: os desafios ainda presentes.

Mediadora: **Ana Caroline Moura Cabral**, psicóloga CRP-03/5541

1. Debatedores:
2. Prof. Dr – **Antônio José Cardoso**, docente da UFSB
3. Prof. Dra – **Soraya Dantas Santiago**, docente da UESC
4. Membro do Conselho Estadual de Saúde

10h30 – Debate

11h30 – Encerramento

Horário: 13h30 – 16h30

Público: Profissionais da Secretaria de Saúde, comunidade em geral, Conselheiros de Saúde.

13h30 – Mesa – A Atenção Básica enquanto reorientadora de nosso modelo de saúde e sua vicissitudes. Resultado de pesquisa (devolutiva)

Mediadora: **Mary Lúcia Argolo**, Auditora em Saúde - Coaraci

5. Debatedores:
6. Prof. Dr – **Antônio José Cardoso**, docente da UFSB
7. Enf. Ms – **Genilson Jesus das Virgens**, PROFSAÚDE - UFSB
8. Odont. Ms – **Tamine Habib**, PROFSAÚDE - UFSB

15h00 – Intervalo

15h30 – Debate

16h00 – Apresentação do filme:

9. **O SUS QUE QUEREMOS**

16h30 – Encerramento

RECURSOS:

MATERIAL	
01	Translado dos Professores: Antônio José Cardoso e Soraya Santiago
02	Translado da Ms: Tamine Habib
03	Alimentação de: Antônio José Cardoso, Soraya Santiago e Tamine Habib
04	Lanche: bolo de pote, salada de frutas e suco de frutas, água e café
05	Pastas, papel, caneta,
06	Toalhas, arranjo
07	Caixa de som, microfone, tela, notebook Datashow
08	Lembranças para os convidados – preferência produtos regionais
09	Blusas
10	Certificado
11	Card, convite
12	Homenagem
13	Material de ornamentação do espaço
14	
15	
16	
17	
18	

ANEXO A – Curso de capacitação realizado pelo pesquisador



CERTIFICADO

Certificamos que Genilson Jesus Das Virgens concluiu e realizou satisfatoriamente as tarefas propostas no curso "A entrevista na abordagem qualitativa da pesquisa: do planejamento à transcrição", com carga horária total de 30 horas de atividades síncronas e assíncronas, realizado entre 25 de janeiro a 8 de fevereiro de 2021.

Rio de Janeiro, 01 de março de 2021.

Diana Paula Gattieres Diaz de Azevedo
Coordenadora do Curso