



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**ENTRE O DISCURSO MORAL E A PRÁTICA COTIDIANA**

A Universalidade do acesso, as políticas públicas e os modos de  
produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde

**DOUTORADO**

**Erica Lima Costa de Menezes**

**Florianópolis, 2018**



Erica Lima Costa de Menezes

## **ENTRE O DISCURSO MORAL E A PRÁTICA COTIDIANA**

A Universalidade do acesso, as políticas públicas e os modos de produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Coorientadora: Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer

Florianópolis

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Menezes, Erica Lima Costa

Entre o Discurso Moral e a Prática Cotidiana: A Universalidade do acesso, as políticas públicas e os modos de produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde / Erica Lima Costa Menezes ; Orientadora, Marta Inez Machado Verdi ; coorientadora, Magda Duarte dos Anjos Scherer.

176 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2018.


Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Acesso Universal aos Serviços de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Bioética Cotidiana. 5. Ergologia. I. Verdi, Marta Inez Machado II. Scherer, Magda Duarte dos Anjos. .III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

**ENTRE O DISCURSO MORAL E A PRÁTICA COTIDIANA – A  
UNIVERSALIDADE DO ACESSO, AS POLÍTICAS PÚBLICAS E  
OS MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE.**

Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de  
Doutor (a) pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 16 de agosto de 2018.

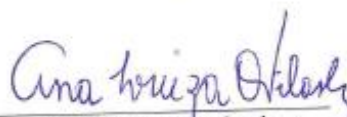


Prof. Josimari Telino de Lacerda, Dra.  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**



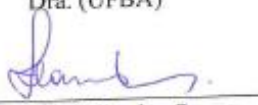
Prof. Marta Inez Machado Verdi, Dra.  
(UFSC) Orientadora



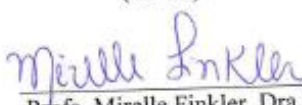
Prof. Ana Luiza Queiroz  
Vilasboas,  
Dra. (UFBA)



Prof. Denise Elvira Pires de  
Pires, Dra.  
(UFSC)



Prof. Flávia Regina Souza  
Ramos, Dra.  
(UFSC)



Prof. Mirelle Finkler, Dra.  
(UFSC)



“Te amo de dia, te amo de noite, te amo no mar, na terra, no céu e no ar,  
te amo em qualquer lugar.”

Lua Menezes Pinto, 2015

Para Lua, toda minha gratidão.

Pequena grande companhia que desde cedo colocou sua mochilinha nas  
costas e, em nossas andanças, vem acompanhando os meus desejos.  
Espero que entenda os meus sonhos e espero que nela, nutra um tanto de  
outros sonhos.





## AGRADECIMENTOS

A todas e todos que acreditam e lutam por uma sociedade mais justa e igualitária e que entendem como papel do Estado a garantia do direito à saúde e educação de qualidade para todas às pessoas. Graças a elas, por elas e com elas, sou quem sou, estou onde estou e construo a minha vida pessoal e profissional;

Às minhas queridas orientadoras Marta e Magda. À Marta pela acolhida, pela construção conjunta desses 04 anos de doutorado e por me apresentar um outro modo de olhar e de lutar, a partir das lentes da bioética social. À Magda, minha eterna orientadora, amiga, parceira de sonhos e realizações. Com ela aprendi tanto sobre a vida na universidade, na pesquisa e na vida. Grata pelas longas conversas e por me acompanhar de forma tão próxima e amorosa desde 2011;

A Ana Paula Marques, por ter possibilitado a realização do doutorado sanduíche na Universidade do Minho e os quatro meses enriquecedores para minha vida pessoal e profissional em Portugal;

A mulheres que compõem a banca: Ana Luiza, Mirelle, Denise e Flávia, meu reconhecimento pela trajetória profissional de vocês e minha gratidão por serem parte da minha história na saúde coletiva;

À Fernando Hellmann e Maria Claudia, por terem aceitado ser membros suplentes da banca e, por mais do que isso, pela parceria, pelo companheirismo e por serem as pessoas que são. Sou fã de vocês;

A Lua, por ser tão corajosa e por me mostrar, todo o dia, o que realmente vale a pena ser vivido. Por ser meu equilíbrio e por me fazer sentir tanto amor;

A minha mãe Nilza e ao meu pai Raul, por se divertirem, aproveitarem e me apoiarem nesses anos de mestrado e doutorado entre Brasília, Florianópolis e Portugal. Sem vocês tudo seria mais difícil;

Aos meus irmãos, cunhadas, sobrinhas e sobrinho por me mostrarem que cabe sempre mais quando se trata de amor. As minhas irmãs por me mostrarem que sempre existe algo que precisamos superar;

A minha prima-irmã Nília e ao meu afilhado João. Nunca imaginei que a saúde coletiva, o SUS e a nossas vidas profissionais

pudessem nos tornar ainda mais próximas. Muito orgulho da mulher, mãe e profissional que você se tornou. A João pelo amor mais que especial que estamos aprendendo com você.

A Galera esperta, Naves fora e Fulerinhas, vocês são parte de quem sou. É uma felicidade sem tamanho ter vocês sempre por perto.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho em Saúde e ao Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva por me mostrarem que fazer pesquisa de forma coletiva é muito, muito mais prazeroso e potente.

Aos Doutorandos Anônimos Claudinha, Liane, Ana e Fernando pelo apoio e pelas trocas fundamentais à sobrevivência no doutorado.

À Daniela, Charleni, Ana Carolina e toda a equipe que desenvolveu a pesquisa “Estratégia Saúde da Família - Inovação tecnológica para ampliação do acesso, da qualidade e promoção de saúde bucal na atenção básica, estudo multicêntrico” que gerou ricos e bons frutos.

À Melissa por ter sido mais que colega nesses quatro anos. Pelas discussões políticas, pelas dicas, pela militância, pelo apoio, pelos lanches compartilhados. Admiro sua força e seu caráter.

A Mônica, Kênia, Marcelo e Leo, por terem compartilhado comigo dias de luta e prazer. Com vocês aprendi mais sobre endurecer sem perder a ternura. As suas famílias: a Andrea, Fran, Diego e Yoel e as crianças, por terem nos apoiado e acolhido em Florianópolis.

A Marina, Renê, Natalía, Juliana, Laura, Marina, Gabi, Caique e Luciane por terem sido minha família em Floripa.

A Daniela por ser minha amiga e médica da alma, sem você tudo também teria sido mais difícil. A Aline, por ser sempre ouvidos, mesmo na distância e a Taia pelos hospedagens físicas e amorosas.

A Amanda, Waleska e Luana pela parceria para viabilização do doutorado sanduíche. A Amanda por compartilhar o desejo e a coragem em seguir os sonhos. A ela, Jonathan e Carolina Bela por terem reafirmado toda a potência do amor.

À Daniela, por me mostrar caminhos mais leves e felizes além-mar.

A todas e todos da Diretoria de Atenção Básica e ao Núcleo Técnico Científico de Telessaúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, por entenderem o meu momento.

Ao aquário pela amizade e a Daiana e Rosana pelas mulheres guerreiras que são e companheiras que tem sido. As Adelaides, pelas partilhas, mesmo que breves, mas que deram um toque especial a tese.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela concessão de bolsa de doutorado e do Programa de Doutorado-sanduíche no Exterior (PDSE) - Processo - 88881.132441/2016-01

As pessoas que utilizam, trabalham e constroem o SUS cotidianamente. Seguiremos juntas e juntos!



## RESUMO

O Sistema Único de Saúde, como principal política social do Estado Brasileiro, consolida a saúde como direito de todas as pessoas, sem qualquer distinção excludente, e tem como um dos princípios organizativos a universalidade do acesso. O acesso é entendido como a capacidade multidimensional dos serviços e sistemas de saúde de dar uma resposta resolutiva às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, configurando-se como um dos pré-requisitos essenciais e parte constituinte de/para construção da atenção à saúde com qualidade. Neste estudo analisou-se as diretrizes que ancoram e organizam o processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde, no sentido de garantir a universalidade de acesso aos serviços de saúde como componente central na efetivação do SUS como política social, a partir dos referenciais teóricos da Bioética Cotidiana e da Ergologia. A tese defendida é que as Políticas Públicas para APS, apesar de elaboradas a partir do ideário e dos valores oriundos da Reforma Sanitária e presentes tanto na Constituição de 88, quando nas leis que regulamentam o SUS, carregam em si interesses que por vezes se aproximam e por vezes se afastam da garantia da consolidação do princípio da universalidade do acesso, sendo influenciadas e influenciando os modos de produção do cuidado dos trabalhadores de saúde de maneiras distintas historicamente. Utilizou-se metodologia qualitativa e aproximações da realidade estudada em diálogo com os referenciais teóricos de escolha. As aproximações se deram a partir de estudo empírico com Equipes de Saúde da Família das regiões centro-oeste e sul do Brasil e por meio de pesquisa documental de documentos do Departamento de Atenção Básica e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, vinculados ao financiamento da gestão federal e publicadas no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2017. Os resultados demonstraram a existência de elementos do trabalho das equipes de saúde que influenciam a capacidade do serviço em assegurar o acesso, como a formação, a experiência e o domínio das normas; a satisfação no trabalho; a gestão e organização do processo de trabalho; o trabalho coletivo e a integração/interação com a comunidade, bem como a presença, nos documentos institucionais analisados, de ações relacionadas a cada um dos elementos identificados. Algumas dessas ações demonstram avanços para garantia da universalidade do acesso, como as propostas para formação e qualificação profissional na graduação e pós-graduação, o incentivo ao desenvolvimento do acolhimento à demanda espontânea, o

estabelecimento de processos de avaliação para melhoria do acesso e da qualidade e a ampliação do escopo de ações das UBS; outras orientam o trabalho das equipes de saúde para o modelo de cobertura universal de saúde quando, por exemplo, incentivam a implantação de equipes de Atenção Básica com redução da composição multiprofissional das equipes, flexibilização da carga horária dos trabalhadores, do horário de funcionamento das unidades e do número máximo de pessoas adscritas.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Cobertura Universal; Bioética.

## ABSTRACT

The Unified Health System, as the main social policy of the Brazilian State, consolidates health as the right of all people, without any exclusionary distinction, and has as one of the organizational principles the universality of access. Access is understood as the multidimensional capacity of health services and systems to give a resolute response to the health needs presented by users, becoming one of the essential prerequisites and a constituent part of the construction of health care with quality. This study aimed to analyze the guidelines that anchor and organize the work process of Primary Health Care teams, in order to guarantee universality of access to health services as a central component in the implementation of SUS as social policy, based on the theoretical references of Bioethics in Everyday's Life and Ergology. The thesis defended is that the Public Policies for PHC, although elaborated from the ideals and values derived from the Sanitary Reform and present in both the Constitution of 1988, and in the laws that regulate the SUS, carry in themselves interests that sometimes approach and sometimes depart from the guarantee of the consolidation of the principle of universality of access, being influenced and influencing the modes of production of care of health workers in different ways historically. We used a qualitative methodology and approximations of the reality studied in dialogue with the theoretical frame of choice. The approaches were based on an empirical study with Family Health Teams of the central-western and southern regions of Brazil and through documentary research using laws, ordinances, reports, manuals and technical publications, of the Department of Basic Attention and the Secretariat of Management of Work and Education in Health of the Ministry of Health, linked to the financing of federal management and published in the period from January 2011 to December 2017, whose contents presented guidelines for the health practices of Primary Health Care teams. The results demonstrated the existence of elements of the work of health teams that influence the service's ability to ensure access, such as training, experience and knowledge of standards; job satisfaction; the management and organization of the work process; the collective work and the integration / interaction with the community, as well as the presence in the institutional documents analyzed of actions related to each one of the elements identified. Some of these actions demonstrate advances in ensuring the universality of access, such as proposals for training and professional qualification in undergraduate and postgraduate courses,

encouraging the development of the host to spontaneous demand, establishing evaluation processes for improving access and quality and the expansion of the scope health actions of the Basic Health Units, others guide the work of health teams towards the model of universal health coverage when, for example, they encourage the implementation of Primary Care teams with reduction of the multiprofessional composition of the teams, flexibilization of the hours of the professionals, the hours of operation of the units and the maximum number of persons assigned.

**Keywords:** Health Unic System; Primary Health Care; Health Services Accessibility; Universal Coverage; Bioethics.



## RESUMEN

El Sistema Único de Salud, como principal política social del Estado Brasileño, consolida la salud como derecho de todas las personas, sin ninguna distinción excluyente, y tiene como uno de los principios organizativos la universalidad del acceso. El acceso es entendido como la capacidad multidimensional de los servicios y sistemas de salud de dar una respuesta resolutive a las necesidades de salud presentadas por los usuarios, configurándose como uno de los prerrequisitos esenciales y parte constituyente para la construcción de la atención a la salud con calidad. En este estudio se analizó las directrices que anclan y organizan el proceso de trabajo de los equipos de Atención Primaria a la Salud, en el sentido de garantizar la universalidad de acceso a los servicios de salud como componente central en la efectividad del SUS como política social, a partir de los referencias teóricas de la Bioética Cotidiana y de la Ergología. A tesis defendida es que las Políticas Públicas para APS, a pesar de elaboradas a partir del ideario y de los valores oriundos de la Reforma Sanitaria y presentes tanto en la Constitución de 88, cuando en las leyes que regulan el SUS, cargan en sí intereses que a veces se aproximan y a veces se alejan de la garantía de la consolidación del principio de la universalidad del acceso, siendo influenciadas e influenciando los modos de producción del cuidado de los trabajadores de salud de maneras distintas historicamente. Se utilizó metodología cualitativa y aproximaciones de la realidad estudiada en diálogo con los referentes teóricos de elección. Las aproximaciones se dieron a partir de un estudio empírico con Equipos de Salud de la Familia de las regiones centro-oeste y sur de Brasil y por medio de investigación documental utilizando leyes, decretos, informes, manuales y publicaciones técnicas, del Departamento de Atención Básica y de la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en la Salud del Ministerio de Salud, vinculadas al financiamiento de la gestión federal y publicadas en el período de enero de 2011 a diciembre de 2017, cuyos contenidos presentaran orientaciones para las prácticas de salud de los equipos de Atención Primaria a la Salud. Los resultados demostraron la existencia de elementos del trabajo de los equipos de salud que influyen la capacidad del servicio en asegurar el acceso, como la formación, la experiencia y el dominio de las normas; la satisfacción en el trabajo; la gestión y la organización del proceso de trabajo; el trabajo colectivo y la integración / interacción con la comunidad, así como la presencia, en los documentos institucionales analizados, de acciones relacionadas a cada uno de los elementos

identificados. Algunas de estas acciones demuestran avances para garantizar la universalidad del acceso, como las propuestas para formación y calificación profesional en la graduación y posgrado, el incentivo al desarrollo de la acogida a la demanda espontánea, el establecimiento de procesos de evaluación para mejorar el acceso y la calidad y la ampliación del alcance de las acciones de las UBS. otras orientan el trabajo de los equipos de salud al modelo de cobertura universal de salud cuando, por ejemplo, incentivan la implantación de equipos de Atención Básica con reducción de la composición multiprofesional de los equipos, flexibilización de la carga horaria de los profesionales, del horario de funcionamiento de las unidades y el número máximo de personas adscritas.

**Palabras clave:** Sistema Unico de Salud; Atención Primaria a la Salud; Acceso a los Servicios de Salud; Cobertura Universal; Bioética.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1.** Modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde .....43

**Figura 2.** Relação entre os objetivos da pesquisa, a revisão de literatura e as escolhas metodológicas.....52

### Artigo 1

**Figura 1.** Fluxograma das etapas da revisão de literatura.....66

### Artigo 2

**Figura 1.** Elementos do trabalho que influenciam a capacidade dos serviços em assegurar acesso.....115



## LISTA DE QUADROS E TABELAS

**Quadro 1.** Lista de documentos analisados, segundo política/programa, tipo de documento e objeto foco da referida política.....57

**Quadro 2.** Elementos e componentes do trabalho como categorias analíticas transversalizadas pelos valores que influenciam a capacidade dos serviços em assegurar acesso.....59

### Artigo 1

**Quadro 1.** Sistematização dos resultados de acordo com aspectos gerais da publicação.....67

### Artigo 2

**Tabela 1.** Perfil dos participantes..... 114

### Artigo 3

**Quadro 1.** Lista de documentos analisados, segundo política/programa, tipo de documento e objeto foco da referida política..... 138

**Quadro 2.** Elementos e componentes do trabalho como categorias analíticas transversalizadas pelos valores que influenciam a capacidade dos serviços em assegurar acesso..... 140

**Quadro 3.** Relação entre elementos do trabalho que influenciam a capacidade dos serviços em assegurar acesso e as ações propostas pelo governo federal para APS no período de 2011 a 2017..... 152



## SUMÁRIO

<i>APRESENTAÇÃO</i> .....	25
<i>2 OBJETIVOS</i> .....	49
<i>2.1 Objetivo Geral</i> .....	49
<i>2.2 Objetivos Específicos</i> .....	50
<i>3 MÉTODO</i> .....	51
<i>4 MARCO CONTEXTUAL</i> .....	61
<i>5 MARCO TEÓRICO</i> .....	89
<i>6 RESULTADOS</i> .....	109
<i>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</i> .....	159
<i>REFERÊNCIAS</i> .....	165
<i>ANEXOS</i> .....	171





## APRESENTAÇÃO

Sou mulher, mãe, feminista e trabalhadora do Sistema Único de Saúde – aprendendo e compartilhando a necessidade de ser muitas em uma só;

Sou estudante e pesquisadora do trabalho na Atenção Primária à Saúde – aprendendo e compartilhando a complexidade da produção do cuidado em saúde;

Fui e comigo ficou a experiência no GT de DST/AIDS da Gestão Estadual da Vigilância Epidemiológica da Bahia – aprendendo e compartilhando o respeito a diversidade;

Fui e comigo ficou o apoio institucional aos municípios para implantação das políticas públicas para Atenção Básica – aprendendo e compartilhando a construção dialógica entre o possível e o mais que necessário;

Fui e comigo ficou os marcantes meses de trabalho na área de saúde da mulher e da criança indígenas na Secretaria Especial de Saúde Indígena – aprendendo e compartilhando a escuta e um outro olhar para coprodução do cuidado;

Fui e sou gestora, tutora, estudante e formuladora de processos de educação permanente que utilizam as tecnologias de informação e comunicação à distância – aprendendo e compartilhando modos de qualificar o cuidado e ampliar a troca e produção de conhecimento com trabalhadores onde quer que eles estejam;

Sou defensora do SUS e de uma sociedade que prioriza os valores de justiça social e solidariedade e, conseqüentemente essa tese também é.

A presente tese de doutorado, fruto dessa trajetória e da parceria entre o Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (NUPEBISC) e o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho em Saúde / CNPq do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília, dentro da linha de pesquisa que discute a relação entre a bioética e as políticas públicas, buscou analisar de que maneira as políticas públicas federais brasileiras para a Atenção Primária à Saúde, implantadas no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2017, orientaram a produção do cuidado das equipes

de saúde com vistas à consolidação do princípio da universalidade do acesso.

A tese foi resultado da combinação de dois estudos. O primeiro, recorte de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada com equipes de saúde, intitulada “Estratégia Saúde da Família - Inovação tecnológica para ampliação do acesso, da qualidade e promoção de saúde bucal na atenção básica, estudo multicêntrico”, coordenada pelo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho em Saúde GEPTS/UnB e financiada pelo CNPq. O segundo, uma pesquisa documental desenvolvida a partir dos dados de 29 documentos do Ministério da Saúde (MS), que continham elementos orientadores de práticas de saúde das equipes de atenção básica com objetivo de garantir a universalidade do acesso aos serviços e a efetivação do Sistema Único de Saúde como política social.

A tese está subdividida em oito capítulos, a saber: Introdução, Objetivos, Método, Marco Contextual, Marco Teórico, Resultados, Referências e Anexos. O Marco Teórico é apresentado em formato de capítulo de livro, já o Marco Contextual e os Resultados em formato de artigos. Dos três artigos que compõem a tese, dois já estão publicados e o capítulo do livro está no prelo.

O tema da tese é introduzido em diálogo com trechos e aspectos abordados no longa-metragem – Nise: o Coração da Loucura em homenagem aos quatro anos do doutorado e ao importante trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (NUPEBISC) – Bioética pelas Lentes do Cinema. Trata-se de uma atividade de extensão destinada a grupos de trabalhadores de saúde e estudantes de graduação e pós-graduação que tem buscado, por meio de obras cinematográficas, proporcionar reflexão e debate sobre questões bioéticas que envolvem o cotidiano da saúde, tanto no que se refere ao trabalho e instituições de saúde, bem como sua relação com as políticas sociais. O desenvolvimento da reflexão acerca de conflitos éticos que perpassam o cotidiano do trabalho em saúde se articula às demandas de formação ético-política para o SUS. Por meio da exibição e discussão de obras cinematográficas de temáticas bioéticas, busca-se a problematização da realidade e a

instrumentalização para a análise e posicionamento frente aos conflitos éticos no cotidiano da saúde.<sup>1</sup>

Além do filme, introduzem os capítulos desse documento, frases e resumos da biografia de mulheres que ao seu modo e no seu tempo histórico lutaram e construíram a possibilidade de sermos quem somos e estar onde estamos, em uma homenagem a minha filha, a minha mãe, a minha prima-irmã, as minhas tias, as minhas ancestrais, as minhas amigas-irmãs, as mulheres que compõem a banca de defesa, às mulheres que cruzaram o meu caminho e que me puxaram, às mulheres que puxei comigo e as minhas queridas orientadoras.

---

<sup>1</sup> Texto baseado no trabalho apresentado na Mostra Saúde Fazendo Arte do 12º Congresso Internacional da Rede Unida.





Há dez mil modos de pertencer a vida  
e de lutar por sua época"

Nise da Silveira

**Nise da Silveira**<sup>2</sup>, alagoana, fundadora (1946) da seção da terapêutica ocupacional no Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro; do Museu do Inconsciente no Centro Psiquiátrico do Rio (1952), responsável pela formação e presidente (1968) do grupo de estudos Carl Gustav JUNG; uma das fundadoras da Sociedade Internacional de Psicopatologia da Expressão, com sede em Paris; estudiosa de Machado de Assis; presa política durante o Estado Novo. Reconhecida por sua obra, recebeu condecorações, títulos e prêmios nas mais diferentes áreas do conhecimento: saúde, educação, arte, literatura etc.

## 1 INTRODUÇÃO

Em 2014, estávamos em mais um turno de observação, em uma das unidades participantes da pesquisa “Estratégia Saúde da Família - Inovação tecnológica para ampliação do acesso, da qualidade e promoção de saúde bucal na atenção básica, estudo multicêntrico”, e percebemos, como no dia anterior, que por volta das 10 horas da manhã a sala de espera já estava vazia. No discurso dos trabalhadores, a existência de uma grande

---

<sup>2</sup> \*LEAL, Luiz Gonzaga Pereira. Entrevista com Nise da Silveira. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 14, n. 1-3, p. 22-27, 1994 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931994000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931994000100005&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 June 018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931994000100005>.

demanda reprimida e de listas de espera com previsão de atendimento para dois ou três meses, a partir daquela data. Quando questionamos o motivo da contradição, algumas respostas nos foram dadas: a unidade havia sido assaltada no ano anterior e, com isso, o receio de ir até a comunidade e/ou de deixar a unidade aberta em determinados horários; a queixa do não envolvimento das pessoas da área nas atividades promovidas pela equipe; o desejo de fazer mestrado e ser professora, que havia sido substituído pelo trabalho na unidade, pois era preciso ganhar dinheiro e experiência; a sala de vacinação que só funcionava às quartas-feiras e, a mudanças promovidas pela nova gestão, que substituiu e proibiu a realização de ações que a equipe desenvolvia e reconhecia como importantes para o cuidado, o que levou a desmotivação de alguns trabalhadores.

A escolha das equipes para a pesquisa seguiu critérios que buscavam selecionar aquelas que não enfrentassem, no seu cotidiano, problemas como a ausência de profissionais de saúde, a falta de insumos ou de estrutura física precária, e que possuísem um processo de trabalho estruturado. Entretanto, havia algo no modo como o trabalho dos trabalhadores era realizado, bem como nas condições para o seu desenvolvimento e nos valores que o norteavam, que influenciava o acesso aos serviços de saúde.

No filme “Nise: o coração da loucura”, um dos profissionais que trabalhava com Nise da Silveira, tenta forçar uma pessoa, em tratamento, a sentar e a seguir o que ele ordena, sem sucesso. Nise, interfere na abordagem realizada pelo profissional e fala para ele que é preciso ouvir, observar e calar para se conseguir a “matéria-prima” da produção do cuidado. O filme conta parte da história da luta antimanicomial e da desospitalização dos pacientes em sofrimento mental no Brasil, a partir da trajetória de Nise da Silveira, mulher, alagoana, formada na faculdade de Medicina da Bahia (única mulher em uma turma de 157 alunos), uma das mais importantes psiquiatras do Brasil, no Centro Psiquiátrico Nacional Dom Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, um dos maiores hospícios do país. Local onde volta a trabalhar depois dos 15 meses em que esteve no presídio Frei Caneca como presa política e dos oito anos em que precisou viver na clandestinidade (LEAL, 1994). A protagonista provoca uma verdadeira revolução no modo de produzir cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico, a partir da mudança na maneira de entender o papel dessas pessoas no seu cuidado e seus direitos, o que influenciava a forma como se produzia os atos de saúde com reflexos diretos no processo saúde-doença. Da violência, maus tratos, eletrochoque e lobotomia, para

os pincéis, tinta, arte, escuta e observação, foi possível criar autonomia, relações de afeto e de cuidado como cura e de cura pelo cuidado.

A luta antimanicomial surge no contexto da abertura do regime militar e estava presente no debate sobre a questão acerca das péssimas condições do sistema de saúde vigente no país (BARBOSA; COSTA; MORENO, 2012). O movimento pela Reforma Psiquiátrica foi parte (e ainda é) da luta travada por uma Reforma Sanitária Brasileira e pelo reconhecimento da saúde como direito social, universal e dever do Estado. Uma luta forjada a muitas mãos (população, trabalhadores e estudiosos da área da saúde), que se somou à luta pela restituição da democracia e se configurou como uma importante disputa em resposta a desigualdade no acesso aos serviços de saúde.

Naquela época, o acesso era limitado aos contribuintes da Previdência Social e com diferenças entre os próprios contribuintes, o que colocava grande parte da população brasileira em situação de exclusão social. Acesso à saúde era privilégio de poucos. Aos demais o lugar da beneficência, da caridade das Santas Casas de Misericórdia e/ou o convívio com a dor, o sofrimento e a morte desprotegida. A vitória, na década de 90 do século passado, veio traduzida na criação do Sistema Único de Saúde, com a promulgação da Constituição de 1988 e das leis orgânicas da saúde, em 1990.

O SUS, como principal política social do Estado brasileiro, consolida a saúde como direito de todas as pessoas, sem qualquer distinção excludente, e tem como um dos princípios organizativos a universalidade do acesso. Um princípio que orienta a produção de políticas de saúde e formas de organizar ações e serviços que atendam às necessidades de saúde das pessoas com equidade, considerando as suas singularidades e buscando reduzir as iniquidades em saúde, com oferta equânime de oportunidades e remoção dos obstáculos que não podem ser superados apenas a partir das atitudes de cada indivíduo (BERLINGUER, 1996).

A Constituição Federal de 1988 incluiu a saúde como parte da seguridade social, avançando em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais, expressos no art. 194 (Cap. II, da Ordem Social), inovando ao consagrar o modelo de seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos

Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988). A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restritos à população beneficiária da previdência. O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nessas áreas, uma perspectiva ‘publicista’ de gestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado (FLEURY E OUVÉRY, 2014, p. 15).

Entretanto, a construção de um sistema universal, em um país com políticas neoliberais, não se deu sem importantes perdas e desinvestimentos e, apesar do SUS ser um sistema baseado em uma concepção abrangente de universalidade, o setor saúde brasileiro continua favorecendo o setor privado por meio de incentivos e subsídios, e subfinanciando e enfraquecendo o SUS (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

Os projetos que deram origem ao SUS tiveram apoios distintos dos diferentes governos federais que assumiram desde a sua criação, convivendo com momentos significativos de desvalorização, com agravamento importante desde 2016 com o golpe que retirou não só a presidenta, mas um projeto de nação democraticamente eleito e, que vem suprimindo várias conquistas já alcançadas (PAIM, 2018). Enquanto o SUS previsto na constituição propõe um sistema público universal, o SUS que se concretiza nas práticas cotidianas é voltado para aqueles que não tem acesso aos subsistemas privados (MENDES, 2004).

A universalidade a partir de uma perspectiva social democrática afirma a saúde como direito universal, de caráter público/estatal e o uso de recursos públicos oriundos das contribuições sociais, arrecadação estatal (impostos, taxas e outros) para financiamento do sistema (SOUSA, 2014). Os sistemas universais são pensados a partir dos valores de solidariedade, redistribuição e equidade e tem como objetivo atender as necessidades das pessoas sem restrição de acesso, sendo esse, condição de cidadania. São orientados pela Atenção Primária à Saúde (APS) e organizados em rede, integrados e territorializados, para garantia de



cuidado integral, com coordenação entre serviços. Assim, “ao combinar contribuições proporcionais à renda e acesso conforme necessidade [...] promovem redistribuição entre segurados de maior para menor renda, de jovens para idosos, de saudáveis para doentes” (GIOVANELLA *et al.*, 2018, p.1767)

No Relatório Mundial de Saúde 2008, o nível da universalidade dizia respeito à proporção de despesas cobertas por fundos públicos e o caminho para universalidade seria reduzir a participação dos usuários nas despesas por meio da ampliação de gastos públicos. Em documentos posteriores o indicador chave “proporção de gasto público em saúde” foi substituído por expressões como fundos compartilhados, fundos comuns correntes, recursos captados até o momento e mecanismos de cobertura. O financiamento público perde importância e a estratégia passa a ser a redução de gastos diretos por meio da compra de seguros de saúde privados ou seguros subsidiados para pobres (subsídio à demanda). Ou seja, a forma para avançar em direção à cobertura universal deixa de ser a ampliação do financiamento público correspondente ao universal health care: a sistemas nacionais de saúde de acesso universal e financiamento público (subsídio à oferta) – (GIOVANELLA *et. al.*, 2018, p.1765).

Na perspectiva liberal, os recursos utilizados pelo Estado para o setor saúde, não são vistos como investimentos. Dessa forma, este deve ser responsável apenas pelos mais pobres, enquanto os demais seriam atendidos pelo sistema privado num contexto no qual “os recursos são seletivos, a política compensatória e o acesso restrito direcionado aos mais necessitados, mais carentes, mais pobres” (SOUSA, 2014, p.228).

Nesse modelo, a APS se configura como um pacote básico de serviços e medicamentos essenciais e o sistema se organiza pela cobertura de seguros de saúde, públicos ou privados e com incentivo do aumento da participação privada no financiamento. O objetivo é que todas as pessoas possam comprar algum tipo de seguro e, nele, o papel do Estado é restrito a regulação do sistema e a garantia de um mínimo para aqueles que não possam pagar pelos planos. A saúde é vista como mercadoria, ou seja, apenas aqueles que podem pagar acessam e a oferta de serviços está condicionada ao plano adquirido, que sofre diferenciação pela

capacidade de pagamento. Na cobertura universal existe “uma concepção de cidadania invertida, em que o indivíduo entra em relação com o Estado no momento em que se reconhece como um não cidadão” (GIOVANELLA *et. al*, 2018, p.1767).”

O termo “cobertura” classicamente expressa o alcance de uma medida sanitária como, por exemplo, a proporção de gestantes que fizeram pré-natal. Há uma associação com o cumprimento da prestação, com seu acesso e uso. Outra utilização do termo corresponde a uma possibilidade de obter a prestação. Essa possibilidade pode ou não se realizar, seja pela abstenção do direito de usar, seja pela incapacidade de se obter a prestação desejada. No caso dos cuidados de saúde, ao se dizer que uma determinada unidade “cobre” um determinado número de indivíduos não significa que aquele número de indivíduos esteja utilizando os serviços da unidade ou será capaz de usá-los quando necessitar. Cobertura, portanto, difere de acesso e utilização. Quando se fala de cobertura universal sem qualificação comete-se um grande equívoco, pois pode-se admitir que a “cobertura” contributiva a um seguro social ou privado sempre corresponderá a oportunidades de acesso e uso, o que não é verdadeiro (NORONHA, 2013, p.848).

Entretanto, à despeito dos constrangimentos e ameaças sofridas pelo Sistema Único de Saúde, vários foram os avanços alcançados nesses 30 anos, desde a sua implantação, como: o reconhecimento da saúde como direito de cidadania (PAIM, 2018); aumento no número de estabelecimentos de saúde (ambulatoriais e hospitalares), leitos e empregos de saúde (MACHADO; XIMENES NETO, 2018), ampliação da cobertura de vacinação e pré-natal, mudanças nos padrões de utilização, redução da busca de atenção à saúde por motivos exclusivos de doenças e o aumento da procura por prevenção, ampliação do acesso, principalmente entre as pessoas com menores níveis de renda e escolaridade (VIACAVA *et al.*, 2018) em decorrência principalmente da expansão dos serviços de Atenção Primária à Saúde.

A luta travada naquela época, pela garantia da Saúde como direito, permanece até os dias atuais. Uma disputa por um conjunto de

mudanças estruturais, de financiamento, conceituais e, também, acerca dos modos de produzir cuidado. Uma busca pela “ruptura com o modelo assistencial biomédico, cujas características principais são a centralidade do hospital no modelo assistencial, o especialismo exacerbado, a predominância da relação médico-doença e não da relação sujeito-sujeito, entre outras” (AMARANTE, 2012, p.648).

As práticas em saúde são influenciadas pelas sociedades que as constituem, desta forma, são modificadas no decorrer da história, seja nas formas de organização do processo de trabalho, na divisão do trabalho, na formação, produção e reprodução do conhecimento, assim como na forma de perceber e vivenciar o processo saúde-doença e na relação estabelecida entre trabalhadores e usuários (PIRES, 2008). Para Schwartz (1998), existem implicações na reflexão sobre o que se transforma no trabalho, pois esse não é um campo neutro e as escolhas dos instrumentos que serão utilizados para produzir conhecimento ou “formas de produção do cuidado” não se separam das escolhas e julgamentos de valor implícitos.

Ao longo da história, ocorreram mudanças importantes na forma de organizar o trabalho, nas práticas e na formação dos profissionais de saúde (PIRES, 2008), bem como a elaboração de diferentes modelos de atenção a partir de distintas correntes teóricas (Vigilância da Saúde, Em Defesa da Vida, etc.).

O sistema de saúde brasileiro é hoje, assim, palco da disputa entre modelos assistenciais diversos, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médico-assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitarista (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária), ao lado dos esforços de construção de "modelos" alternativos (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998, p.8).

Podemos afirmar que esses modelos estão presentes e orientam o processo de trabalho das equipes de saúde, ganhando mais força em cada localidade em decorrências tanto da influência/presença das universidades, pensadores, pesquisadores que os formularam, em cada região; bem como das políticas públicas federais implantadas e da

trajetória de formação dos profissionais, pois à despeito das mudanças ocorridas na história, “se manteve sempre à disposição dos sujeitos ou dos trabalhadores em negociar as variabilidades (...) negociar localmente as tendências de transformação e fazer de suas contradições a matriz de uma história que continua (SCHERER, 2006, p. 69).

O usuário também “é extremamente ativo em relação ao seu problema de saúde e aos projetos terapêuticos que lhe são prescritos” e a produção do ato assistencial é tanto do trabalhador quanto do usuário. Somos seres sociais e nos construímos por meio dos encontros que vivenciamos no decorrer da nossa existência. Portanto, não é possível pensar em uma produção de cuidado na APS que desconsidere o usuário, pois os atos de saúde são produzidos quando, no encontro do usuário e trabalhadores, surgem necessidades de saúde, desejos, percepções, valores e modos de fazer (FRANCO, 2015). Algumas linhas de subjetividade seriam fundamentais para orientar a reflexão sobre o trabalho em saúde:

A) as lógicas capitalísticas, que operam no processo de trabalho como linhas de organização dos interesses corporativos profissionais; B) de ordem moral, que atuam para regulação da vida segundo preceitos hegemônicos de conduta na sociedade, e que estabelecem uma valoração sobre a vida de acordo com a obediência da pessoa a esses preceitos; C) o saber da ciência, que procura exercer o controle dos corpos, como um regime disciplinar, e dita formas de viver, operando na lógica do biopoder. Cada lógica desta atua como uma linha de força de subjetivação, de agenciamentos coletivos, que fazem com que o trabalhador de saúde signifique o modo específico como os usuários produzem a sua vida (FRANCO, 2015, p.104).

Se a especialização e a ampliação da complexidade permitiram maior conhecimento específico, por outro lado permitiram a fragmentação do homem associada à determinação puramente biológica do processo saúde doença. Não podemos negar os benefícios que os avanços no campo das ciências em saúde trouxeram na redução da mortalidade e combate à uma série de patologias, bem ao alívio de sofrimento físico. Entretanto, o encanto pelo procedimento com a valorização das tecnologias materiais em detrimento da clínica fez com

que a valorização de determinado procedimento tivesse mais valor do que a resposta à necessidade e saúde dos usuários (BERLINGUER, 1978, 2004). Coexistem o desejo pelo consumo da saúde e os que querem vendê-la como mercadoria, bem como o papel do profissional que “detém o conhecimento” e participa desse jogo de compra e venda, criando uma ideia de que “o comprometimento com a vida humana como mercadoria fora de moda” (SANTOS, 2010, p. 47).

Vivenciamos assim, uma importante contradição, objeto dos estudos que deram origem à Bioética Cotidiana de Giovanni Berlinguer (2004), na coexistência de importantes avanços tecnológicos na área da saúde e a morbimortalidade ainda existente, causada por doenças que há muito tempo poderiam ter sido superadas, que atingem principalmente as classes socialmente excluídas e desfavorecidas.

A organização do SUS a partir da Atenção Primária à Saúde é uma estratégia para garantir a universalidade do acesso em nosso país e promover mudanças no modelo de atenção ainda predominante. Na década de 90, do século passado, a Atenção Primária ganha destaque nas políticas para o setor saúde com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, posteriormente, Programa Saúde da Família. O primeiro, com o objetivo de redução da mortalidade materna e infantil nas regiões mais pobres do Brasil (Norte e Nordeste) e o segundo, com o objetivo de mudança no modelo de atenção e na organização dos serviços de saúde. Em 1996, a APS ganha financiamento vinculado com a implantação do Piso de Atenção Básica fixo e variável, demonstrando sua importância prioritária na política nacional de saúde e estimulando a expansão das equipes de saúde da família, principalmente nos municípios de pequeno porte e baixa densidade assistencial (CASTRO; FAUSTO, 2012).

A organização do sistema tendo a Atenção Primária à Saúde como ordenadora, nasce em um contexto internacional de ampliação da cobertura, principalmente para os mais pobres e desassistidos, e a partir da oferta de um pacote mínimo de serviços e ações. No Brasil essa proposta é disputada pelos atores que desejam a Reforma Sanitária e a Atenção Primária à Saúde passa a ser denominada de Atenção Básica a Saúde (BRASIL, 2011a), pois na medida em que a APS é pensada para responder grande parte dos problemas de saúde da população é preciso ampliar o escopo de ações e considerar as singularidades de cada país e

não “prescrever a APS como uma panaceia de amplo espectro” (PAIM, 1998, p.10).

Assim, em 28 de março de 2006, é publicada a Portaria nº 648 que aprova uma revisão de diretrizes e normas para o desenvolvimento da AB no SUS e constitui a primeira sistematização de uma política nacional para Atenção Básica para o Brasil. Em seu texto, registra-se a decisão da transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional para organização da AB, ampliação do acesso e mudança do modelo assistencial, passando a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2006).

Nos anos que se seguem a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a agenda para a APS foca na expansão da cobertura, na qualificação da estratégia, na ampliação da equipe multiprofissional, nas mudanças na formação dos profissionais que atuam na APS e nas ações de monitoramento e avaliação. Outras ações são pensadas para a Atenção Primária, mas a ESF segue na centralidade da organização, estando grande parte dos esforços e recursos nesse nível de atenção voltados para o seu fortalecimento até o ano de 2010 (CASTRO; FAUSTO,2012).

Em 2008, são criados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), compostos por diferentes categorias profissionais (BRASIL, 2008). Essa organização da APS, por meio da composição de equipes multiprofissionais, próximas das pessoas e comunidades, com responsabilidade pela coordenação do cuidado e oferta de ações de saúde integrais e de qualidade, busca promover outras formas de produzir cuidado, tendo o usuário como centro da atenção e corresponsável pelo processo e agregando outros saberes e fazeres, ampliando assim o olhar para o processo saúde-doença.

Em 2011, o Ministério da Saúde identifica 10 (dez) principais desafios existentes para a ampliação e qualificação da APS. São eles:

- (1) financiamento insuficiente da APS;
- (2) infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- (3) baixa informatização dos serviços e pouco uso das informações disponíveis para a tomada de decisões na gestão e na atenção à saúde;
- (4) necessidade de ampliar o acesso, reduzindo tempos de espera e garantindo atenção, em especial, aos grupos mais vulneráveis;
- (5) 1

Necessidade de melhorar a qualidade dos serviços incluindo acolhimento, resolubilidade e longitudinalidade do cuidado; (6) pouca atuação na promoção da saúde e no desenvolvimento de ações intersetoriais; (7) desafio de avançar na mudança do modelo de atenção e na mudança de modelo e qualificação da gestão; (8) inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores; (9) necessidade de contar com profissionais preparados, motivados e com formação específica para atuação na Atenção Básica e (10) importância de ampliar a legitimidade da Atenção Básica com os usuários e de estimular a participação da sociedade (BRASIL, 2015, p.19).

Para dar conta desses desafios, o MS republica a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011b) e lança um conjunto de Programas, como o de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS); o e-SUS AB; o Plano Nacional de Banda Larga; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); o Programa Telessaúde Brasil Redes, a reestruturação do Programa Saúde na Escola, o Programa Academia da Saúde, além de reformulações também na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, na Política de Educação Permanente e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, e ainda, outros que tratam da humanização do cuidado, da formação e da qualificação profissional como a Política Nacional de Humanização e os Programas de Residências Médicas e Multiprofissionais (BRASIL, 2015a).

Entre 2003 e 2015 ações também são desenvolvidas no campo da Gestão do Trabalho e Educação, como a criação, no Ministério da Saúde, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e formulação de políticas como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; o AprenderSUS; o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS); o Pró-Saúde; o Programa de Educação pelo Trabalho para a SaúdePET Saúde; a Universidade Aberta do Sus (UNASUS); a Reativação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; o Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS, a Câmara de Regulação do Trabalho, a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, o Programa de Qualificação e Estruturação da

Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde e o Programa Mais Médico (PMM) (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

Dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde demonstram que, em dezembro de 2015, 5.504 municípios possuíam o Programa de Agentes Comunitários (PACS) implantado, com cobertura de 66,63% da população; 5463 municípios possuíam Equipes de Saúde da Família e cobertura de 63,72% da população; a saúde bucal estava presente em 5.014 municípios e existiam 4288 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantadas no território nacional, conforme as três modalidades vigentes. O Programa Mais Médicos estava presente em 4.068 municípios e 34 distritos indígenas com um total de 18.240 profissionais médicos (BRASIL, 2015b). Os números evidenciam a presença das ações para AB em grande parte do país.

Para Pinto e Giovanella (2018), a melhoria dos indicadores de saúde nas duas últimas décadas é decorrente das políticas públicas para o setor saúde, como a expansão da ESF, mas também da implantação de outras políticas sociais de redução da pobreza, implantadas nos Governos Lula e Dilma.

Em 2017, a Política Nacional da Atenção Básica é revisada (BRASIL, 2017) e publicada em meio a muitas críticas dos defensores do Sistema Único da Saúde e a um conjunto de mudanças, como a publicação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016 que congelou as despesas do governo para os próximos 20 anos e a Lei nº 13.097/2015, que permite a participação direta ou indireta e controle do capital estrangeiro na saúde, bem como a proposta de planos populares com cobertura exclusivamente ambulatorial, com objetivo de “rever o tamanho do SUS” (GIOVANELLA *et.al.*, 2018).

Com a EC 95, os recursos que deixarão de ser obrigatoriamente aplicados em saúde são significativos, chegando a mais de R\$ 400 bilhões em vinte anos, no cenário de crescimento da economia de 2% ao ano. A redução dos recursos garantidos para o sistema público de saúde ocasionará constrangimentos ainda maiores que os atuais para a oferta de bens e serviços de saúde à população brasileira, em um contexto de crescimento populacional e de envelhecimento da estrutura etária, com aumento esperado dos



custos da assistência à saúde (...) a maioria dos países que adotaram limites para o crescimento dos gastos públicos, muitos deles em situação de desequilíbrio fiscal pior que a brasileira, fizeram o ajuste permitindo crescimento real do gasto, seja definindo explicitamente o percentual de crescimento real na regra, seja estabelecendo a regra para o crescimento como percentual do PIB. Somente o Japão adotou uma regra semelhante à da EC 95, devendo-se lembrar que este país não apresenta crescimento populacional e passa por período de deflação (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 21,22).

Para os autores, vivenciamos uma reforma implícita do Estado com a EC 95 que resultará em implicações para efetivação do direito à saúde. Caso exista a “retomada do crescimento econômico, o resultado será a redução do gasto público com políticas relevantes em relação ao PIB, o que significa menor esforço do Estado para garantia dos direitos sociais, entre eles, o direito à saúde (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p.23).

Essas mudanças afetam não apenas o setor saúde, mas trazem impactos para as demais políticas sociais, como as de educação e as de redistribuição de renda, com prováveis impactos na organização dos serviços, na composição das equipes, nos modos de produzir cuidado, nos indicadores de saúde e no acesso aos serviços de saúde.

Acesso é um conceito complexo, utilizado de distintas maneiras pelos pesquisadores e que sofre variação no decorrer da história, como o emprego do substantivo acessibilidade por Donabedian, para designar o caráter ou qualidade do que é acessível, ou o substantivo acesso, para definir o ato de ingressar, enquanto outros ainda usam ambos ao indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Existe também uma variação em relação ao enfoque do conceito, se nas características dos indivíduos, da oferta, em ambas ou ainda na relação entre serviços e indivíduos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A discussão teórica apontada por Giovanella e Fleury (1995) toma como eixo de análise quatro dimensões explicativas do acesso: a política, a econômica, a técnica e a simbólica.

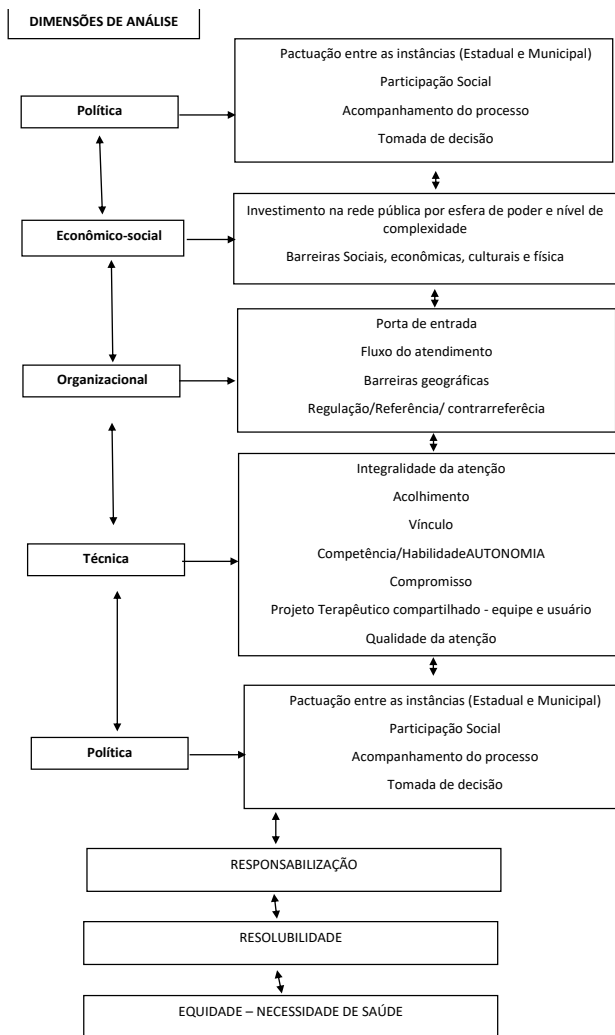
A dimensão política considera as relações que se estabelecem entre as políticas de saúde e a conformação histórica do modelo de atenção à saúde que envolve a possibilidade de desenvolver

a consciência sanitária e a organização social; a econômica se refere à relação entre oferta e demanda; a técnica exprime, por um lado, a utilização e as dificuldades do usuário para concretizar o atendimento pretendido e, por outro, a oferta dos serviços de saúde, o seu planejamento, a sua organização (que recursos dispõe), o fluxo, a qualidade e a resolutividade do serviço produzido; a dimensão simbólica é relativa às representações sociais acerca do processo saúde-doença e da forma como o sistema se organiza para atender às necessidades dos usuários (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2866).

Assis e Jesus (2012, p.2867) elaboraram um modelo que trabalha cinco dimensões de análise do acesso (Figura 1), acrescentando a organizacional às dimensões elaboradas por Giovanella e Fleury (1995). A organizacional fala da porta de entrada, do fluxo de atendimento, das barreiras geográficas, da regulação, referência e contra referência e da avaliação.

No modelo de análise produzido pelos autores é possível identificar a presença de uma dimensão que trata dos modos de produção do cuidado tanto em sua relação com as políticas públicas de saúde (quando discute as prioridades do Estado, das gestões municipais e estaduais na alocação de recursos, escolhas de modelos de atenção e de organização dos serviços, considerando a participação popular), quanto na micropolítica do trabalho em saúde e seus aspectos organizacionais, técnicos e simbólicos.

Ao analisarmos a Figura 1, podemos perceber a transversalidade de elementos relacionados ao processo de trabalho dos trabalhadores e equipes de saúde em quase todas as dimensões de análise, como o acolhimento, o vínculo, a porta de entrada, o fluxo de atendimento, os valores, as crenças, entre outros.



Fonte: ASSIS E JESUS, 2012, p. 2866-2867

Figura 1. Modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde

Dessa forma, seria possível pensar em uma sexta dimensão que expressa a forma como equipes e trabalhadores de saúde produzem atos comprometidos com as necessidades de saúde dos usuários? Como

acolhem, comprometem-se e responsabilizam-se pelos usuários? Como trocam saberes para pensar a intervenção e pensam o cotidiano das ações realizadas nos serviços de saúde produzindo um determinado modo de cuidar, seja com ações individuais ou coletivas (MEHRY, 1995) que ampliem o acesso de forma qualificada? Por quais elementos essa dimensão seria composta? Como a descrição dessa dimensão e identificação desses elementos pode ajudar a promover reflexão sobre as ações produzidas nos serviços e identificar aquelas com capacidade de produzir, na prática, modelos de atenção com foco nas necessidades dos usuários? Como trabalhadores, gestores, usuários e pesquisadores percebem e identificam a presença desses elementos em suas ações cotidianas?

Para Pinto e Giovanella (2018, p. 1904), existe um elevado grau de responsabilidade dos municípios na implementação de políticas públicas, principalmente na Atenção Básica à Saúde, por serem eles os responsáveis pela execução direta desse nível de atenção. Entretanto, essa implantação sofre diferenças em decorrência “do porte populacional, da densidade demográfica, vias de acesso, desenvolvimento social, econômico e político, além da capacidade de arrecadação tributária” e da capacidade técnica municipal.

Contudo, a despeito da crescente descentralização das ações e serviços de saúde, ainda é a instância federal a responsável pela formulação, indução e estruturação das políticas para APS, principalmente pelo financiamento associado a implantação de certos programas e estratégias.

Entendemos que as políticas públicas produzidas devem traduzir os princípios ordenadores do SUS e devem estar conectadas com que acontece no cotidiano dos serviços de saúde, construindo uma nova forma de atuar em saúde que garanta a universalidade, equidade e acesso, mas que além disso e mais importante, consiga acolher e proteger os usuários, resolver suas necessidades de saúde e construir conjuntamente uma maior autonomia dos usuários (MERHY, 1995). Seria, desta forma, possível identificar uma correlação entre o que é percebido pelos usuários, gestores e trabalhadores como elementos presentes nos atos de saúde capazes de influenciar o acesso e as ações propostas pelas políticas de saúde para a Atenção Primária? Ao longo dos anos, o conjunto de ações presentes nas políticas e programas federais contribuíram para o avanço da consolidação do princípio da universalidade do acesso ou se

aproximaram da estruturação do sistema de saúde considerando o modelo de Cobertura Universal?

Para este estudo, partimos dos **pressupostos** que:

- As políticas públicas de saúde tem por objetivo dar respostas aos problemas de saúde de uma sociedade, priorizados em determinado tempo histórico e resultam de disputas de interesses de grupos, instituições e atores diversos, assim como carregam em si um conjunto de valores que refletem a nação que se quer constituir. Compõem ainda, as normas antecedentes dos trabalhadores de saúde;
- O modo como o trabalho dos trabalhadores é realizado, e em quais condições, bem como os valores que o direcionam, sofre modificações no decorrer da história e influenciam a universalidade do acesso à saúde;
- Acesso é a capacidade multidimensional dos serviços e sistemas de saúde de dar uma resposta resolutiva às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, configurando-se como um dos pré-requisitos essenciais e parte constituinte de/para uma atenção à saúde de qualidade, tendo relação direta com aspectos geográficos, aspectos culturais, de organização dos serviços e também sociais e econômicos, como as condições de vida da população, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação (ASSIS; JESUS, 2012).

**A TESE defendida** é a de que as políticas públicas para APS, apesar de elaboradas a partir do ideário e dos valores oriundos da Reforma Sanitária e presentes tanto na Constituição de 88, quando nas leis que regulamentam o SUS, carregam em si interesses que por vezes se aproximam e por vezes se afastam da garantia da consolidação do princípio da universalidade do acesso, sendo influenciadas e influenciando os modos de produção do cuidado dos trabalhadores de saúde de maneiras distintas historicamente.

Utilizou-se metodologia qualitativa e aproximações da realidade estudada em diálogo com os referenciais teóricos de escolha. Uma primeira aproximação se deu a partir de estudo empírico com Equipes de Saúde da Família de duas regiões do Brasil e uma segunda, por meio

pesquisa documental utilizando publicações oficiais do Ministério da Saúde.

Compôs o referencial teórico a Ergologia, que afirma que para refletir sobre a atividade de trabalho e, no caso da saúde e desse estudo, sobre os modos de produção do cuidado, é preciso estar perto dos trabalhadores para compreender como estes produzem atos de saúde cotidianamente. De acordo com a ergologia, as políticas de saúde compõem o conjunto de normas antecedentes que são acionadas e renormalizadas pelos trabalhadores na relação com o conjunto de valores de uma sociedade que se materializa no agir diante do imprevisível de cada atividade. A Bioética Cotidiana é o segundo referencial teórico adotado e contribuiu para a reflexão sobre os valores presentes nos modos de produção do cuidado, bem como nas políticas públicas para a APS e sobre os desafios para superação das iniquidades em saúde, ainda muito presentes no Brasil. Para esta Bioética a equidade é caminho para igualdade, há que se estar atento a esse princípio tanto no momento da produção de atos de saúde, quanto na construção de políticas para área da saúde, com vistas a garantir a universalidade do acesso.

A tese está estruturada na forma de compilação de artigos e capítulo de livro. Após a presente introdução, o segundo capítulo apresenta os objetivos gerais e específicos do estudo e o terceiro, detalha o percurso metodológico desenvolvido, assim como os aspectos éticos presentes na pesquisa. O marco contextual é descrito em um artigo de revisão de literatura, no quarto capítulo, e analisa como o trabalho na Atenção Primária no Brasil contribui para o acesso universal aos serviços de saúde e identifica elementos do trabalho que influenciam a capacidade dos serviços em assegurar acesso, a partir de revisão de literatura desenvolvida com os dados coletados de 52 artigos publicados entre janeiro de 2005 e outubro de 2015. O quinto capítulo é composto por reflexões sobre o referencial teórico, construído em formato de capítulo de livro, em sua relação com as políticas públicas para Atenção Primária à Saúde no Brasil e os modos de produção do cuidado tendo como horizonte a consolidação do princípio da universalidade do acesso, a partir dos dois referenciais teóricos de escolha.

O primeiro artigo dos resultados, presente no sexto capítulo, analisa de que maneira o trabalho de quatro equipes de saúde da família, nas regiões Centro-oeste e Sul do Brasil, influencia a capacidade dos serviços em assegurar acesso. Para isso, foram utilizados dados da Pesquisa “Estratégia Saúde da Família - Inovação tecnológica para

ampliação do acesso, da qualidade e promoção de saúde bucal na atenção básica, estudo multicêntrico” coordenada pelo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho em Saúde GEPTS/UnB e financiada pelo CNPq. O terceiro e último artigo, analisa o modo como as Políticas Públicas para Atenção Primária à Saúde no Brasil elaboradas pelo Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2017, orientaram as práticas de saúde das equipes de atenção básica com objetivo de garantir a universalidade do acesso aos serviços nesse nível de atenção e a efetivação do Sistema Único de Saúde como política social. O documento apresenta ainda as considerações finais, as referências e os anexos.







Neste mundo de misérias  
 Quem impera  
 É quem é mais folgazão  
 É quem sabe cortar jaca  
 Nos requebros  
 De suprema, perfeição, perfeição

Chiquinha Gonzaga, 1895

Francisca Edwiges Neves Gonzaga<sup>3</sup>, **Chiquinha Gonzaga**, nasceu no Rio de Janeiro em 17 de outubro de 1847, mulher, negra, mãe, compositora, pianista, abolicionista, republicana e pioneira em vários aspectos. Foi a primeira brasileira a viver profissionalmente da música, a primeira mulher a reger uma orquestra no Brasil e a musicar para o teatro, a primeira maestrina brasileira. Misturou ritmos europeus e africanos para criar uma música popular brasileira. Vendia suas partituras de porta em porta para comprar a alforria de escravos.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Analisar as diretrizes e práticas que ancoram e organizam o processo de trabalho das equipes de APS, no sentido de garantir a universalidade de acesso aos serviços de saúde como componente central

---

<sup>3</sup> Viana JP, Aragão DP. Abre alas: subversão e inovação em Chiquinha Gonzaga. Disponível em: [http://chiquinhagonzaga.com/wp/wp-content/uploads/2015/10/2015\\_SUBVERSAO\\_E\\_INOVACAO\\_EM\\_CHIQUINHA\\_GONZAGA.pdf](http://chiquinhagonzaga.com/wp/wp-content/uploads/2015/10/2015_SUBVERSAO_E_INOVACAO_EM_CHIQUINHA_GONZAGA.pdf). Acesso em: 17jun2018

na efetivação do SUS como política social, a partir dos referenciais teóricos da Bioética Cotidiana e da ergologia.

## **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever os elementos do trabalho que influenciam a capacidade dos serviços em assegurar acesso na Atenção Primária à Saúde e;
- Identificar a presença de ações, relacionadas aos elementos do trabalho descritos, nas políticas públicas, programas e estratégias para a Atenção Primária à Saúde dos governos federais brasileiros, implantadas no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2017.



“Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilantes

durante toda a sua vida”

Simone Beauvoir

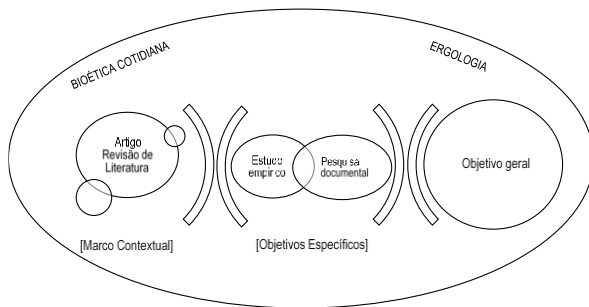
**Simone de Beauvoir**<sup>4</sup>, nasceu em Paris, França, em 09 de janeiro de 1908 e faleceu na mesma cidade em 1986. Considerada uma das maiores teóricas do feminismo moderno e também é uma das principais representantes do movimento existencialista francês do século XX.

### 3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida a partir de aproximações da realidade estudada em diálogo com os referenciais teóricos de escolha. Para alcançar os objetivos propostos e para o desenvolvimento da pesquisa foram desenvolvidos dois estudos (Figura 2). Um estudo empírico, que respondeu ao primeiro objetivo específico ao descrever os elementos do trabalho que influenciam a capacidade dos serviços em assegurar acesso na Atenção Primária à Saúde e; uma pesquisa documental que identificou a presença de ações relacionadas aos elementos do trabalho descritos, nas políticas públicas, programas e estratégias para a Atenção Primária à Saúde, dos governos federais brasileiros, implantadas no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2017. A análise dos dados encontrados em ambos estudos foi orientada pelos referenciais teóricos de escolha.

---

<sup>4</sup> Moreira, DFF. Simone de Beauvoir. Infoescola. Disponível em: <https://www.infoescola.com/biografias/simone-de-beauvoir/>. Acesso em: 16 set 2018.



Fonte: da autora, 2018.

Figura 2. Relação entre os objetivos da pesquisa, a revisão de literatura e as escolhas metodológicas.

### ESTUDO 1:

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, a partir do banco de dados da pesquisa intitulada “Estratégia Saúde da Família - Inovação tecnológica para ampliação do acesso, da qualidade e promoção de saúde bucal na atenção básica, estudo multicêntrico”, coordenada pelo GEPTS/UnB em parceria com as Universidades Federais da Bahia e de Santa Catarina e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

O cenário da pesquisa se delimitou a quatro unidades de saúde das regiões centro-oeste e sul do Brasil e os participantes incluídos foram os trabalhadores que atuavam em quatro equipes da Estratégia Saúde da Família. O cenário da pesquisa foi a atenção básica a saúde / Estratégia Saúde da Família na sua relação com o sistema de saúde de cada local. A população do estudo foi composta por profissionais que atuam na gestão e na assistência na Saúde da Família/Atenção Básica à Saúde/ Saúde Bucal.

A inclusão dos locais e participantes foi feita por amostragem intencional e a inclusão dos profissionais se deu pelos seguintes critérios: a) Unidades de saúde da família com equipes completas incluindo equipe de saúde bucal independente da modalidade; b) Equipes de saúde da família consideradas de boa qualidade pelos gestores municipais e/ou distritais, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Saúde Bucal; c) Preferencialmente equipes que tenham Centro de Especialidade Odontológica e Núcleo de Apoio ao

Saúde da Família como referência; d) Equipes que fizeram adesão ao PMAQ; e) Equipes que concordem em participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e dezembro de 2014 por meio de observação da rotina de trabalho das equipes de saúde e entrevistas com os trabalhadores. As observações e as entrevistas seguiram roteiro semiestruturado, previamente elaborado (Anexo A e B). As informações foram registradas em diários de campo e todas as entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente. Compõem assim o material analisado, 34 entrevistas e registros de 16 horas de observação (4 turnos de trabalho) que buscaram conhecer as ações realizadas e como as equipes se organizavam para ampliar o acesso.

Os participantes foram identificados de acordo com a categoria profissional (ACS: agente comunitário de saúde, CD: cirurgião-dentista, E: enfermeiro, M: médico, TE: técnico de enfermagem, TSB: técnico de saúde bucal), com a região (Centro-Oeste: CO e Sul: S) e com a numeração correspondente. As observações foram numeradas sequencialmente e identificadas com as letras NO (Nota de Observação).

Após leitura flutuante, os achados foram sistematizados com suporte do *software* para análise de dados qualitativos, ATLAS TI (Qualitative Research and Solutions) e organizados em nove elementos definidos a partir do que foi encontrado nos documentos (Figura 3):

O perfil dos participantes está descrito na Tabela 1.

**Tabela 1.** Perfil dos participantes

Variáveis	N (34)
Sexo	
Feminino	24
Masculino	10
Idade	
De 25 a 29 anos	2
De 30 a 34 anos	6
De 35 a 39 anos	10
De 40 a 44 anos	6
De 45 a 49 anos	5
De 50 a 54 anos	4
Mais de 65 anos	1
Profissão	
ACS	12
Técnico de Enfermagem	6
TSB/ASB	4
Dentista	4
Enfermeiro	4
Medico	4
Escolaridade	
Ensino médio	7
Formação técnica	11
Ensino superior área da saúde	9
Ensino superior outras áreas	2
Pós-graduação em saúde coletiva	5
Tempo de experiência na APS	
Menos de 1 ano	1
De 1 até 5 anos	10
De 6 até 10 anos	11
Maior que 10 anos	11
Não informado	1
Participantes por região	
Centro-oeste	19
Sul	15

Fonte: da autora, 2018

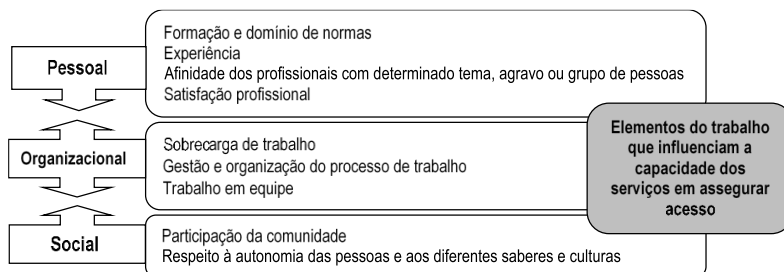
(I) formação/domínio das normas; (II) experiência; (III) afinidade dos profissionais com determinado tema, agravo ou grupo de pessoas; (IV) satisfação profissional; (V) sobrecarga de trabalho; (VI) gestão e

organização do processo de trabalho (VII) trabalho em equipe; (VIII) ações realizadas com a participação da comunidade e; (IX) respeito a autonomia das pessoas e aos diferentes saberes e culturas, distribuídos em 3 dimensões (pessoal, organizacional e social).

### ESTUDO 2:

Essa etapa, desenvolvida a partir de pesquisa documental, buscou analisar as diretrizes

que ancoram e organizam o processo de trabalho das equipes de AB no sentido de garantir a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a efetivação do SUS como política social, a partir dos referenciais teóricos da bioética cotidiana e da ergologia.



Fonte: da autora, 2018

**Figura 3.** Elementos do trabalho que influenciam a capacidade dos serviços em assegurar acesso

Foram incluídas leis, portarias, informes, manuais e publicações técnicas do Departamento de Atenção Básica (DAB) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS vinculadas ao financiamento da gestão federal e publicadas no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2017, cujos conteúdos apresentassem orientações para as práticas de saúde das equipes de Atenção Primária à Saúde. A busca foi realizada na *site* do Ministério da Saúde, nas páginas específicas do DAB (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>) e da SGETS (<http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao>). (

A opção pelo recorte do financiamento, se deu por ser o recurso financeiro importante indutor da implantação das políticas pelos municípios, que devem cumprir um conjunto de normas e diretrizes para

que o repasse seja realizado. Foram excluídas as políticas e programas relacionados aos agravos, ciclos de vidas e programas específicos, como Programa Saúde na Escola e Academia da Saúde. Para os documentos publicados em anos distintos, mas com semelhança de texto, foram sistematizados os dados do mais atual (Quadro 1).

Compõem o estudo 29 documentos oficiais relacionados a Política Nacional de Atenção Básica/PNAB, ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica/PMAQ-AB, ao Programa Mais Médicos/PMM e ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, disponíveis na página do Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 2018).

Os documentos foram sistematizados em planilha eletrônica e organizados segundo a Política ou Programa, o título do documento, a síntese do conteúdo e, identificados por letras e ao número correspondente a ordem crescente de inserção no estudo. A coleta e a análise dos dados foram desenvolvidas com base no Quadro 2. “Elementos do trabalho e valores que influenciam a capacidade dos serviços em assegurar acesso”, construído a partir da adaptação do que foi proposto por Menezes, Scherer, Verdi e Pires (2017), Menezes, Scherer e Ramos (2018) e à luz dos referenciais teóricos da ergologia e bioética cotidiana.

A análise qualitativa dos documentos deu origem a cinco categorias: Formação de trabalhadores para e na Atenção Primária à Saúde; Valorização do trabalhador e do trabalho na Atenção Primária à Saúde; Organizando as ações e serviços de saúde para/com as pessoas e comunidades; As equipes multiprofissionais e a complexidade do fazer em saúde e a Construção coletiva da saúde como direito.





Política e Programas	Documento	
	Portaria Nº 1.834, de 27 de agosto de 2013	<p>Institui e redefine valores diferenciados de cunho às Equipes de Saúde da Família que possuam profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento.</p> <p>P14</p>
	Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013	<p>Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.</p> <p>P15</p>
	Portaria interministerial Nº 1.369, de 8 de julho de 2013	<p>Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil</p> <p>P16</p>
<b>Programa Mais Médicos</b>	Programa Mais Médicos: Orientações sobre a organização da Atenção Básica no Brasil - 2013	<p>Programa Mais Médicos: Orientações sobre a organização da Atenção Básica no Brasil</p> <p>P17</p>
	Portaria Conjunta Nº 1, de 21 janeiro de 2014	<p>Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos Intercambistas nas ações educacionais e de aperfeiçoamento desenvolvidas no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil.</p> <p>P18</p>
	Portaria Conjunta No 31, de 5 de junho de 2015	<p>Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.</p> <p>P19</p>
	Portaria No 585, de 15 de junho de 2015	<p>Dispõe sobre o regulamentação do Supervisório Acadêmico no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências</p> <p>P20</p>
	Resolução nº 2, de 26 de outubro de 2015	<p>Dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências.</p> <p>P21</p>
	Resolução nº 3, de 6 de novembro de 2015	<p>Dispõe sobre o Eixo Aperfeiçoamento e Extensão do 2º Ciclo Formativo do Projeto Mais Médicos para Brasil.</p> <p>P22</p>
	Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros - 2015	<p>Livro - Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros</p> <p>P23</p>
	Portaria Nº 2.554, de 28 de outubro de 2011	<p>Institui, no Programa de Resqualificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção</p> <p>P24</p>
	Portaria Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011	<p>Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes).</p> <p>P25</p>
<b>Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes</b>	Portaria Nº 3.127, de 28 de dezembro de 2012	<p>Altera dispositivo da Portaria nº 2.554/GM/MS, de 28 de outubro de 2011, que institui, no Programa de Remanejamento de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.</p> <p>P26</p>
	Manual de Telessaúde para Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde - 2012	<p>Manual de Telessaúde para Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde;</p> <p>P27</p>
	Manual de Telessaúde para Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde - 2013 - Protocolo de resposta a teleconsultorias	<p>Manual de Telessaúde para Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde - 2013 - Protocolo de resposta a teleconsultorias</p> <p>P28</p>
	Manual de Telessaúde para Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde - 2013 - Protocolo de solicitação de teleconsultorias	<p>Manual de Telessaúde para Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde - 2013 - Protocolo de solicitação de teleconsultorias</p> <p>P29</p>

Fonte: da autora, 2018

**Quadro 2.** Elementos e componentes do trabalho como categorias analíticas transversalizadas pelos valores que influenciam a capacidade dos serviços em assegurar acesso.

Elementos	Componentes	Valores
Fomação, experiência e domínio de normas	Ofertas de Educação Permanente Formação na graduação Formações e normativas referentes ao trabalho na Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família Ofertas de apoio à prática cotidiana	
Satisfação	Sobrecarga de trabalho: quantidade de trabalho diário; demanda para atendimento; exigência de produtividade Valorização: salário; vínculos de trabalho; mecanismos de valorização e gratificação profissional; responsabilidade pelo cuidado das pessoas; imaginário existente sobre os serviços públicos e importância do trabalho que realizam.	
Gestão e organização do processo de trabalho	Territorialização: adscição/adstição das pessoas e famílias; cadastramento das famílias; vinculação com local de residência/trabalho. Agenda das equipes: organização da oferta (espontânea X programática); acolhimento com classificação de risco X outros modos de marcação. Ofertas de ações: Visita domiciliar, atividades em grupo; atividades coletivas; apoio matricial Horário de funcionamento das unidades Ambiência	
Trabalho coletivo	Trabalhar em equipe Oferta de ferramentas para o trabalho em equipe Composição das equipes (multiprofissionalidade, rotatividade, quantidade de profissionais)	
Integração: interação com a comunidade	Respeito aos saberes, a inclusão das singularidades - questões culturais, valores, crenças dos usuários; necessidade de saúde e conhecimento da realidade local Escuta, vínculo, confiança, diálogo e a comunicação Construção coletiva dos espaços e do planejamento em saúde Participação popular/controle social	Solidariedade, Justiça, Saúde, Dignidade, Cuidado, Respeito e Responsabilidade.

Fonte: da autora, 2018.

### ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo atende as normas éticas nacionais e internacionais e se coloca como uma ferramenta forjada a partir da bioética cotidiana. Assim, pretendeu uma aplicação prática da ética no campo da saúde ao olhar para as questões presentes no cotidiano e que exigem uma reflexão ética, como as iniquidades em saúde, e propor, a partir da reflexão teórica, novas formas de se olhar e produzir atos de saúde e de olhar e construir políticas públicas que afirmem a saúde como direito universal.

A pesquisa “Estratégia Saúde da Família - inovação tecnológica para ampliação do acesso, da qualidade e promoção de saúde bucal na atenção básica - estudo multicêntrico” foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, número do processo 491.461/2013, e seguiu as normas da Resolução nº 466/12 (Anexo C). A coleta de dados respeitou todos os preceitos éticos recomendados internacionalmente, no que diz respeito à pesquisa com seres humanos e foram solicitados consentimentos das instituições envolvidas, bem como a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por todos os envolvidos diretamente na pesquisa (Anexo D). Em um primeiro momento, a pesquisa foi apresentada para todos os participantes e as dúvidas existentes esclarecidas. O direito à informação e o anonimato no trato das informações obtidas foram garantidos. A participação na pesquisa foi facultativa a todos os trabalhadores das equipes de saúde.

Por fim, o presente estudo cumpre, junto com outras iniciativas realizadas, com o compromisso firmado, com as pessoas envolvidas no processo, de tornar público os resultados pelos meios científicos conhecidos.



Quantos mais vão precisar morrer para que essa guerra aos pobres acabe?

Marielle Franco, 2018

Marielle Franco<sup>5</sup> mulher, negra, mãe, oriunda da favela da Maré, socióloga, mestre em Administração Pública, vereadora da Câmara do Rio de Janeiro pelo PSOL, com 46.502 votos, foi Presidente da Comissão da Mulher da Câmara. Inicia sua militância pelos direitos humanos, depois que uma de suas amigas foi assassinada em uma troca de tiros entre policiais e traficantes na Maré. Assassinada em março de 2018 quando seu carro foi atingido por 13 tiros.

#### 4 MARCO CONTEXTUAL

##### ARTIGO 1 - MODOS DE PRODUZIR CUIDADO E A UNIVERSALIDADE DO ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Artigo publicado no periódico:** Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.4, p.888-903, 2017.

Erica Lima Costa de Menezes, Magda Duarte dos Anjos Scherer, Marta Inez Verdi, Denise Pires de Pires

---

<sup>5</sup> Disponível em: <https://www.mariellefranco.com.br/quem-e-marielle-franco-vereadora>. Acesso em: 17jun2018.

## Resumo

Este artigo faz uma revisão da literatura nas bases SciELO, Lilacs, BVS e Medline, e analisa como o trabalho dos profissionais na atenção primária no Brasil contribui para o acesso universal aos serviços de saúde. De uma seleção inicial de 901 artigos, foram incluídos 52, publicados entre janeiro de 2005 e outubro de 2015. Os achados evidenciam elementos do trabalho que influenciam a capacidade do serviço em assegurar o acesso, relacionados a modos de produzir cuidado que ampliam o acesso às ações de saúde. São destacados os seguintes elementos: normativas prescritoras do trabalho; espaços que favorecem o encontro (acolhimento, visitas domiciliares, apoio matricial e atividades coletivas); formação/experiência do trabalhador; relação com o usuário e com o território; vínculo e responsabilização; respeito à autonomia e aos diferentes saberes e culturas; conhecimento da realidade local; carga de trabalho; e valorização/satisfação profissional. Os modos de produzir cuidado descritos contribuem para a ampliação do acesso, tanto pela existência de confiança, vínculo e capacidade de dar resposta às demandas apresentadas pelos usuários, como pela organização de serviços mais flexíveis e atentos às necessidades de saúde dos sujeitos individuais e coletivos.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Assistência à Saúde.

## Abstract

This study reviews literature from the SciELO, Lilacs, VHL and Medline databases, and analyzes how professionals' work in Brazilian primary care contributes to universal access to health services. A total of 901 articles were found, and 52 of them – published between January, 2005 and October, 2015 – were included in this paper. The findings show elements of work that influence the health services ability to ensure access and are related to care practices that broaden the access to health-care actions. We highlight the following elements: prescriptive norms of work; spaces that enable the meetings (welcoming actions, home visits, matrix support and group activities); professional qualification/experience of the worker; relationship with the user and with the territory, bond and accountability; respect for autonomy and for different thoughts and cultures; knowledge of the local reality; workload; and professional valuation/satisfaction. The exposed care practices contribute to increase

access, both because of the existence of trust, bond and capacity to respond to the demands presented by users, and the organization of services that are more flexible and attentive to the health needs of individual and collective subjects.

**Keywords:** Health Primary Care; Health Services Accessibility; Delivery of Health Care.

## **Introdução**

A universalidade do acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, é um dos princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) com forte ancoragem ética. Para viabilizar o direito universal à saúde é necessária a realização de um conjunto de ações garantidas por meio de arcabouço jurídico. A definição desse direito na Constituição Brasileira de 1988 resulta de importante disputa entre segmentos da população brasileira para enfrentar a desigualdade no acesso, identificada como um dos graves problemas na atenção à saúde na década de 1980 (Giovanella; Fleury, 1995).

A Atenção Primária à Saúde (APS) adquire importância nesse contexto, pois durante os anos que se seguiram à criação do SUS, tornou-se a principal estratégia do Estado Brasileiro para fazer valer o princípio da universalidade. A aposta na Atenção Básica (denominação adotada na política nacional), no papel de ordenadora dos serviços de saúde, tinha entre seus objetivos principais, associados à expansão dos serviços de atenção primária, a mudança de aspectos do modelo de atenção, tais como o foco na doença, a excessiva especialização, a centralidade no profissional médico e a passividade imposta ao “paciente”. Para tanto, investiu-se na constituição de equipes multiprofissionais mais próximas da população, capazes de cuidado mais integral e longitudinal, numa lógica de corresponsabilidade entre o profissional cuidador e o cidadão sujeito do cuidado, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), criada na década de 1990, bem como por um conjunto de políticas implantadas nacionalmente. O país possui hoje cerca de 40 mil equipes de saúde da

família implantadas em 5.409 municípios, com cobertura de 63,7% da população.<sup>6</sup>

Acesso é um conceito complexo, utilizado de distintas maneiras na literatura, e que sofreu variação no decorrer da história (Giovanella; Fleury, 1995; Travassos; Martins, 2004; Unglert, 1995). Existe variação em relação ao enfoque do conceito, nas características dos indivíduos, na oferta de serviços, em ambas ou na relação entre serviços e indivíduos (Travassos; Martins, 2004). O acesso aos serviços de saúde é motivo de preocupação internacional. Tem sido utilizado como categoria analítica em pesquisas sobre a organização dos sistemas e serviços de saúde de modo que possa contribuir para efetiva mudança para um modelo de atenção atento às singularidades das pessoas e coletividades e deve ser considerado no momento da construção de políticas públicas (Assis; Jesus, 2012).

Acesso está relacionado à capacidade multidimensional dos serviços e sistemas de saúde de dar resposta resolutiva às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, configurando-se como um dos pré-requisitos essenciais para a atenção à saúde de qualidade e que tem relação direta com aspectos geográficos, culturais, de organização dos serviços e também os sociais e econômicos, como as condições de vida da população, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação (Assis; Jesus, 2012). Para além, o modo como o trabalho dos profissionais é realizado, e em quais condições, bem como as normas e os valores que os norteiam, influencia na capacidade dos serviços e sistemas de assegurar acesso universal.

As diferentes realidades presentes no Brasil, sejam sociais, econômicas ou de formas de organização dos serviços, promovem distintos modos de produzir o cuidado que, por sua vez, irão interferir de formas diversas na universalidade do acesso. Essa realidade nos aponta uma dimensão de análise da universalidade do acesso relacionada a como trabalhadores fazem a gestão do que está prescrito pelas normas antecipadoras do trabalho, numa relação dialética com o contexto sempre singular, para responder às demandas que surgem no cotidiano do

---

<sup>6</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portal do Departamento de Atenção Básica*. Disponível em: <<https://goo.gl/GRdLa5>>. Acesso em: 8 fev. 2017.



trabalho em saúde. Este estudo analisa como o trabalho dos profissionais na Atenção Primária à Saúde no Brasil contribui para o acesso universal.

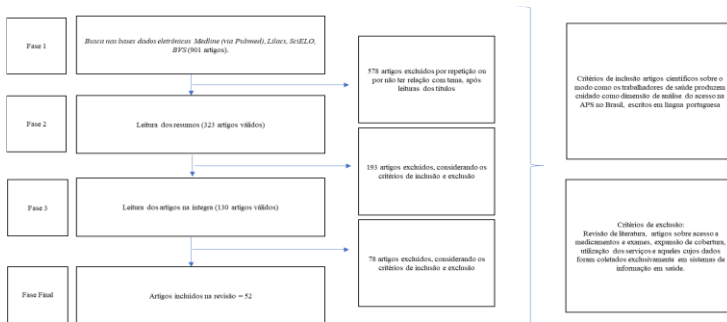
## **Método**

Trata-se de revisão de literatura realizada nas bases SciELO, Lilacs, BVS e Medline. que incluiu artigos que abordam a temática do acesso aos serviços de saúde na atenção primária, publicados entre janeiro de 2005 e outubro de 2015. A questão que norteou a busca foi: como o modo de produzir cuidado influencia o acesso aos serviços de APS?

Diferentes combinações de descritores foram testadas, sendo ao final utilizada a seguinte: Acesso aos serviços de saúde “AND” Atenção Primária à Saúde “OR” Estratégia Saúde da Família. Foram encontrados 26 artigos na Medline (via PubMed), 637 no Lilacs, 112 no SciELO, 126 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-APS), totalizando 901 artigos. Os estudos incluídos foram artigos científicos que abordavam o modo como trabalhadores produzem cuidado na atenção primária à saúde e sua relação com a universalidade do acesso na APS no Brasil, escritos em língua portuguesa. Foram excluídos artigos de revisão de literatura, estudos sobre acesso a medicamentos e exames, sobre expansão de cobertura, sobre utilização de serviços e aqueles cujos dados foram coletados em sistema de informação da saúde.

Na etapa da leitura dos títulos, dos 901 artigos encontrados nas bases de dados, 578 foram excluídos por repetição, 193 não entraram no estudo por não atenderem aos critérios de inclusão após a leitura dos resumos e 130 estudos foram lidos na íntegra. A seleção e inclusão final foi pareada por duas pesquisadoras, compondo assim, neste estudo, 52 artigos. A Figura 1 apresenta o fluxograma da busca, seleção, inclusão e exclusão dos artigos. Os dados foram categorizados e sistematizados de acordo com os aspectos gerais da publicação (título, autores, revista, ano de publicação), características metodológicas (tipo de estudo, local do estudo e participantes da pesquisa), conforme Quadro 1, no qual os artigos são apresentados em ordem numérica buscando resposta ao objetivo da revisão. As informações foram validadas em reunião de consenso com duas pesquisadoras, coautoras do artigo. Após sistematização dos resultados, a discussão foi estruturada em: elementos do trabalho que influenciam na capacidade do serviço em assegurar o acesso e; modos de produzir cuidado que ampliam acesso.

**Figura 1 – Fluxograma das etapas da revisão de literatura**



Fonte: da autora, 2017.

## Resultados

Entre os 52 artigos que compõem este estudo (Quadro 1), 44 são de natureza qualitativa, quatro quantitativa, dois são estudos teóricos, um é estudo de caso único e um de natureza quali-quantitativa. Todos os estudos foram produzidos sobre a APS no Brasil, sendo que a maioria foi realizada na região Nordeste (21), seguida das regiões Sudeste (16), Sul (9), Centro-oeste (1) e Norte (1). Um estudo aconteceu em âmbito nacional, dois em locais não informados e em dois a categoria não se aplica. Apenas um artigo foi publicado em periódico internacional. Quanto aos participantes da pesquisa, os usuários estão presentes em 36 dos 52 estudos realizados, trabalhadores em 21 e gestores em 11. As pesquisas foram desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) (19), em Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) (7), em serviços da APS com ou sem saúde da família (19) e em Sistemas Locais de Saúde (SLS) (5) (Quadro 1).

A totalidade dos artigos traz elementos sobre a organização e a realização do trabalho na atenção primária que influenciam a capacidade do serviço em assegurar acesso, assim como aponta modos de produzir o cuidado com potencial para ampliar o acesso aos serviços. Dos 52 estudos incluídos, quinze abordaram a organização dos serviços com adscrição de clientela, tanto ampliando como reduzindo o acesso. A proximidade da unidade facilita o acesso às ações na APS (Burille; Gerhardt, 2014; Lima et al., 2015; Quinderé et al., 2013; Santos et al., 2012; Schwartz et al., 2010; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Souza; Garnelo, 2008) sendo considerado “critério organizacional legítimo para definir

## Quadro 1 – Sistematização dos resultados de acordo com aspectos gerais da publicação

Ordem	Ano	Autores	Participantes	Região	Tipo de estudo	Local do estudo
1	2015	LIMA, S. A. V. et al.	Usuários, trabalhadores e gestores	NE	Qualitativo	SLS
2	2015	ESPOSTI, C. D. D. et al.	Usuários	SE	Qualitativo	SLS
3	2015	VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P.	Usuários e trabalhadores	SE	Qualitativo	APS
4	2014	SILVA, R. M. M.; VIEIRA, C. S.	Usuários	S	Qualitativo	APS
5	2014	FINKLER, A. L. et al.	Trabalhadores	NI	Qualitativo	APS
6	2014	MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M.	Usuários e trabalhadores	SE	Qualitativo	APS
7	2014	CHAGAS, M. I. O. et al.	Trabalhadores	NE	Qualitativo	UBS
8	2014	SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M.	Usuários	NE	Qualitativo	APS
9	2014	AZEVEDO, A. L. M.; GURGEL, I. G. D.; TAVARES, M. A.	Usuários, trabalhadores e gestores	NE	Qualitativo	APS
10	2014	CAMPOS, R. T. O. et al.	Usuários	SE	Qualitativo	UBS

11	2014	BURILLE, A.; GERHARDT, T. E.	Usuários	S	Qualitativo	SLS
12	2014	SARTI, T. D.	Usuários e trabalhadores	SE	Qualitativo	UBSF
13	2014	SOUSA, F.O.S. et al.	Trabalhadores	NE	Qualiquanti	UBSF
14	2014	ALBUQUERQUE, M.S.V. et al.	Usuários e trabalhadores	NE	Quantitativo	APS
15	2014	TESSER, C.D.; NORMAN, A.H.	NA	NA	Ensaio teórico	NA
16	2014	SILVA, B.F.S.;	Gestores	SE	Qualitativa	SLS
17	2014	LOPES, C.O. et al.	Usuários	NE	Qualitativa	UBS
18	2014	ENGEL, R.H. et al.	Usuários	S	Quantitativo	APS
19	2013	ARAÚJO, M. G. et al.	Trabalhadores	NE	Qualitativo	UBSF
20	2013	MARTES, A. C. B.; FALEIROS, S. M. F.	Usuários	SE	Qualitativo	UBSF
21	2013	VANDERLEI, L. C. M.; NAVARRETE, M. L. V.	Usuários, trabalhadores e gestores	NE	Qualitativo	APS
22	2013	BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M.	Trabalhadores	SE	Qualitativo	UBSF
23	2013	QUINDERÉ, P. H. D. et al.	Usuários e gestores	NE	Qualitativo	APS
24	2013	OLIVEIRA, A. A. V. et al.	Usuários	NE	Quantitativo	UBSF
25	2012	ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A.	NA	NA	Estudo teórico	NA
26	2012	OLIVEIRA, L. S. et al.	Usuários	NE	Qualitativo	UBSF
27	2012	TADDEO, P. S. et al.	Usuários	NE	Qualitativo	UBSF
28	2012	SOUZA, C. L.; SOUZAS R.	Usuários	NE	Qualitativo	UBSF

29	2012	NASCIMENTO, P. T. A.; PEKELMAN R.	Usuários e trabalhadores	S	Qualitativo	UBSF
30	2012	TRAD, L. A. B.; CASTELLANOS, M. E. P.; GUIMARÃES, M. C. S.	Usuários	NE	Qualitativo	APS
31	2012	SANTOS, T. M. M. G. et al.	Usuários	NE	Qualitativo	UBSF
32	2011	LANZA, F.; LANA, F. C. F.	Trabalhadores	SE	Qualitativo	APS
33	2011	VARGAS, A. M. D. et al.	Usuários e gestores	SE	Qualitativo	APS
34	2011	HINO, P. et al.	Usuários	SE	Qualitativo	UBSF
35	2011	CORREA, Á. C. P. et al.	Usuários	CO	Qualitativo	UBSF
36	2010	CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.	Usuários, trabalhadores e gestores	NE	Estudo de caso único	APS
37	2010	LIMA, W. C. M. B.; ASSIS, M. M. A.	Usuários, trabalhadores e gestores	NE	Qualitativo	UBSF
38	2010	SCHWARTZ, T. D. et al.	Usuários	SE	Qualitativo	UBSF
39	2010	CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P.	Usuários	S	Qualitativo	UBSF
40	2010	MEDEIROS, F. A. et al.	Usuários	NI	Qualitativo	UBS
41	2010	VIEGAS, S. M. F. et al.	Trabalhadores e gestores	SE	Qualitativo	SLS

42	2010	COIMBRA, V. C. C. et al.	Usuários, trabalhadores e gestores	S	Qualitativo	UBSF
43	2010	CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A.	NA	SE	Qualitativo	APS
44	2009	CERQUEIRA, M. B.; PUPO, L. R.	Usuários	SE	Qualitativo	APS
45	2009	COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E.	Usuários	NE	Qualitativo	UBSF
46	2009	DALL'AGNOL, C. M.; LIMA, M. A. D. S.; RAMOS, D. D.	Usuários	S	Quantitativo	UBS
47	2008	SOUZA, E. C. F. et al.	Usuários e trabalhadores	NE	Qualitativo	APS
48	2008	NASCIMENTO, P. T. A.; TESSER, C. D.; POLINETO, P.	Trabalhadores	S	Qualitativo	UBSF
49	2008	SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L.	Usuários e trabalhadores	N	Qualitativo	APS
50	2008	SOUZA, M. F.	Gestores	Nacional	Qualitativo	SUS
51	2007	LIMA, M. A. D. S. et al.	Usuários	S	Qualitativo	UBS
52	2007	TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M.	Trabalhadores e gestores	SE	Qualitativo	UBS

o acesso aos serviços locais” (Trad; Castellanos; Guimarães, 2012) e contribui para a realização de ações como visitas domiciliares (Quinderé et al., 2013). Contudo, o cadastro na unidade pode ser barreira de acesso (Carneiro Junior; Jesus; Crevelim, 2010) e critério capaz de gerar situações de discriminação (Martes; Faleiros, 2013), desassistência (Lima et al., 2015; Viegas; Carmo; Luz, 2015) e desaprovação pelos usuários (Souza et al., 2008). O fato de morar perto da unidade por si só não garante que o usuário conseguirá atendimento quando necessário (Chagas et al., 2014; Quinderé et al., 2013; Silva; Andrade; Bosi, 2014), pois para aqueles que passam o dia trabalhando em locais distantes de onde residem essa regra torna-se um empecilho (Silva; Benito, 2013) e a possibilidade de ser atendido próximo ao trabalho seria um facilitador (Lopes et al., 2013).

Um estudo sinalizou que seria importante para a garantia do acesso a flexibilização da escolha do profissional de saúde pelo usuário (Campos et al., 2014), enquanto outro artigo descreve a necessidade de flexibilizar limites impostos pela territorialização considerando a necessidade dos usuários (Souza et al., 2008).

A organização da oferta dos serviços por demanda espontânea e/ou por demanda organizada também aparece na revisão como capaz de influenciar o acesso às ações de saúde. Quando organizada por ações programáticas dificulta o acesso na medida em que prioriza grupos e assim secundariza necessidades de saúde do restante da população ou não organiza a unidade para receber outros grupos, como adolescentes e homens (Araújo et al., 2013; Barbosa; Elizeu; Penna, 2013; Burille; Gerhardt, 2014; Cunha; Vieira-Da-Silva, 2010; Lima; Assis, 2010; Souza; Souzas, 2012; Souza et al., 2008; Souza; Garnelo, 2008; Trad; Castellanos; Guimarães, 2012; Vanderlei; Navarrete, 2013). Essa forma de organização expressa garantia de acesso para grupos prioritários (Lanza; Lana, 2011; Silva; Viera, 2014), enquanto sua ausência faz que o usuário procure a unidade por conta própria, apenas quando identifica alguma necessidade (Oliveira et al., 2013).

Estudos apontam a importância de equilíbrio entre as ações programáticas e o atendimento à demanda espontânea (Tesser; Norman, 2014) por meio de estratégias como a classificação de risco (Silva; Viera, 2014), e chamam atenção de que mesmo usuários pertencentes aos grupos prioritários podem apresentar, em algum momento da vida, quadro agudo que exija atendimento fora do programado (Albuquerque et al., 2014;

Vanderlei; Navarrete, 2013).

Os estudos descrevem o tempo de espera do agendamento até o atendimento, e o próprio dia do atendimento como algo burocrático e demorado (Burille; Gerhardt, 2014; Campos et al., 2014; Carreira; Rodrigues, 2010; Chagas et al., 2014; Coimbra et al., 2010; Correa et al., 2011; Cunha; Vieira-Da-Silva, 2010; Esposti et al., 2015; Lima et al., 2007; Lima et al., 2015; Lopes et al., 2013; Marin; Moracvick; Marchioli, 2014; Oliveira et al., 2012; Schwartz et al., 2010; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Silva; Viera, 2014; Souza et al., 2008; Trad; Castellanos; Guimarães, 2012; Viegas; Carmo; Luz, 2015).

O sistema de marcação de consultas por meio de filas e senhas que resultam em longo tempo de espera e exigem que os usuários cheguem muito cedo na unidade para conseguir atendimento foi o principal fator de limitação do acesso no que se refere à organização da oferta de serviços (Barbosa; Elizeu; Penna, 2013; Coimbra et al., 2010; Dall'agnol; Lima; Ramos, 2009; Finkler et al., 2014; Lima; Assis, 2010; Lopes et al., 2013; Sarti, 2014; Silva; Viera, 2014; Sousa et al., 2014; Vargas et al., 2011).

O horário de funcionamento da unidade é mais um elemento a influenciar o acesso, tendo sido mencionado em oito dos 52 artigos da revisão (Araújo et al., 2013; Burille; Gerhardt, 2014; Campos et al., 2014; Correa et al., 2011; Esposti et al., 2015; Lima et al., 2015; Oliveira et al., 2013; Silva; Viera, 2014). O descumprimento do horário reduz o acesso aos serviços de saúde (Cunha; Vieira-Da-Silva, 2010; Dall'agnol; Lima; Ramos, 2009; Lima et al., 2015; Silva; Benito, 2013; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Trad; Castellanos; Guimarães, 2012), mas a existência do terceiro turno e o atendimento nos finais de semana (Araújo et al., 2013; Lopes et al., 2013; Silva; Benito, 2013) são estratégias para ampliação aos que trabalham durante o dia e nos finais de semana.

A ambiência é apontada, em três artigos, como elemento a influenciar o acesso: por favorecer a satisfação do profissional, melhorando o cuidado e ampliando o acesso (Coelho; Jorge; Araújo, 2009); como expectativa e atrativo para usuários se sentirem mais à vontade e acolhidos na unidade (Esposti et al., 2015); mas também como barreira, pois ao transformar o ambiente dos serviços em um lugar mais “feminino” limita o acesso dos homens (Araújo et al., 2013).

A existência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na composição das equipes gera ampliação do vínculo entre usuários e



equipe de saúde e facilita o acesso (Coimbra et al., 2010; Lanza; Lana, 2011; Lima et al., 2015; Martes; Faleiros, 2013; Oliveira et al., 2012; Sousa, 2008), seja pela realização da marcação de consulta por esse profissional nos domicílios (Lima et al., 2015), pela articulação promovida pelo ACS entre equipe de saúde e comunidade (Sousa, 2008) ou por esse profissional fazer parte da comunidade e entender sua cultura e modos de cuidado (Martes; Faleiros, 2013).

A capacitação, formação e qualificação dos profissionais de saúde para atuar na APS influenciam diretamente o acesso da população às ações de saúde, de acordo com estudos que compõem a presente revisão (Barbosa; Elizeu; Penna, 2013; Carneiro Junior; Jesus; Crevelim, 2010; Hino et al., 2011; Lanza; Lana, 2011; Oliveira et al., 2013; Souza; Garnelo, 2008; Taddeo et al., 2012; Vanderlei; Navarrete, 2013; Viegas et al., 2010). O perfil profissional (Araújo et al., 2013), o compromisso dos profissionais com a atenção a certos agravos prioritários ou a questões referentes aos ciclos de vida, também surgiram como influenciadores do acesso (Lanza; Lana, 2011; Oliveira et al., 2013).

O foco na doença, nos aspectos biológicos e nas ações curativas que mantêm o atendimento orientado pela queixa/conduita, a maior atenção às situações agudas, a centralidade nas consultas médicas (Campos et al., 2014; Coimbra et al., 2010; Esposti et al., 2015; Lima et al., 2015; Souza; Garnelo, 2008; Taddeo et al., 2012), a predominância da solicitação de procedimentos especializados, exames e prescrição de medicamentos e das ações realizadas em consultório (Lima et al., 2015; Souza; Garnelo, 2008) contribuem para o aumento da demanda e redução no acesso ao cuidado em saúde (Burille; Gerhardt, 2014; Lima et al., 2007; Lima et al., 2015; Marin; Moracvick; Marchioli, 2014; Silva; Benito, 2013; Souza et al., 2008). A ênfase dada pela ESF às ações de prevenção e promoção da saúde em detrimento das ações de atendimento clínico é apontada como fator importante para limitação do acesso aos serviços de saúde (Tesser; Norman, 2014).

A percepção, pelos usuários, de que a ausência de profissionais estaria relacionada ao modelo centrado na consulta e presença do profissional médico, não reconhecendo o cuidado produzido pelas demais categorias profissionais, é destacado em quatro estudos (Esposti et al., 2015; Nascimento; Pekelman, 2012; Vanderlei; Navarrete, 2013; Vargas et al., 2011).

A experiência profissional pode favorecer o acesso quando se

conta com profissionais experientes para atuar conforme preconizado pelas políticas (Nascimento; Tesser; Poli Neto, 2008), enquanto o desconhecimento das normativas pode limitar (Souza; Garnelo, 2008).

A desproporção entre demanda e oferta de serviços é obstáculo para o acesso, sendo resultado tanto do excessivo número de famílias sob responsabilidade da equipe, quanto do número insuficiente e da rotatividade de médicos e demais profissionais (Campos et al., 2014; Lima et al., 2015; Marin; Moracvick; Marchioli, 2014; Nascimento; Tesser; Poli Neto, 2008; Schwartz et al., 2010; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Silva; Viera, 2014; Trad; Castellanos; Guimarães, 2012) e do descumprimento da carga horária (Cunha; Vieira-Da-Silva, 2010; Lima et al., 2015; Lima; Assis, 2010; Silva; Benito, 2013; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Trad; Castellanos; Guimarães, 2012).

Dos 52 estudos, 16 trazem o acolhimento como estratégia transversal às ações de saúde e que deve acontecer em todos os espaços para garantia do acesso com qualidade (Albuquerque et al., 2014; Assis; Jesus, 2012; Campos et al., 2014; Chagas et al., 2014; Coelho; Jorge; Araújo, 2009; Coimbra et al., 2010; Correa et al., 2011; Cunha; Vieira-Da-Silva, 2010; Nascimento; Pekelman, 2012; Nascimento; Tesser; Poli Neto, 2008; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Silva; Viera, 2014; Souza et al., 2008; Takemoto; Silva, 2007; Vanderlei; Navarrete, 2013; Viegas; Carmo; Luz, 2015). Entretanto, é também apontado como capaz de limitar o acesso quando se configura em simples triagem da demanda espontânea, quando coloca barreira para conseguir a consulta com o médico ou como forma gentil de negar respostas às necessidades de saúde dos usuários (Campos et al., 2014; Nascimento; Pekelman, 2012; Souza et al., 2008; Takemoto; Silva, 2007; Tesser; Norman, 2014).

Além do atendimento clínico, importante espaço de encontro entre equipe e usuário, a visita domiciliar (Carreira; Rodrigues, 2010; Coimbra et al., 2010; Correa et al., 2011; Lanza; Lana, 2011; Martes; Faleiros, 2013; Oliveira et al., 2013; Quinderé et al., 2013; Santos et al., 2012), as atividades com grupos (Carreira; Rodrigues, 2010; Chagas et al., 2014; Lima et al., 2007), as atividades educativas (Silva; Benito, 2013), o apoio matricial (Souza et al., 2008) e os atendimentos coletivos dentro e fora da unidade (Barbosa; Elizeu; Penna, 2013) favorecem a ampliação do acesso.

O respeito aos saberes, a inclusão das singularidades – questões culturais, valores, crenças dos usuários (Assis; Jesus, 2012; Azevedo;

Gurgel; Tavares, 2014; Carneiro Junior; Jesus; Crevelim, 2010; Carreira; Rodrigues, 2010; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Taddeo et al., 2012) –, às necessidades (Araújo et al., 2013; Burille; Gerhardt, 2014; Campos et al., 2014; Carneiro Junior; Jesus; Crevelim, 2010; Chagas et al., 2014; Coelho; Jorge; Araújo, 2009; Esposti et al., 2015; Lima et al., 2007; Medeiros et al., 2010; Souza et al., 2008; Souza; Garnelo, 2008; Takemoto; Silva, 2007) e o conhecimento da realidade local (Carneiro Junior; Jesus; Crevelim, 2010; Chagas et al., 2014; Coelho; Jorge; Araújo, 2009; Santos et al., 2012; Souza; Garnelo, 2008; Vanderlei; Navarrete, 2013), foram identificados como elemento importante para garantia do acesso. A escuta, o vínculo, a confiança, a simpatia (Assis; Jesus, 2012; Burille; Gerhardt, 2014; Campos et al., 2014; Carneiro Junior; Jesus; Crevelim, 2010; Carreira; Rodrigues, 2010; Cerqueira; Pupo, 2009; Chagas et al., 2014; Coelho; Jorge; Araújo, 2009; Dall’agnol; Lima; Ramos, 2009; Esposti et al., 2015; Hino et al., 2011; Lima et al., 2007; Medeiros et al., 2010; Nascimento; Pekelman, 2012; Nascimento; Tesser; Poli Neto, 2008; Oliveira et al., 2012; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Souza et al., 2008; Souza; Garnelo, 2008; Taddeo et al., 2012; Takemoto; Silva, 2007; Viegas et al., 2010), o diálogo e a comunicação (Barbosa; Elizeu; Penna, 2013; Esposti et al., 2015; Schwartz et al., 2010; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Souza et al., 2008) entre usuários e profissionais devem estar presentes nos diversos encontros para qualificar o acesso. Esses elementos influenciam a escolha do serviço pelo

usuário.

A discriminação por raça e condição socioeconômica (Trad; Castellanos; Guimarães, 2012), pela condição de ser estrangeiro no país (Martes; Faleiros, 2013) e, o preconceito dos profissionais de saúde frente a alguns agravos (Lanza; Lana, 2011) foram apontados como dificultadores para obtenção de cuidado nas unidades de saúde.

Os estudos apontaram que a limitação do acesso também se deu pela necessidade dos trabalhadores de reduzir o sofrimento e a sobrecarga de trabalho. O excesso de trabalho devido a equipe incompleta, a insuficiência de profissionais (Silva; Viera, 2014) e demanda reprimida (Chagas et al., 2014; Lima et al., 2015; Marin; Moracvick; Marchioli, 2014; Medeiros et al., 2010; Nascimento; Pekelman, 2012; Nascimento; Tesser; Poli Neto, 2008; Sarti, 2014; Schwartz et al., 2010; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Sousa et al., 2014; Souza et al., 2008; Viegas et al., 2010), as condições e estrutura da unidade (Coelho; Jorge; Araújo, 2009;

Medeiros et al., 2010; Sarti, 2014), os baixos salários e a carência de mecanismos de valorização profissional (Sarti, 2014) foram apontados como fatores que geram estresse e reduzem a qualidade das ações.

Outros pontos importantes que surgiram nos estudos e que interferiram no acesso por aumentar a carga de trabalho dos profissionais de saúde foram a necessidade de trabalhar em equipe (Correa et al., 2011; Takemoto; Silva, 2007), o aumento da responsabilidade em dar respostas aos usuários quando amplia a escuta e o acesso e a impossibilidade de dar respostas a todas as necessidades apresentadas pela população (Barbosa; Elizeu; Penna, 2013; Nascimento; Pekelman, 2012; Souza et al., 2008; Takemoto; Silva, 2007).

Essas situações fazem que trabalhadores muitas vezes não deem continuidade a prática do acolhimento, reduzam tempo de trabalho nas unidades e até mesmo se ausentem do serviço por sobrecarga, estresse e por desejo de tempo livre (Sarti, 2014), resultando em redução do número de consultas, restrição das ações da equipe às atividades no interior da unidade (Lima et al., 2015; Souza et al., 2008; Souza; Garnelo, 2008), com prioridade para as consultas médico-curativas (Souza; Garnelo, 2008) e o desenvolvimento das atividades de forma mecânica e superficial (Takemoto; Silva, 2007), menos acolhedoras e humanizadas (Finkler et al., 2014).

Além disso, cada vez mais novas responsabilidades (“programas”, “políticas”, “linhas de cuidado”, “funções”) voltadas a doenças, grupos, problemas ou situações específicas são criadas ou descentralizadas para a APS/ESF (Tesser; Norman, 2014). A violência urbana (Viegas et al., 2010), a insatisfação dos profissionais com suas práticas cotidianas, os baixos salários (Trad; Castellanos; Guimarães, 2012), a pouca autonomia para decidir as ações implantadas (Barbosa; Elizeu; Penna, 2013; Nascimento; Pekelman, 2012) e o imaginário social da baixa qualidade dos serviços públicos (Sarti, 2014) também surgiram como fatores que diminuem a oferta de serviços e limitam acesso. Entretanto, alguns trabalhadores, ao assumirem maiores responsabilidades, sentem-se valorizados e reconhecidos (Takemoto; Silva, 2007).

Associados aos elementos até aqui descritos, modos de produzir o cuidado para garantia do acesso se revelam nos estudos analisados, evidenciando valores como solidariedade (Assis; Jesus, 2012; Medeiros et al., 2010; Sarti, 2014; Tesser; Norman, 2014), justiça (Lima; Assis,

2010), saúde como direito (Schwartz et al., 2010; Silva; Andrade; Bosi, 2014; Takemoto; Silva, 2007), humanização da assistência (Dall'agnol; Lima; Ramos, 2009; Finkler et al., 2014; Takemoto; Silva, 2007), responsabilidade (Araújo et al., 2013; Barbosa; Elizeu; Penna, 2013; Finkler et al., 2014; Lima et al., 2007; Takemoto; Silva, 2007) e igualdade (Trad; Castellanos; Guimarães, 2012), como fundamentais para ampliação e garantia de acesso e qualidade das ações de saúde.

### **Discussão**

Dos 52 estudos, 38 abordaram o cuidado produzido nas Unidades de Saúde da Família de forma isolada ou em comparação com as Unidades Básicas Tradicionais, o que demonstra maior interesse dos autores em discutir o trabalho das equipes de saúde da família, provavelmente por ser essa a estratégia prioritária no SUS para ampliação e qualificação dos serviços de APS no Brasil. A predominância de estudos qualitativos pode ser explicada pelo fato de ser uma temática que exige ouvir os protagonistas do trabalho.

Os achados da revisão evidenciam elementos do trabalho que influenciam a capacidade do serviço em assegurar o acesso relacionados a modos de produzir cuidado que ampliam o acesso às ações de saúde resultantes de relação dialética entre o meio, o trabalhador e o usuário dos serviços.

Os resultados permitem destacar os seguintes elementos: as normativas que orientam a organização dos serviços; os espaços que favorecem o encontro (acolhimento, visitas domiciliares, apoio matricial e atividades coletivas/grupo); a formação/experiência do trabalhador; a relação do trabalhador com o usuário e com o território, o vínculo e a responsabilização, o respeito à autonomia e aos diferentes saberes e culturas, o conhecimento da realidade local; a carga de trabalho e; a valorização/satisfação profissional.

As normativas relacionadas aos modos de organização dos serviços nas unidades, tais como a adscrição de clientela, o trabalho em equipe, o horário de funcionamento das UBS/USF, a oferta de ações por demanda espontânea ou programada, ora facilitam, ora são limitadoras do acesso. O usuário tem preferência pelos serviços cuja experiência anterior foi positiva, àqueles próximos a sua casa ou trabalho; que dedicam tempo

a escutar suas demandas e a explicar os procedimentos que serão realizados e se mostram pouco satisfeitos com o tempo que permanecem na sala de espera, com o horário de funcionamento da unidade, com a agilidade para resolução dos problemas e com a falta de liberdade de escolha dos profissionais, à semelhança dos achados do estudo de Ferreira, Raposo e Pisco (2017) que apontam que esses aspectos foram os piores avaliados pelos usuários.

As normas fixam os limites do que é lícito e do que é interdito, expressão do que determinada instância avalia como “devendo ser” (Durrive, 2011). Essa instância pode ser exterior ao trabalhador ou incluí-lo, no contexto da APS, normativas são fundamentais para orientar as práticas associadas a autonomia das equipes, para ajustar ações de acordo com as singularidades dos casos, das pessoas e comunidades (Carrapiço; Ramos; Ramos, 2017). Entretanto, esse ajustamento não deve prescindir da consideração pelas necessidades dos usuários.

Do ponto de vista do modelo de atenção, a revisão corrobora com o estudo de Franco e Merhy (2007) que aponta a convivência das mudanças estruturais propostas para a APS e ESF com a manutenção de práticas médico-centradas, focadas na doença, em procedimentos e na solicitação de exames que aumentam a demanda e reduzem o acesso aos serviços de saúde. A formação e a qualificação dos trabalhadores são fatores determinantes para mudança da forma de trabalhar das equipes de saúde por meio de “novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, bem como outra micropolítica para este trabalho” (Franco; Merhy, 2007, p. 115-116). As unidades de saúde devem se fortalecer como instituições de aprendizado cujo conhecimento é uma produção coletiva que resulta em proteção e satisfação para os trabalhadores (Carrapiço; Ramos; Ramos, 2017).

É preciso atuar, desta forma, com base em dois saberes distintos. De um lado nos saberes acadêmicos, científicos, oriundos de protocolos, que promovem mudanças na formação dos profissionais de saúde. E, de outro, nos saberes que não são escritos e nem formalizados, resultantes da experiência vivenciada a cada atividade de trabalho (Trinquet, 2010), a partir da organização, por exemplo, de ações de formação na própria unidade e do uso das tecnologias digitais para trocas e levantamento de necessidades formativas (Biscaia; Heleno, 2017) contribuindo, assim, para construção de atos de saúde qualificados tecnicamente, ágeis e resolutivos.

Para Schwartz (2000, p. 485) “toda atividade de trabalho é sempre, em algum grau, de um lado, descritível como protocolo experimental e, de outro, experiência e encontro”. Encontros produtores de vínculo, corresponsabilização, escuta, acolhimento, que dialoga com os saberes dos usuários, que conhece a realidade local e atento às necessidades dos usuários e profissionais de saúde aparecem nos estudos como capazes de ampliar o acesso, tanto por promoverem ampliação da clínica (Cunha, 2004) quanto por comporem a dimensão simbólica das “percepções, concepções e atuação dos sujeitos; representações sociais do processo saúde-doença; representações sociais da forma como o sistema de saúde se organiza para atender às necessidades” (Jesus; Assis, 2010, p. 164).

É possível não se deixar aprisionar pela norma, ir além do atendimento às famílias adscritas e da dicotomia entre oferta organizada e demanda espontânea organizando serviços atentos aos modos de vida das pessoas, assumindo que nos atos de saúde todos sabem algo e que o cuidado deve ser produzido a partir dos diferentes saberes.

A realização das visitas domiciliares, os trabalhos em grupo, as ações coletivas aparecem como espaços capazes de ampliar acesso, sendo acolhimento o dispositivo mais utilizado entre as equipes de saúde. Entretanto, a prática do acolhimento, ao mesmo tempo em que reconhece o direito à saúde, em muitos momentos tem descumprindo essa garantia constitucional (Brehmer; Verdi, 2010) quando, por exemplo, se configura como “modo gentil” de negar acesso às consultas médicas ou como simples triagem dos casos a ser atendidos nas unidades em horários específicos para acontecer.

A organização da demanda que limita o acesso e reduz o número de atendimentos diários, os inúmeros encaminhamentos para os especialistas, o atraso para chegar na unidade, o não cumprimento das ações, o foco nas atividades dentro do consultório, podem ser reflexos da sobrecarga e da busca dos trabalhadores por maior satisfação no trabalho, seja pelo medo da violência, pelos baixos salários e vínculos precários, por insatisfação com a função que realiza ou pelo desejo de horários livres, como citados nos artigos desta revisão. Pesquisa realizada em três regiões do Brasil apontou que a sobrecarga associada ao excesso de demanda e território superestimado foram os elementos mais significativos para o aumento das cargas de trabalho dos profissionais de enfermagem, afetando a eficácia, a qualidade do cuidado, o acolhimento

e o acesso aos serviços (Pires et al., 2016).

Os atos de saúde quando promotores de troca e produção em equipe, satisfação e valorização dos trabalhadores, qualificam o cuidado e ampliam o acesso, de acordo com os artigos selecionados. Esses resultados corroboram com o estudo de Carrapiço, Ramos e Ramos (2017), que acrescentam que o trabalho em equipe além de otimizar as ações e ajudar a prevenir ou reduzir a incidência de burnout, favorece a troca e atualização científica entre profissionais. Nas “equipes com dimensão e diversidade humana e profissional adequadas, com personalidade e nome próprios, onde existe sentimento de pertença [...], percepção dos resultados atingidos [...] e reconhecimento externo, os resultados em saúde são melhor avaliados” (Carrapiço; Ramos; Ramos, 2017, p. 697).

Avaliar o trabalho e dimensionar o quanto contribui para ampliar o acesso aos serviços de saúde não é simples. O trabalho em saúde enfrenta necessidades complexas e variáveis, é impossível ser padronizado em sua totalidade, é realizado por um grupo heterogêneo de trabalhadores, é dependente das condições sociopolíticas e requer constante negociação num contexto de disputas de diversos interesses (Scherer et al., 2013). Além disso, profissionais precisam a todo momento confrontar as normas para o trabalho com as exigências das situações concretas de vida dos usuários que demandam atendimento, o que os coloca num debate de normas e de valores que vão gerar escolhas, ou seja, determinados modos de produzir cuidado.

A priorização dos usuários que mais precisam; a atuação de forma planejada; a realização de ações para além dos muros da unidade; a oferta de informação e a contribuição para ampliação da autonomia das pessoas também foram descritos nos artigos como modos de produzir o cuidado, transversalizados por certo conjunto de valores capazes de ampliar o acesso.

Os valores estão presentes de forma transversal e permanente na atividade humana. A priorização de valores como a defesa da vida, a saúde como direito, a valorização dos saberes, da experiência e da autonomia dos usuários, o entendimento do outro como ser semelhante tendem a orientar para a produção de formas de fazer saúde que contribuem para ações mais criativas e que qualificam o cuidado na APS, segundo Scherer e Menezes (2016), e estão em consonância com os valores evidenciados nesta revisão. Valores do bem comum são



necessários para realização de ações de saúde que ampliem o acesso ao contribuírem para produção de atos de saúde com equidade, tendo o usuário como foco da atenção e priorizando aqueles que mais precisam.

## Referências

ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da atenção básica em Pernambuco. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, p. 182-194, 2014. Número especial.

ARAÚJO, M. G. et al. Acesso da população masculina aos serviços de saúde: perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Pesquisa*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 475-484, 2013.

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

AZEVEDO, A. L. M.; GURGEL, I. G. D.; TAVARES, M. A. O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira (PE). *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 275-280, 2014.

BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.

BISCAIA, A. R.; HELENO, L. C. V. A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 701-712, 2017.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3569-3578, 2010. Suplemento 3.

BURILLE, A.; GERHARDT, T. E. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 664-676, 2014.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários.

Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, p. 252-264, 2014. Número especial.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.

CARRAPIÇO, E. I. N.; RAMIRES, J. H. V.; RAMOS, V. M. B. Unidades de Saúde Familiar e Clínicas da Família: essência e semelhanças. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 691-700, 2017.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R. A. P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à unidade básica de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 63, n. 6, p. 933-999, 2010.

CERQUEIRA, M. B.; PUPO, L. R. Condições e modos de vida em duas favelas da Baixada Santista e suas interfaces com o acesso aos serviços de saúde. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 33, n. 2, p. 214-230, 2009.

CHAGAS, M. I. O. et al. Acesso dos usuários aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família: percepção dos enfermeiros. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 17, n. 3, p. 280-290, 2014.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, v. 33, n. 3, p. 440-452, 2009.

COIMBRA, V. C. C. et al. Avaliação da estrutura: processo de acesso de usuários a uma unidade de saúde da família. Revista de Pesquisa, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 1095-1107, 2010.

CORREA, À. C. P. et al. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 451-457, 2011.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.

CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2005.

DALL'AGNOL, C. M.; LIMA, M. A. D. S.; RAMOS, D. D. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. *Revista*

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 47-67, 2011. Suplemento 1.

ENGEL, R. H. et al. Acessibilidade geográfica e organizacional: obstáculos entre usuários com tuberculose e os serviços de saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 307-314, 2013.

ESPOSTI, C. D. D. et al. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no sistema único de saúde da região metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 765-779, 2015.

FERREIRA, P. L.; RAPOSO, V. M.; PISCO, L. A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 747-758, 2017.

FINKLER, A. L. et al. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 548-553, 2014.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 177-198.

HINO, P. et al. As necessidades de saúde e vulnerabilidade de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. *Revista*

da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 45, p. 1656-1660, 2011. Número especial 2.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

LANZA, F.; LANA, F. C. F. Acesso às ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde em uma microrregião endêmica de Minas Gerais. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 14, n. 3, p. 343-353, 2011.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo*, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015.

LIMA, W. C. M. B.; ASSIS, M. M. A. Acesso restrito e focalizado ao programa saúde da família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos × demanda espontânea. *Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador*, v. 34, n. 3, p. 439-449, 2010.

LOPES, L. C. O. et al. A acessibilidade do homem ao serviço de saúde após a implantação do Programa Nacional de Saúde do Homem: uma realidade presente? *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 16, n. 3, p. 226-233, 2013.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. *Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro*, v. 22, n. 5, p. 629-636, 2014.

MARTES, A. C. B.; FALEIROS, S. M. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade, São Paulo*, v. 22, n. 2, p. 351-364, 2013.

MEDEIROS, F. A. et al. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. *Revista de Salud Pública, Bogotá, DC*, v. 12, n. 3, p. 402-413, 2010.

NASCIMENTO, P. T. A.; PEKELMAN, R. Acesso e acolhimento: “ruídos” e escutas nos encontros entre trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 15, n. 4, p. 380-394, 2012.

NASCIMENTO, P. T. A.; TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis. *Arquivos Catarinenses de Medicina, Florianópolis*, v. 37, n. 4, p. 32-34, 2008.

OLIVEIRA, A. A. V. et al. Diagnóstico de tuberculose em pessoas idosas: barreiras de acesso relacionadas aos serviços de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 47, n. 1, p. 145-151, 2013.

OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.

PIRES, D. E. P. et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 24, 2016. Não paginado. Disponível em: <<https://goo.gl/XM3SQZ>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde, Rio de Janeiro*, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013.

SANTOS, T. M. G. et al. O acesso ao diagnóstico e ao tratamento de tuberculose em uma capital do nordeste brasileiro. *Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro*, v. 20, n. 3, p. 300-305, 2012.

SARTI, T. D. A marcação de consulta médica em uma unidade de saúde da família: uma etnografia a respeito dos conflitos entre usuários e profissionais de saúde. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 17, n. 3, p. 362-372, 2014.

SCHERER, M. D. A.; MENEZES, E. L. C. Atenção primária à saúde: espaço potencial de criatividade. *Revista Tempus: Actas de Saúde Coletiva, Brasília, DF*, v. 10, n. 3, p. 137-146, 2016.

SCHERER, M. D. A. et al. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da unidade de saúde de resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 65, 1998. Não paginado. Disponível em: <<https://goo.gl/VyqSCr>>. Acesso em: 1º dez 2017.

SILVA, B. F. S.; BENITO, G. A. V. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2189-2200, 2013.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na atenção básica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, 2014.

SILVA, R. M. M.; VIERA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 65, n. 5, p. 794-802, 2014.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do sistema único de saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014.

SOUSA, M. F. O programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 61, n. 2, p. 153-158, 2008.

SOUZA, C. L.; SOUZAS, R. Juventude e saúde: análise do discurso sobre oferta e acesso aos equipamentos e serviços. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 65, n. 6, p. 922-928, 2012.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S100-S110, 2008. Suplemento 1.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S91-S99, 2008. Suplemento 1.

TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

TRAD, L. A. B.; CASTELLANOS, M. E. P.; GUIMARÃES, M. C. S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1007-1013, 2012.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004. Suplemento 2.

TRINQUET, P. Trabalho e educação: o método ergológico. *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, v. 10, n. 38, p. 93-113, 2010. Número especial.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 221-235.

VANDERLEI, L. C. M.; NAVARRETE, M. L. V. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 379-389, 2013.

VARGAS, A. M. D. et al. O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 821-828, 2011.

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

VIEGAS, S. M. F. et al. O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 769-784, 2010.





“A gente enfrenta o preconceito duas vezes, por ser indígena e por ser mulher”.

“Nós, indígenas, sabemos o que é ser ignorado dentro do próprio País. Sabemos o que não é ser enxergado dentro das cidades, ser visto como exótico, como alguém que deveria estar no mato. E sabemos que nós não somos os únicos invisíveis na cidade.”

Sônia Guajajara

**Sônia Guajajara**<sup>7</sup>, 44 anos, nascida no Maranhão, do povo Guajajara, e da terra indígena Arariboia. Formada em Letras e em Enfermagem, especialista em Educação especial pela Universidade Estadual do Maranhão. É a primeira candidata indígena a concorrer às eleições em uma chapa presidência, é candidata à Vice-Presidência pelo PSOL.

## 5 MARCO TEÓRICO

**BIOÉTICA COTIDIANA E ERGOLOGIA: olhares para as políticas públicas, os modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso na Atenção Primária à Saúde no Brasil**

**Capítulo publicado no livro:** VERDI, M., FINKLER, M., HELLMANN, F. BIOÉTICA COTIDIANA – aproximações e diálogos com a Saúde Coletiva, no prelo.

Erica Menezes, Melissa Eich, Marta Verdi, Magda Scherer

### Introdução

Nesse capítulo, refletiremos sobre as políticas públicas para Atenção Primária à Saúde no Brasil e os modos de produção do cuidado

---

<sup>7</sup> Sorce, C; Castro, C. A voz ancestral de Sônia Guajajara. Carta Capital. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/revista/1010/a-voz-ancestral-de-sonia-guajajara>. Acesso em: 16 set 2018.

tendo como horizonte a consolidação do princípio da universalidade do acesso, a partir de dois referenciais teóricos: a ergologia e a bioética cotidiana.

A bioética cotidiana “considera que viver de modo digno significa viver e conviver em saúde e que as regras morais têm valor na experiência humana” (LIMA, 2013, p.15). Nos auxilia assim, na compreensão dos valores intrínsecos aos modos de produção do cuidado, bem como nas políticas públicas para a APS e sobre os desafios para concretizar a universalidade do acesso no Brasil. Podemos afirmar que está no escopo da bioética o questionamento e a deliberação sobre a melhor forma de realizar as ações de saúde, discutindo e argumentando os valores expostos durante as pactuações coletivas e representadas por meio das leis, portarias e políticas públicas, articulando com os constantes na vida de cada indivíduo e /ou coletividade.

A abordagem ergológica surge na década de 1980 na França. Trata-se de “uma disciplina de pensamento, própria às atividades humanas, que tem como objetivo construir conceitos rigorosos e indicar nestes conceitos como e onde se situa o espaço das (re)singularizações parciais, inerentes às atividades de trabalho” (SCHWARTZ, 2000, p. 45). Para o grupo de estudiosos, era importante saber o que estava mudando no mundo econômico, do trabalho e social naquela época e, para isso, era fundamental fazer uma aproximação do trabalho estabelecendo uma troca entre os elementos teóricos levados pelos pesquisadores e a experiência dos trabalhadores, analisando a situação de trabalho em grupo (SCHWARTZ, 2006). Pretendia-se assim, conhecer melhor a atividade e potencializar a capacidade de intervenção e produção de transformações (SCHWARTZ, DUC E DURRIVE, 2007). A abordagem ergológica utiliza-se da integração de disciplinas, como: a Ergonomia, a Linguística, a Antropologia, a Psicologia, a Economia e a Engenharia (SCHWARTZ, 2006).

Para compreender os modos de produção do cuidado, de acordo com a ergologia, é preciso considerar o ponto de vista dos trabalhadores, na situação de trabalho onde o cuidado acontece. O trabalho é uma atividade humana de gestão de normas antecedentes em situações sempre singulares onde o trabalhador faz escolhas em função dos valores e recursos presentes no meio. Compõem o conjunto de normas antecedentes as políticas públicas de saúde, que portam um conjunto de valores de uma dada sociedade.

## **Breve reflexão sobre as Políticas Públicas e a universalidade do acesso na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde**

O Brasil apresenta ainda imensas iniquidades sócio econômicas e de saúde entre regiões, estados e municípios e dentro de regiões do mesmo município, com grande influência do setor privado e do mercado em torno da saúde. Berlinguer (1996) considera que as iniquidades distributivas da saúde e das doenças entre as pessoas e populações tem relação direta com as diferenças genéticas, psicológicas, comportamentais, sobretudo com os fatores sociais e culturais (instrução, trabalho, habitação, nutrição). Iniquidades são entendidas como as diferenças desnecessárias, evitáveis, reprováveis e injustiças. Para o autor, o caminho para redução das iniquidades em saúde é a equidade, mediante a oferta de igualdade de oportunidades e remoção de obstáculos que não possam ser superados por meio da vontade e das atitudes pessoais, configurando-se como “o desafio moral mais relevante no relacionamento entre ética e saúde” (BERLINGUER, 1996, p.82).

Ao passo que se busca esclarecer a terminologia “igualdade de oportunidades” é preciso considerar o fato de não equivaler

A algo como igualdade de liberdades abrangentes (overall freedoms). Isto é assim devido (1) à diversidade fundamental dos seres humanos, e (2) à existência e importância de meios variados (tais como renda ou riqueza) que não se enquadram no domínio da definição padronizada de ‘igualdade de oportunidades’. Nos termos da posição delineada e defendida neste trabalho, um modo mais adequado de apreciar a igualdade ‘real’ de oportunidades deve ser por intermédio da igualdade de capacidades (ou da eliminação das desigualdades claras nas capacidades, pois as comparações de capacidade são caracteristicamente incompletas) (SEN, 2001, p.37, grifos do autor).

Assim, as oportunidades ‘reais’ não são caracterizadas apenas pelos recursos disponibilizados às pessoas, e sim, funções cujos valores determinantes são permeados por uma série de fatores: “recursos, talentos, condicionamentos, direitos, expectativas, escolhas anteriores, consequências controláveis ou não de ações individuais ou coletivas, autoestima, poder de iniciativa, voz da comunidade, processos decisórios etc.” (SEN, 2001, p.13).

É possível, também, considerar que as iniquidades vivenciadas pelo povo brasileiro foram ainda mais graves antes da Constituição de 88, quando o acesso era limitado aos contribuintes da Previdência Social o que restringia o direito a atenção à saúde. A saúde, como um direito fundamental do ser humano, precisa ser compreendida como uma construção histórica e social a partir dos embates e lutas por direitos em várias sociedades. Dessa forma, é reconhecida pelo ordenamento jurídico como um direito fundamental, configura-se como um direito inerente aos seres humanos, existente independentemente e anteriormente a presença de qualquer documento formal, mas que a população brasileira entendeu, no decorrer da história, como necessária à sua formalização tanto na Constituição Federal (CF) como em outros instrumentos jurídicos. É um direito essencial para o desenvolvimento humano, pois gera interferências e produção de benefícios. Os direitos sociais, fundamentais, universais e de competência estatal ganharam força após a segunda guerra mundial (1939-1945) para proteção da dignidade humana, atingida fortemente pelo regime nazista (LIMA et al, 2009).

Ninguém desconhece que “o processo histórico de conformação do sistema de saúde é um elemento de grande valia para a compreensão das bases do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil” (SCOREL; TEIXEIRA, 2011, p. 333). Assim, ao passarmos do império ao populismo e do golpe militar à reforma sanitária destacam-se “a ocupação de espaços de poder pelos representantes do movimento da Reforma Sanitária, a realização da 8º Conferência Nacional de Saúde, o processo constituinte e a aprovação do direito à saúde em 1988, encerrando-se com a legislação infraconstitucional (...)” (SCOREL, 2011, p. 385).

Após 1988, no Brasil, o direito amplo da saúde é entendido como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1998), considerando os fatores socioeconômicos que interferem nas formas como as pessoas vivenciam esse direito (GIOVANELLA E FLEURY, 1995).

A existência de direitos fundamentais, por si só, não garante que a população consiga usufruir dos mesmos, são necessárias garantias jurídicas, políticas, processuais e institucionais eficazes que defendam o direito à saúde (AITH, 2010). O Sistema Único de Saúde foi instituído pelos brasileiros como garantia fundamental do direito à saúde e configura-se como a primeira política social universal do Brasil. O Direito

à Saúde passa a ser um valor importante para as políticas públicas com princípios agregados de universalidade, da solidariedade, da dignidade humana e da equidade. A política de saúde se configura então como política social e a saúde passa a ser um direito vinculado à cidadania (VERDI,2013).

A legalidade do direito à saúde e do acesso universal está instituída, entretanto a sua efetiva implementação tem sido construída ao longo dos anos com avanços importantes, mas ainda longe das expectativas de décadas passadas. Com o passar dos anos o SUS sofreu ameaças constantes tanto pelo subfinanciamento como pelo desmonte na estrutura dos serviços, ocasionando para a sociedade brasileira uma interpretação superficial dessa Política Pública com apoio de forte manipulação midiática. Mais recentemente, as propostas de planos populares de saúde, mudanças na forma de financiamento e a concepção de que o SUS é financeiramente inviável, por parte de gestores federais estratégicos, demonstram que esse importante sistema público de saúde com suas políticas está ainda mais ameaçado.

Percebemos assim, que é preciso olhar para forma como essas políticas mobilizam o fazer em estados e municípios. É fundamental o constante questionamento sobre qual sistema de saúde e qual sociedade queremos construir, sendo limitadas as mudanças nos modelos de atenção à saúde de forma setorial exclusiva. É preciso fortalecer a construção de formas de conservação/manutenção do SUS e da participação popular para que os brasileiros discutam as suas necessidades oriundas de condições de vidas vivenciadas e experimentadas no cotidiano. Trata-se de uma luta constante, realizada com muita persistência por inúmeros grupos sociais provenientes dos movimentos sociais, das universidades, de gestores e trabalhadores para uma tentativa de manutenção dos direitos adquiridos, ampliação das garantias necessárias e redução das iniquidades.

Em suma, a defesa do sistema público de saúde no Brasil perpassa a discussão sobre a universalidade do acesso, ressaltando-se a importância da solidariedade humana, em relação aos problemas sanitários em escala internacional, na busca pela contraposição da “ofensiva neoliberal” que apresenta uma concepção de responsabilidade individual pela situação de saúde de cada pessoa, desconsiderando os fatores sociais como determinantes do processo saúde-doença, bem como a influência da posição social na frequência, no decurso e no resultado da

doença, exaltando o valor do egoísmo em detrimento ao da solidariedade (BERLINGUER, 2004). Para Berlinguer (2004) há uma necessidade de luta ampliada pelos direitos sociais, direcionados ao combate dos desperdícios e distorções nos serviços de saúde, de avaliação da eficácia na prestação dos serviços, considerando a eficiência e a humanização; e na adoção de um sistema que não atenda apenas as emergências evitáveis, mas que atue para que as mesmas não ocorram.

Neste contexto, é importante ponderar as diferenças entre a universalidade do acesso e a cobertura universal, conceitos que, por vezes, tem sido utilizados como sinônimos, mas que guardam diferenças importantes entre si. Ainda que a cobertura universal, concebida pela Fundação Rockefeller e acolhida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), se estruture a partir da oferta de acesso a todos aos serviços de saúde, essa separa os que podem pagar com acesso a um número maior de serviços e os com menos recursos financeiros com um número menor ou básico de serviços (RIZZOTTO E COSTA, 2014). Para Pires (2016, p. 2), “A expressão cobertura universal, muitas vezes, refere-se ao quantitativo populacional coberto por serviços de saúde, o que não significa que o referido número de indivíduos utilize o serviço ou que o mesmo seja capaz de atender a múltiplas e complexas necessidades em saúde”.

Em contrapartida, a universalidade do acesso aos serviços e ações de saúde, um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, traduz um importante valor ético que é a afirmação de que a vida de todas as pessoas deve ser respeitada e cuidada. Para Paim e Silva (2010) os conceitos de universalidade e equidade estão relacionados ao princípio da igualdade e, este, por sua vez, à ideia de justiça; estando a ideia de universal presente no lema da Revolução Francesa e nas disputas dos socialistas utópicos e se referindo a aquilo que é comum a todos e, na saúde, um princípio reforçado nas propostas dos Estados de Bem-Estar Social e da Conferência de Alma Ata, como defesa da saúde como direito.

Por sua vez, a universalidade do acesso ingressa no debate da bioética, assim como as políticas públicas passam a ser campo de estudo dos pesquisadores da área (GARRAFA, 2013). Berlinguer (1996), afirma que, apesar de não ser fácil fazer essa avaliação/afirmação, as iniquidades em saúde são menores nos países que desenvolveram sistemas de saúde universais e eficazes. Considera que, mesmos esses países adotaram políticas de restrição e seletividade, justificadas pelo alto custo do sistema. Entretanto, aponta que se fizermos uma análise para além da

questão econômica e dos gastos em saúde, mas olhando para a saúde e a produção do cuidado, as iniquidades em saúde são menores nesses locais.

No Brasil, a APS torna-se a principal estratégia para fazer valer o princípio da universalidade no SUS, como a ordenadora dos serviços de saúde e a porta de entrada preferencial do sistema. É possível constatar a existência e de diversas concepções para o uso do termo Atenção Primária à Saúde. Starfiled (2002) destaca quatro possíveis usos: 1) Atenção focalizada e seletiva com uma cesta básica de serviços para aqueles que não têm como pagar pelas ações de saúde; 2) serviços ambulatoriais e médicos não especializados que conformam um dos níveis de atenção do sistema e realizam o primeiro contato; 3) modelo de organização assistencial abrangente ou integral que segue os princípios discutidos em Alma Ata e 4) uma filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde ganhou contornos próprios e, por isso, também uma definição distinta, pelo movimento sanitário. Nomeada de Atenção Básica à Saúde (ABS) pretendeu demarcar uma discordância com parte do movimento internacional que rotulava a APS como uma forma de ofertar um pacote de ações básicas para aqueles que não poderiam pagar por assistência, almejando afirmar a universalidade e integralidade consolidadas pelo Sistema Único de Saúde (GIOVANELLA E MAGALHÃES DE MENDONÇA, 2012). A Atenção Básica, como ordenadora dos serviços de saúde, tinha entre os objetivos principais, associados à expansão dos serviços de atenção primária, a mudança de aspectos do modelo de atenção, como foco na doença, a excessiva especialização, a centralidade no profissional médico e a passividade imposta ao “paciente”. Assim como, a conformação de equipes multiprofissionais capazes de um cuidado mais integral, uma proximidade com a população a ser cuidada e que previa uma ampliação de vínculo e cuidado longitudinal e uma corresponsabilização com a produção do cuidado, entendendo a saúde em seu conceito ampliado e a responsabilidade sanitária como compromisso de todos.

Pode-se dizer que a ampliação da cobertura da APS, por meio da Estratégia de Saúde da Família, foi a principal ação desenvolvida pelo Governo Federal para universalização do acesso. Em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica é republicada lançando um conjunto de programas para dar resposta, de acordo com os gestores federais, à necessidade de ampliação do acesso e qualificação das ações e serviços

de saúde (BRASIL, 2011). O país possui, nos dias de hoje, cerca de 40 mil equipes de saúde da família implantadas em 5409 municípios, com cobertura de 63,70% da população (BRASIL, 2016), compostas por diferentes profissionais, responsáveis, no âmbito da sua atuação, pela consolidação e efetivação da universalidade, em seu componente final que é o acesso às ações de saúde. Entretanto, a despeito da expansão na cobertura da APS, ainda temos hoje 36,30% da população sem acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2016) e, atualmente, com grande risco de aumento desse número, considerando medidas, como a redução de investimentos, previstas na Emenda constitucional 95/2016 (MARIANO, 2017).

Esses municípios recebem recurso do Governo Federal por meio do Piso da Atenção Básica (PAB) variável que consiste em um valor recebido pelos municípios quando estes implantam ações e políticas formuladas pelo Ministério da Saúde (MS). O processo de construção das políticas de saúde, incluindo às destinadas a APS, acontece junto às instâncias de participação do SUS, como as Comissões Intergestores Bi e Tripartite, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). É inegável o peso da gestão federal, responsável pelo setor saúde, na formulação e implementação de políticas para APS, por meio da indução financeira, publicação de normas, portarias, instrutivos, cadernos, manuais e revistas. O Ministério da Saúde se caracteriza assim, como grande indutor das políticas para APS na maioria dos municípios brasileiros, seja pela priorização de programas, recursos, estruturas, quanto pelas formas de organização e de metas dos serviços.

Entretanto, a forma como estas políticas se efetivam em cada território são distintas e sofrem a influência de um conjunto de fatores, possuem em comum as normativas elaboradas em âmbito nacional que apresentam influência na forma como os princípios do SUS se efetivam, dentre eles o da universalidade do acesso. Desta forma, as políticas públicas federais devem traduzir os princípios ordenadores do SUS e devem estar conectadas com que acontece no cotidiano dos serviços de saúde, construindo uma nova forma de atuar em saúde que garanta a universalidade, equidade e acesso, mas que além disso e mais importante, que consiga acolher e proteger os usuários, resolver suas necessidades de saúde e construir conjuntamente uma maior autonomia dos usuários (MERHY, 1995). Assim, uma aproximação dos modos de produção do



cuidado no cotidiano da APS se faz fundamental para entendermos os avanços e desafios para a universalidade do acesso.

### **Uma aproximação aos modos de produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde no Brasil**

A Atenção Primária à Saúde se configura como um espaço do sistema de saúde que deve estar mais próximo, no sentido amplo e não meramente geográfico, dos sujeitos individuais e coletivos. Uma proximidade que se traduz no conhecimento das especificidades, singularidades, indicadores de saúde e modos de viver das pessoas, na corresponsabilização sobre a produção do cuidado, na produção de vínculo e de confiança entre usuários e serviços de saúde e na prestação de serviços de saúde de qualidade com resolubilidade.

Missão complexa e diversa quando consideramos tanto as diferenças presentes nos encontros cotidianos, bem como toda a diversidade cultural, social, econômica e política existente em um país como o Brasil. Convivemos assim, com formas distintas de se produzir atos de saúde a despeito das normas estabelecidas no nível federal, estadual e municipal do sistema público de saúde.

Para compreender o trabalho, a ergologia propõe o conceito de atividade (SCHERER, 2013). A atividade, sempre enigmática e não passível de padronização, acontece no momento do encontro entre o trabalhador e o usuário, onde esse apresenta a sua necessidade de saúde e é preciso dar uma resposta ao que é solicitado. Esse momento é composto por um conjunto de histórias de vida, de normas antecedentes e de valores.

Por norma antecedente entendemos tudo aquilo que o trabalhador traz de conhecimento sistematizado, seja da formação ou da sua experiência, e que existe antes do momento de realização da atividade. Os profissionais de saúde, possuem, por exemplo, as diretrizes organizacionais da Estratégia Saúde da Família como a adscrição da clientela, o trabalho em equipe multiprofissional, a carga horária de 40 horas, as ações programáticas, o acolhimento, bem como as normas específicas para cada categoria profissional. Compõem também as normas antecedentes, as experiências e vivências dos trabalhadores, sejam elas profissionais ou pessoais, os valores e normas presentes na cultura, religião e no meio de vida em que essas pessoas se constituíram e se constituem como seres sociais.

A atividade é uma contínua recomposição, recriação de normas antecedentes, pois essas guardam uma distância do que realmente é solicitado em cada situação de trabalho (SCHWARTZ, 2007). Assim, o que está escrito e prescrito, bem como todo o conhecimento que possuímos acerca do modo como produzimos o cuidado, seja ele científico ou produzido por uma experiência, nunca será igual à experiência propriamente dita. Tudo que sei sobre usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e todos os atendimentos que já fiz para outros ou para o mesmo usuário produzem um conjunto de conhecimentos que será fundamental para a produção de atos de saúde, entretanto nunca utilizarei esses conhecimentos da mesma forma nos diferentes encontros com outros usuários com HAS, pois além da singularidade de cada usuário, são singulares também os encontros, os recursos, as solicitações, as restrições e as possibilidades presentes no meio. Nesse sentido, a vida é um debate de normas, valores, escolhas e tentativas de renormalização.

No encontro entre trabalhadores e usuários, ambos se transformam, transformam o ambiente onde atuam e transformam uns aos outros. Para Schwartz (2007, p.9):

...cada ser humano – principalmente cada ser humano no trabalho – tenta mais ou menos (e sua tentativa nem sempre é bem-sucedida), recompor em parte, o meio de trabalho em função do que ele é, do que ele desejaria que fosse o universo que o circunda. Ora mais ou menos! Esta recomposição pode ser mínima ou mais significativa– e isso é algo muito positivo.

Trabalhar é, nos debates de normas presentes em nossos encontros, tentar estabelecer uma sinergia para a tríplice ancoragem: (a) biológica composta pelo corpo dado no nascimento, com suas potencialidades e seus limites, (b) histórica: mediante o debate de normas que a constituem e só ganham sentido em um dado momento da história; (c) singular e que tem relação com a experiência de vida de cada pessoa, que a ergologia chama de corpo-si (SCHWARTZ, 2003).

É o corpo-si, que, no momento da atividade faz a gestão entre o prescrito e o real, representando o sujeito da atividade que faz escolhas, menos ou mais conscientes, em função de critérios que são orientados por valores. É preciso se apropriar de certo número de normas antecedentes, compreender que existe algo que é distinto e novo frente a essas normas

no momento da atividade e que é preciso saber fazer a gestão entre elas e o inédito, para conseguir produzir cuidado com qualidade, por exemplo (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2010, p. 210). Existe então, uma primeira antecipação da atividade, oriunda das normas antecedentes e uma segunda antecipação, ao constatar, por exemplo, que esse saber não contempla toda a atividade, havendo sempre uma renormalização, recriação da primeira antecipação (NEVES, 2010).

Convém ainda lembrar que, a finalidade do trabalho é exterior ao homem, é social, pois toda prescrição, à qual o trabalho tem que responder, é produzido pela sociedade. O trabalhador então, se produz como ser social, carregando em si questões que são da sociedade (DUC, DURAFFOURG E DURRIVE, 2007). Uma sociedade que entende a saúde como mercadoria e produção de atos de saúde como consumo de exames e medicamentos e que traduz em suas políticas públicas a valorização prioritária da produtividade, produz e é produzida por trabalhadores e usuários que valorizam consultas rápidas, orientadas pela queixa conduta e geradora de grande número de encaminhamentos.

Quantas vezes escutamos profissionais reclamarem de usuários que no momento da consulta exigem exames e medicamentos como garantia de uma atenção de qualidade e outras tantas de usuários sobre profissionais que em poucos segundos de consulta, pouca ou nenhuma escuta e contato, os encaminham para outros profissionais ou para realização de exames complementares? A mudança pretendida na forma como o cuidado é produzido na atenção primária à saúde requer uma disputa e uma reflexão sobre os fatos, as normas e os valores que orientam à prática dos profissionais de saúde, bem como aquelas que originam as demandas e necessidades de saúde dos usuários.

Políticas Públicas que traduzem os valores do respeito à vida de todos, das produções singulares de cuidado, que fomentam a autonomia e a constituição de consciência sanitária, que estimulam o diálogo e a escuta, também orientam à produção do cuidado para o encontro com esses valores. Assim, o trabalhador busca atuar de acordo com que o meio espera e exige dele, mas também de acordo com o que ele exige de si mesmo. Ele faz escolhas, conscientes ou inconscientes, a partir de critérios e valores, originando um debate do trabalhador com o próprio trabalhador (suas expectativas, valores, necessidades e possibilidades) e debate da ordem social (respeito ao outro, respeito ao direito do outro) (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2007).

As políticas públicas fazem parte de um lado do conjunto de saberes que compõem as normas antecedentes dos trabalhadores e, como toda norma antecedente é resultante de uma construção histórica que agrega também valores de bem comum de uma sociedade (NEVES, 2010) e de outro compõem, as múltiplas experiências de vida e de trabalho vivenciadas por cada trabalhador, influenciando diretamente o modo de realizar a atividade. Alguns trabalhadores quando questionados, por exemplo, sobre o motivo de realizarem a sua atividade de uma forma que nos parece regida por discussões teóricas há muito renovadas, nos relatam ter aprendido com outro profissional mais antigo da equipe que, por sua vez, responde a uma exigência da maneira como a gestão organizava o trabalho da equipe. Na concepção das políticas públicas e na gestão cotidiana dos serviços de saúde a renovação constante das normas, a partir do que é produzido nos encontros entre serviços de saúde e população, é fundamental para qualidade das ações que são produzidas.

Presente no encontro, nas decisões, nas normas antecedentes e nas formas de produzir cuidado, os fatos, as normas e valores são determinantes na construção de atos de saúde mais humanizados ou mais protocolares. Para Schwartz (2011, p.27):

Há, pois, uma relação estreita, frequentemente subestimada ou tão simplesmente ignorada, entre nossa ligação com o mundo dos valores e nossa maneira de trabalhar os saberes. Se há debates de normas em todos os nossos agires e, notadamente, no trabalho, e se a respeito deles temos que tomar decisões todos os dias, é porque um universo de valores está intimamente presente em nós e, em nome desses, tomamos tais decisões... (...). Fazer esse trabalho, em função do peso que se dá a esses valores, é, também, uma escolha do que queremos ser.

É imprescindível, segundo Schwartz (2011, p. 22) questionar o contexto das ações no trabalho a partir de perguntas como: Qual a postura do profissional de saúde no momento do encontro entre trabalhadores e usuários? Os usuários devem ser entendidos como objetos de intervenção, como “situações-tipo” [termo utilizado pelo autor] ou como pessoas que trazem também com elas uma história de vida, conhecimentos prévios, experiências e modos singulares de cuidar? Um encontro que é ativo e atento às diferenças e que convoca os envolvidos a aprender e co-construir a partir dele, considerando não só o motivo da queixa que levou

o usuário à unidade básica de saúde, mas usando essa queixa como ponte para dialogar sobre como esse sujeito entende o seu processo saúde-doença-cuidado e auxiliando-o a ser uma pessoa com mais autonomia no seu processo de caminhar a vida. Portanto, é necessário ir “além dos muros”, “procurando elementos fundamentais nesse processo” na cotidianidade, nas famílias, nas comunidades” ... “onde a história se faz” (SCHWARTZ, 2011, p.22). Além disso, é essencial a busca pela compreensão do modo como essas pessoas produzem cuidado, como vivem suas vidas e dão conta de enfrentar e superar as dificuldades, conhecendo e incluindo no desenvolvimento do projeto terapêutico aquilo que a ergologia chama de “reserva de alternativas” presentes no dia a dia dessas pessoas, no seu meio de vida.

Para Berlinguer (1996), a medicina ocidental, pode ser considerada imprópria por alguns motivos: existência de outras medicinas com fundamentos éticos mais holísticos; as dificuldades vivenciadas por todos os modelos assistenciais sejam os baseados em seguros privados, ou em seguros sociais ou em serviços nacionais e; pela existência, na relação entre profissionais de saúde e usuários, dos desvalores paternalismos e autoritarismo que usurpam dos usuários sua autonomia, um valor princípio moral que deve ser não só respeitado e como estimulado.

Os atos em saúde para Schwartz (2011) ganham ares de um processo artístico, dialético, que exigem criatividade e capacidade de, no debate de normas presentes, decidir entre os saberes formalizados aqueles que serão utilizados a partir do que é convocado, ensinado pelos usuários. Serviços de saúde convivem então constantemente com essa dupla possibilidades antagônicas, de respeitar a procura por construções singulares de saúde, próprias a todas as pessoas ou de “domesticar” através, somente, das “normas e prescrições já citadas” (SCHWARTZ, 2011, p.34).

Por vezes, essa exigência, algo difícil a depender das necessidades apresentadas pelos usuários, dos recursos existentes nas unidades de saúde, da disponibilidade, capacidade dos sujeitos, faz com que equipes de saúde se apoiem quase que exclusivamente nos protocolos, procedimentos, normas tornando os serviços de saúde espaços extremamente burocratizados e limitadores de acesso.

Aos trabalhadores de saúde resta ainda a decisão (que muitas vezes não é individual, pois depende de questões que extrapolam o espaço

micro da produção do cuidado) entre responder às necessidades de saúde com qualidade, rapidez e de forma humanizada e o que a ergologia chama de “economia de si”. Esses relatam que o fazer em saúde carrega inúmeras responsabilidades quando uma escuta mais atenta é realizada e que os usuários apresentam questões que os profissionais de saúde não encontram nos protocolos e, nos sistemas de saúde, respostas. Além disso, as condições de trabalho, os vínculos empregatícios, a satisfação com a função que exerce e tantas outras questões presentes na vida das equipes de saúde, de dentro e de fora do mundo do trabalho, exigem dos trabalhadores considerar no momentos de reflexões e prudência para o desenvolvimentos das ações em saúde, os aspectos que diminuam o desgaste físico e emocional no cotidiano do cuidado para com o outro, ocasionando menor sofrimento e uma maior satisfação no trabalho, em uma constante dialética entre aquilo que o meio exige desse trabalhador (uso de si pelos outros) e aquilo que o próprio trabalhador entende ser o melhor caminho a percorrer (o uso de si por si).

Sobre os usos de si, Schwartz (2000, p. 41) afirma:

quando se diz que o trabalho é uso de si, isto quer, portanto, dizer que ele é lugar de um problema, de uma tensão problemática, de um espaço de possíveis sempre a negociar: há não execução, mas uso, e este supõe um espectro contínuo de modalidades. É o indivíduo em seu ser que é convocado, são, mesmo no inaparente, recursos e capacidades infinitamente mais vastos que os que são explicitados, que a tarefa cotidiana requer, mesmo que este apelo possa ser globalmente esterilizante em relação às virtualidades individuais. Há uma demanda específica e incontornável feita a uma entidade que se supõe de algum modo uma livre disposição de um capital pessoal. Tal é a justificação da palavra "uso" e tal é aqui a forma indiscutível de manifestação de um 'sujeito'.

Para o autor, é cada vez mais difícil de se perceber o “trabalho do uso de si por si mesmo” em uma sociedade dominada por normas e produtividade, mas que “com o encontro dos seres humanos que se dá nos serviços, a ideia do debate de normas referidas a valores que eu chamo ‘sem dimensão’ – como a saúde, a justiça, a cultura, o bem viver, o bem comum – coloca-se mais e mais intensa” (SCHWARTZ, 2006, p. 406).

## **Considerações finais**

Os desafios e as ameaças ao SUS, frente a crise política e econômica que o país está passando, tem sido tema de discussões em todo o Brasil, reafirmando o compromisso e a responsabilidade com a luta e o pacto político que a sociedade brasileira assumiu em 1988 com a universalidade do acesso, a construção de políticas públicas e os modos de produção do cuidado fundamentados nos princípios da justiça, equidade e solidariedade social.

A construção de um sistema público de saúde com a participação dos profissionais de saúde e dos usuários, forjada, entre outros elementos, a partir da análise dos fatos, valores e normas que circundam o processo do cuidado, pode nos ajudar a traçar caminhos para alcançar uma Atenção Primária à Saúde como um modelo de atenção orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Precisamos estabelecer no cotidiano do trabalho a reflexão sobre os “encontros” produzidos e tornar visível a atividade de trabalho, no conceito da ergologia. O encontro no momento do cuidado, entre duas (ou mais) pessoas pode promover a troca de saberes científicos e os específicos de cada profissão e os saberes populares que serão retrabalhados e que nada tem de mecânico e pré-determinado; sendo sempre inédito e reinventado e que demanda um constante estado de estranhamento tanto da equipe de saúde quanto dos usuários.

Para o desenvolvimento da atividade, o trabalhador constrói atos de saúde a partir daquilo que ele conhece das normas antecedentes, do que é solicitado pelo meio, do debate de valores, bem como dos mecanismos de usos e economia de si. Assim, para construção de políticas públicas que promovam, cada vez mais, à consolidação do SUS e da universalidade do acesso é preciso partir da compreensão de como as ações de saúde são produzidas no cotidiano das práticas das equipes de saúde.

## **Referências**

AITH, F. Direitos e garantias fundamentais: As garantias do direito à saúde no Brasil. In: Santos, L. Direito à Saúde no Brasil. Campinas, SP: Saberes Editora, 2010.p 210.

BERLINGER, G. (1996). *Ética da Saúde*. São Paulo: HUCITEC.

\_\_\_\_\_. *Bioética Cotidiana*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004. 280p.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

\_\_\_\_\_. Portal do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php). Acessado em: 17 abril de 2016.

DUC, M. DURAFFOURG, J., DURRIVE, L. O Trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. Trabalho e ergologia: conversas sobre atividade humana. Niterói, Ed. UFF, 2007. Capítulo 2.p. 47-82.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil (Orgs.) GIOVANELLA, L.,

SCOREL, S., LOBATO, L.V.C. et al. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

SCOREL, S., TEIXEIRA, A.T. . História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil (Orgs.) GIOVANELLA, L., SCOREL, S., LOBATO, L.V.C. et al. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

GARRAFA, V. Proteção e acesso à saúde como um bem social. In: HELLMAN, F. VERDI, M., GABRIELLI, R., CAPONI, S. *Bioética e Saúde Coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos*. Florianópolis: DIOESC, 2012.

GIOVANELLA L, FLEURY S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C,



organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

GIOVANELLA L.; MAGALHÃES DE MENDONÇA, MH. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

LIMA, R. de C. G. S. Giovanni Berlinguer: uma história de luta pela consolidação do direito à saúde. In: Hellmann F. et al. Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos. Editora Primas: Curitiba, 2013. p.16-35.

LIMA, R. de C. G. S.; SEVERO, D. O.; VERDI, M. I. M. and DA ROS, M. A..A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. Saude soc. [online]. 2009, vol.18, n.1, pp.118-130

MARIANO, CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos 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

MERHY, E.E. Universalidade, Equidade e Acesso Sim. Mas, Não Bastam. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf>. Acesso em: 01 de março de 2016.

MORA, J. F. Dicionário de Filosofia. 2º Ed. São Paulo: Ed. Loyola, 2004.

NEVES, T. P. A incorporação da abordagem ergológica na formação dos profissionais de saúde: em busca da integralidade da atenção à saúde. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 217-223, abr./jun. 2010.

PAIM, J. S., SILVA, L.M.V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) v.12 n.2 São Paulo ago. 2010

PIRES, D.E.P., et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2677. Acesso em: 10jan2017. Disponível

em [www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682>.

RIZZOTTO, M.L.F, COSTA. A.M. 25 anos do direito universal à saúde. Rio de Janeiro:

CEBES, 2014. 246p

SANT'ANNA, S. R., HENNINGTON, E. A. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. Interface (Botucatu) [online]. 2010, vol.14, n.32, pp. 207-215.

SCHERER, M.D.A. et al. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, 18(11):3203-3212, 2013.

Schwartz Y. Trabalho e uso de si. Pro-Posições 2000; 5(32):34-50.

\_\_\_\_\_. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p. 457-466, Sept. 2006 . (Entrevista). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462006000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 16 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462006000200015>.

\_\_\_\_\_. A dimensão coletiva do trabalho e as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). Trabalho & ergologia – conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF, 2007.

\_\_\_\_\_. Intervenção, experiência e produção de saberes. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, Dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 49, n. 3, p. 259-274, jul.-set. 2014

SCHWARTZ, Y.; DUC, M.; DURRIVE, L. O Trabalho e Ergologia. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. Trabalho e

ergologia: conversas sobre atividade humana. Niterói, Ed. UFF, 2007. Capítulo 1.p. 24-46.

SEN, A. Desigualdade Reexaminada. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2001.

STARFIELD, B. . Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004.

VERDI, M. O lugar da bioética nas políticas públicas de atenção básica à saúde. Florianópolis, set. 2013. Palestra ministrada no X Congresso Brasileiro de Bioética e II Congresso Brasileiro de Bioética Clínica.





"É preciso ouvir o mundo. A humanidade sempre resiste."

**Débora Diniz**<sup>8</sup>, antropóloga, professora da Universidade de Brasília, pesquisadora da Anis – Instituto de Bioética e membro do Grupo Temático Bioética da Abrasco. Militante em favor da descriminalização da interrupção voluntária da gravidez, por entender o tema como um importante problema de saúde pública. Foi obrigada a sair do Distrito Federal, cidade onde mora, em julho de 2018, devido às ameaças de morte e outras violências que está sofrendo.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 ARTIGO 2 – INFLUÊNCIA DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Artigo publicado no periódico:** Rev. CEFAC, v. 20, n.3, p. 342-352, 2018.

Erica Lima Costa de Menezes<sup>1</sup>, Magda Duarte dos Anjos Scherer<sup>2</sup>, Flávia Regina Souza Ramos<sup>1</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** analisar de que maneira o trabalho de quatro equipes de saúde da família, nas regiões Centro-oeste e Sul, influencia a capacidade dos serviços em assegurar acesso. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo

---

<sup>8</sup> Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/abrasco-manifesta-repudio-as-manifestacoes-de-intolerancia-contra-debora-diniz/34879/>. Acesso em: 22jul.2018.

com abordagem qualitativa. **Resultados:** os resultados foram sistematizados em nove elementos, a saber: (I) formação/domínio das normas; (II) experiência; (III) afinidade dos profissionais com determinado tema, agravo ou grupo de pessoas; (IV) satisfação profissional; (V) carga de trabalho; (VI) gestão e organização do processo de trabalho (VII) trabalho em equipe; (VIII) ações realizadas com a participação da comunidade e; (IX) respeito a autonomia das pessoas e aos diferentes saberes e culturas. **Conclusão:** os elementos identificados se relacionam às questões individuais, de organização do serviço e da relação e participação da comunidade nas ações da unidade. Os mesmos são inter-relacionados e devem ser considerados tanto na formação dos novos trabalhadores de saúde quanto na formulação das políticas públicas.

**Descritores:** Acesso aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Serviços de Saúde

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze how the work of four family health teams, in the Midwest and South regions, influences the capacity of the services to ensure access. **Methods:** this is a descriptive study with a qualitative approach. **Results:** the results were systematized in nine elements, namely: (I) formation/ Knowledge of standards; (II) experience; (III) affinity of professionals with a particular theme, grievance or group of people; (IV) professional satisfaction; (V) workload; (VI) management and organization of the work process (VII) teamwork; (VIII) actions carried out with the participation of the community and; (IX) respect for the autonomy of people and different knowledge and cultures. **Conclusion:** the identified elements relate the individual issues, the organization of the service and the relationship and participation of the community in the actions of the unit. They are interrelated and should be considered both in the training of new health workers and in the formulation of public policies.

**Keywords:** Health Services Accessibility; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Services

## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido a principal estratégia utilizada para ampliação do acesso as ações e serviços na

Atenção Primária à Saúde (APS), desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta da APS como porta de entrada e organizadora do sistema se configura como um grande desafio no país, tanto ao se pensar a dimensão e a diversidade do cenário, quanto ao se considerar o acesso não apenas como cobertura populacional, mas como a capacidade de responder resolutivamente às necessidades individuais e coletivas. Isso significa conceber o acesso como um direito vinculado à cidadania em “um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana”<sup>1</sup> (p.816). Para garantir acesso é preciso ampliar a autonomia, o que implica escuta e respeito aos saberes e culturas de todas as pessoas envolvidas na produção do cuidado<sup>2</sup>.

O trabalho multiprofissional na APS, por meio das equipes de saúde da família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), organiza-se com vistas ao aumento do vínculo, da coordenação e da integralidade do cuidado, da equidade, da responsabilização e da participação popular. Os profissionais das equipes utilizam diversas tecnologias, agires, saberes, conhecimentos, normas e valores para realizar o trabalho, fazendo escolhas no momento de encontro com os usuários<sup>3</sup>. Escolhas que são individuais e coletivas, decorrentes da complexidade do trabalho em saúde e da necessidade de um agir colaborativo face à diversidade de demandas e respostas possíveis<sup>4</sup>. Desse debate de valores e normas, presente em todo trabalho, bem como da maior ou menor troca entre as profissões, resultam práticas de saúde mais ou menos fragmentadas e comprometidas com a produção de cuidado qualificado.

Diferentes elementos do trabalho na APS são descritos na literatura em sua relação ou impacto sobre a garantia do acesso aos serviços de saúde, como: a formação dos trabalhadores<sup>5</sup>; a organização do processo de trabalho<sup>6</sup> e a carga de trabalho<sup>7</sup>. Também as normativas que orientam as práticas de saúde no cotidiano dos serviços, como o horário de funcionamento e o trabalho em equipe, a depender da forma como são utilizadas, podem contribuir ou não para ampliação do acesso. Destas evidências, assume-se como pressuposto deste estudo que para além das questões políticas, econômicas, sociais e éticas vivenciadas pela sociedade, o acesso é influenciado por elementos presentes na micropolítica do trabalho em saúde.

Considerando que, na perspectiva ergológica<sup>8</sup>, como posição epistemológica e ética, as questões presentes no trabalho e os conceitos e experiências devem ser considerados a partir de uma relação dialógica<sup>9</sup>, o presente artigo tem por objetivo analisar de que maneira o trabalho das equipes de saúde da família influencia a capacidade dos serviços da atenção primária em assegurar acesso.

## MÉTODODO

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, número do processo 491.461/2013, e seguiu as normas da Resolução nº 466/12.

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, recorte da pesquisa “Estratégia Saúde da Família - Inovação tecnológica para ampliação do acesso, da qualidade e promoção de saúde bucal na atenção básica, estudo multicêntrico”.

Tendo o trabalho na APS como foco da pesquisa, o cenário se delimitou a quatro unidades de saúde das regiões centro-oeste e sul do Brasil e os participantes eleitos foram os profissionais que atuam em quatro equipes da Estratégia Saúde da Família. A inclusão dos locais e participantes foi feita por amostragem intencional e se deu pelos seguintes critérios: a) Unidades de saúde da família com equipes completas incluindo equipe de saúde bucal independente da modalidade; b) Equipes de saúde da família consideradas de boa qualidade pelos gestores municipais e/ou distritais, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Saúde Bucal; c) Preferencialmente equipes que tenham Centro de Especialidade Odontológica e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família como referência; d) Equipes que fizeram adesão ao PMAQ.

O trabalho de campo foi precedido: a) da autorização das Secretarias de saúde; b) da sensibilização das equipes para participar; c) da capacitação dos pesquisadores; d) da testagem dos instrumentos de coleta de dados.

A coleta de dados foi desenvolvida entre janeiro e dezembro de 2014. Compõem o material analisado 34 entrevistas e registros de 16 horas de observação (4 turnos de trabalho) mediante roteiros que buscavam conhecer as ações realizadas e como as equipes se organizavam para ampliar o acesso.

Os participantes foram identificados de acordo com a categoria



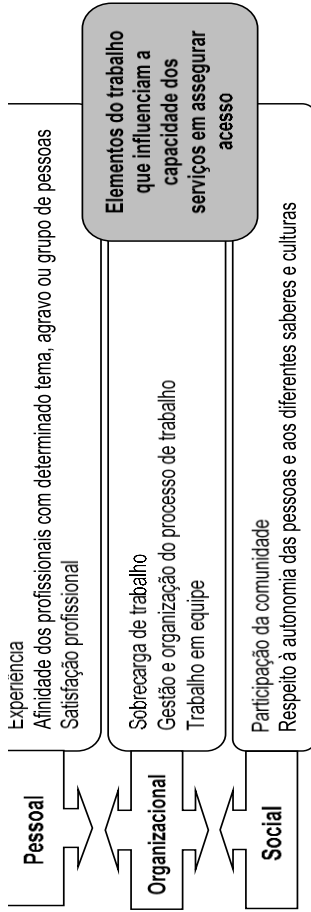
profissional (ACS: agente comunitário de saúde, CD: cirurgião-dentista, E: enfermeiro, M: médico, TE: técnico de enfermagem, TSB: técnico de saúde bucal), com a região (Centro-Oeste: CO e Sul: S) e com a numeração correspondente (Tabela 1). As observações foram numeradas sequencialmente e identificadas com as letras NO (Nota de Observação).

Após leitura flutuante, os achados foram sistematizados com suporte do software para análise de dados qualitativos, ATLAS TI (Qualitative Research and Solutions), organizados em nove elementos distribuídos em 3 dimensões (Figura 1). A análise teve como objetivo compreender quais elementos presentes no trabalho das equipes de saúde influenciam a capacidade do serviço em assegurar o acesso.

O perfil dos participantes está descrito na Tabela 1.

**Tabela 1.** Perfil dos participantes

Variáveis	N (34)
Sexo	
Feminino	24
Masculino	10
Idade	
De 25 a 29 anos	2
De 30 a 34 anos	6
De 35 a 39 anos	10
De 40 a 44 anos	6
De 45 a 49 anos	5
De 50 a 54 anos	4
Mais de 65 anos	1
Profissão	
ACS	12
Técnico de Enfermagem	6
TSB/ASB	4
Dentista	4
Enfermeiro	4
Medico	4
Escolaridade	
Ensino médio	7
Formação técnica	11
Ensino superior área da saúde	9
Ensino superior outras áreas	2
Pós-graduação em saúde coletiva	5
Tempo de experiência na APS	
Menos de 1 ano	1
De 1 até 5 anos	10
De 6 até 10 anos	11
Maior que 10 anos	11
Não informado	1
Participantes por região	
Centro-oeste	19
Sul	15



Fonte: das autoras, 2017

Figura 1. Elementos do trabalho que influenciam a capacidade dos serviços em assegurar acesso

## RESULTADOS

### **A dimensão pessoal para o cuidado e o acesso: da formação à satisfação no trabalho**

Nesta primeira dimensão são apresentadas as quatro categorias que integram os elementos que se vinculam de forma mais direta ao próprio trabalhador, representando uma dimensão mais pessoal das influências que incidem sobre a forma de produzir cuidado e acesso. Se destaca a relação educação e trabalho, não apenas pelo conteúdo referido à formação profissional formal, mas ao contínuo processo de construir experiência e identidade ao longo do processo de trabalho, em interação com saberes, fazeres e sujeitos profissionais e usuários.

A maioria dos trabalhadores entrevistados (23 dos 34) possui mais de 6 anos de experiência na Atenção Básica à Saúde, entretanto, grande parte deles relatou nunca ter lido a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e/ou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Os que afirmaram ter lido, o fizeram: na faculdade, para prestação de concurso, por curiosidade ou necessidade exigida pelo cotidiano do trabalho.

Eu acho que a gente tinha que ter um tempo para ler. Eu não vou levar trabalho para casa porque em casa eu tenho outros afazeres, assim como eu não trago serviço de casa para cá (TECO4).

As normativas vinculadas aos programas federais contribuem tanto para ampliação das ações como para sobrecarga dos trabalhadores.

O PSE é canal para estar promovendo ações educativas. Teve teste de acuidade visual, sobre a parte odontológica teve escovação [...] (TECO3).

Acho que vieram outras cobranças e nos vinculamos ao PMAQ, que tem muitas exigências que tomam muito tempo. Esses eventos iriam sobrecarregar ainda mais a equipe. Tem uns manuais que temos que preencher e temos que cumprir exigências como grupos que antes não tínhamos, [...]então já é mais um dia tomado dos atendimentos.

A formação, seja em processos mais permanentes ou em cursos pontuais, como no início da atuação nas equipes de saúde (exemplo: introdutório), é estratégia mencionada para melhor apropriação do grande número de normativas que orientam as práticas e para qualificação do

cuidado, bem como a preparação nos cursos técnicos e nas graduações para atuação na ESF.

Já tivemos vários encontros do PMAQ para discutir manuais, responder questionários, então acabamos não conhecendo os manuais em si, mas sempre trabalhando próximo do que eles preconizam. (ACSCO7).

Para mim, a formação técnica é igual carteira de motorista: você aprende o básico do básico, o restante você vai aprender na prática... o curso técnico não te dá preparo nenhum. Te dá preparo para você cobrir só curativo bem coberto. (TECO2).

Os resultados mostram que a experiência é fundamental para a realização das ações de forma a ampliar o acesso, e esta é reconhecida como parte do contínuo processo de capacitação e de preparo para o trabalho real.

Eu tive 80 horas de curso que me deu uma noção básica, aprendi mesmo no dia-a-dia, cada pessoa, cada família é diferente, não tem curso introdutório que te passe essa experiência, que te prepare para todas as situações que você pode encontrar. (ACSCO7).

O não se sentir capaz para realizar determinadas tarefas e/ou sentir-se pouco apoiado faz com que os profissionais reduzam o leque de ações que ofertam nas unidades e, conseqüentemente, o acesso e a resolubilidade.

Já teve casos de eu começar a fazer e não conseguir. Aí peguei o paciente coloquei no meu carro e falei “você não vão me ajudar não?”. Aí é muita responsabilidade e você vai desistindo de fazer algumas coisas. (DCO1).

A identificação do profissional com determinada atividade, especialidade ou grupo da população também contribui para uma ampliação “seletiva” do acesso. Algumas ações são realizadas a depender do profissional que está no momento e acaba por perder a regularidade em decorrência da rotatividade dos profissionais.

A parte que eu mais gosto é o CD (Programa de Crescimento Desenvolvimento), com crianças de 0

a 2 anos, é onde eu estou todos os meses passando na casa dessas crianças, ...então a gente acaba batendo mais na tecla promovendo a saúde, na parte que você se interessa mais, na parte que você se sente mais à vontade. (ACSCO6).

No tempo que eu estou aqui teve alguns (grupos). Dos hipertensos, quando a doutora ainda estava, aí ela reunia uma vez por mês. Ela fazia um grupão. Juntava todo mundo, hipertensos, diabéticos, depois que a doutora saiu, entrou outro doutor, aí não teve mais os grupões. (TECO3).

Um elemento em íntima relação com a dimensão da organização do trabalho (descrita a seguir) é a satisfação-insatisfação, interferindo na motivação, vínculo e empenho para o trabalho colaborativo. Assim, a menor oferta de ações de saúde também é influenciada pela insatisfação dos profissionais após um tempo de atuação na ESF:

Estímulo. Tanto próprio quanto coletivo. Pois chega uma hora que nós não vamos mais atrás das coisas por falta de disposição, para não se irritar. Então todo aquele ânimo do curso é perdido diante das coisas que vão acontecendo ao longo da carreira (ASCCO1).

### **A Dimensão organizacional para o cuidado e o acesso: da carga à gestão do trabalho**

Os elementos que se referem à organização do trabalho em si, ou a forma como tal pode incidir em sobrecarga e insatisfação, apenas para efeitos de apresentação podem ser separados dos elementos pessoais. Nesta dimensão são reconhecidos os papéis e as contribuições de diferentes profissionais e o potencial do trabalho em equipe, além da importância de estratégias e mecanismos básicos de organização da demanda e oferta de ações para que os objetivos do cuidado sejam alcançados

Em estreita relação com a dimensão anterior, destaca-se a forma como a sobrecarga de trabalho decorrente da alta demanda, exigência de produtividade, rotatividade e ausência de profissionais influencia na oferta de serviços, impactando o cuidado. A violência, presente na comunidade onde estão localizadas algumas unidades de saúde, também interfere no modo como os profissionais de saúde organizam seu trabalho.

Antes todos faziam as visitas, mas de um tempo

para cá que não houve por causa das cobranças, são muitos números para entregar e não dá para conciliar os dois. (ACSCO1).

interfere o caso da violência porque até as creches estavam sem manter os alunos há duas semanas, então eu acho que esse item é bem agravante. Porque se a gente marcar um grupo e tiver alguma coisa aí fora eles já não vão vir. (TSBS1).

A busca por ofertar acesso a todos que necessitam de cuidado acaba por gerar cansaço e insatisfação nos profissionais de saúde. Um relato descreve que a permanência no consultório é uma forma de não enfrentar os problemas apresentados pela comunidade.

Meu dia de trabalho é bem puxado como tu está vendo. É bem cansativo. Tem dia que a gente não tem tempo nem para fazer xixi (TES2).

elas até sofrem mais do que eu, porque eu passo a maior parte do tempo trancado aqui dentro atendendo a medicina curativa e elas sim é que saem para o campo para enfrentar os problemas que aparecem (MS2).

Decisões dos gestores quanto ao modo de organizar o trabalho das equipes, por vezes desatentas à realidade das equipes de saúde, desmotivam os profissionais e reduzem acesso.

A maneira como as visitas domiciliares foram definidas chamou a atenção. Não foram utilizados critérios, mas sim uma demanda de busca ativa de gestantes na área, tipo “força tarefa”. Sendo que a equipe ressalta o trabalho realizado de planejamento familiar e não ter gestantes sem pré-natal. Porém, não cogitam levar isso para o gestor e discutir/justificar o (planejamento a partir do) número de gestantes da área. (NO3).

O horário de funcionamento e o número excessivo de pessoas adscritas interfere no acesso tanto pela quantidade de pessoas quanto pela impossibilidade dos profissionais em realizar o conjunto de suas atribuições. Além disso, a grande demanda pelos cuidados médicos faz com que esses profissionais permaneçam grande parte do seu tempo no consultório.

Às vezes a família nem é cadastrada ainda [...] pessoas que trabalham e estão (na residência) só a noite, então a gente não tem oportunidade de cadastrar, mas a gente sabe, fulano mora lá né (ACSCO5).

Mas o médico só costuma ir quando é extremamente necessário. Porque se tiramos ele daqui para algo que nós mesmos conseguimos resolver, eu acredito que a comunidade perde com isso (ACSCO3).

Apesar da alta demanda unidades vazias em determinados horários sinalizam para a “demanda fantasma”.

E como eu estava passando mais ou menos pela mesma coisa no preventivo, porque eu agendava preventivo, tinha fila e ao mesmo tempo as pessoas faltavam. Então tinha uma demanda reprimida e ao mesmo tempo pouca demanda. (ENFS1).

A presença do profissional médico e a oferta de serviços como a vacinação contribuíam para aumento da demanda, embora alguns horários sejam mais concorridos. A possibilidade de ser atendido todos os dias da semana melhorou o fluxo de atendimento e o acesso.

Na sala de espera, chega uma usuária adolescente com a mãe para vacinação. Na UBS este procedimento é ofertado todos os dias. Ela senta-se e admira-se que não precisa aguardar e logo é atendida. (NO5).

Aqui, agora é demanda livre. As pessoas não precisam mais vir de madrugada, podem vir no horário que abre o posto, todos são atendidos, independente do que tem ou não, se não, são agendados. (TES2).

A forma de agendamento é um dos elementos descritos como capazes de contribuir para a existência de turnos sem usuários nas unidades, bem como a sazonalidade na procura pelos serviços. Todas as equipes trabalham com a atenção programada para grupos prioritários (gestantes, idosos, crianças, usuários com hipertensão e diabetes). Há dificuldade da equipe em organizar o serviço considerando a demanda espontânea e a programada. O atendimento à demanda espontânea aparece como pouco estruturado, dificultando o acesso daqueles em



situação aguda ou que não fazem parte dos grupos prioritários.

Eu vejo espaço fora do acolhimento, que é demanda espontânea e todo mundo que chega tem que ser atendido. Isso te tirou um pouco do espaço de grupo. (TES1).

A gente manda vir aqui no posto ou 8h da manhã ou 13h da tarde para pegar vaga de encaixe. Se não faltar essa pessoa vai ficar sem atendimento mesmo estando com dor. (ACSCO6).

Estratégias são utilizadas para atender a demanda espontânea, como um dia da semana para marcação de consultas, lista de espera, marcação pelos ACS e encaixe. As urgências possuem, geralmente, livre acesso ao atendimento, apesar das equipes reservarem 2 ou 3 vagas/dia para esses casos:

Mas questão de urgência não entra na nossa agenda. Chegou, independente dos nossos pacientes todos, ele vai ser atendido. (TSBCO1).

Em geral são 8 consultas de demanda programada e 2 acolhimentos (urgências) por período para cada dentista. (NO6).

Mesmo quando se justifica a marcação realizada junto aos ACS, durante visita, como estratégia de responsabilização, não se observou resultado de comparecimento.

Grande parte das pessoas que estavam agendadas para visita estavam fora trabalhando. O ACS e o dentista deixavam recados para que as pessoas fossem à unidade realizar o agendamento. Foi possível perceber a fragilidade da estratégia de marcação utilizada pela equipe, que resultava em uma grande lista de espera e uma agenda esvaziada. (NO10).

A classificação de risco não aparece na rotina de algumas equipes e os casos são triados de forma não sistematizada. A dor é apontada como um dos principais sintomas para triagem dos usuários:

Aí eles perguntam quem está com dor, a pessoa que quer fazer o tratamento, mas não está com dor acaba ficando para trás, porque tem que dar

prioridade para quem está com dor naquele momento. (ECO1).

Em certos casos, o acesso se dá para um primeiro atendimento, colocando a responsabilidade pela conclusão do tratamento, exclusivamente, para os usuários.

A pessoa acaba sendo responsável pelo seu tratamento, porque quando marcavam os retornos, as pessoas faltavam...então se eu for quatro dias seguidos e conseguir acolhimento, beleza você terminou seu tratamento. A responsabilidade é sua. (ASBS2).

Um profissional aponta, que mesmo não concordando com a forma de agendamento, a segue por ser uma prática antiga na unidade e normatizada.

São sempre os mesmos que procuram. Agora aqueles que não vem aqui, é mais difícil de você trazer. (Organizo o meu trabalho) vendo como era e estudando. Quando cheguei aqui já tinha mais ou menos esse cronograma. Tal dia é atendimento de gestante, então vou atender gestante...E tem o caderno do Ministério da Saúde. Aí segue aquele padrão. (CDCO1).

Em uma das unidades, o primeiro atendimento aos usuários, é realizado pelo vigilante da unidade e, em outra, pelo ACS o que tem influenciado no acesso, na medida que desvia a função do trabalhador e reduz o tempo para realização das atividades próprias.

Nós ficamos muito tempo dentro da unidade, fazíamos os casos mais importantes do micro área porque estávamos sem o administrativo, então o agente de saúde assumiu a recepção. (ACSS1).

O acolhimento também surge como estratégia para ampliação do acesso e satisfação dos usuários.

Sobre o novo modelo de acolhimento ela responde que está melhor porque não teve nenhum “barraco”, nenhuma delas foi ameaçada de morte. No sistema de acolhimento antigo, quando acabava sempre tinha uma ameaça e, às vezes, a polícia precisava ser chamada. (NO13).

é árduo porque tem muitas pessoas, mas tem suas vantagens que é todo paciente que vem de urgência é atendido. Ninguém pode voltar para casa sem atenção médica. Essa é a primeira. A segunda, trabalha toda a equipe, todos juntos, com maior união. (MS1).

É destacada a importância do profissional do acolhimento no acesso e fluxo do usuário dentro da UBS. Uma profissional e alguns usuários se queixam da estratégia de “acolhimento” estabelecida pela equipe, por acontecer em horário pré-determinado e/ou por não ser realizado pela equipe de referência.

Em 2 horas a equipe tem que “olhar” 20 pessoas, e muitas não são da área dela. E “olhar” não é saúde de comunidade, diz com a expressão de negação (...) alguns usuários ouvem a minha rápida conversa com ela e se aproximam para dizer que também não estão gostando porque queriam seus médicos de área ou enfermeira. (NO13).

A visita domiciliar é também descrita como importante ferramenta de ampliação do acesso.

Ir à casa de pessoas que não podem se deslocar até a unidade, ver como está a saúde deles, eu sempre priorizo a visita a essas pessoas, porque eles precisam de atenção. (ASCS1).

O trabalho em equipe, quando promotor de troca entre as profissões, contribui para uma ampliação do acesso e dos olhares para a produção do cuidado.

A gente troca muito também, conversa sobre os pacientes, [...] e aí a gente troca e fala “olha esse paciente eu acho que está com esse problema, quem sabe você conversa com ele”. E se eu tenho um paciente que eu conheço e sei que vai ser atendido por ela também, eu dou essa troca (ES1).

O atendimento da enfermagem tem contribuído para ampliar o acesso e reduzir a demanda pela consulta médica. A inclusão de outras categorias profissionais, por meio do NASF, tem possibilitado acesso a outras formas de cuidado.

Eu faço muito acolhimento, orientação, alguns pacientes me procuram para conversar, na maioria

das vezes eu não fico no consultório atendendo paciente, talvez isso que deveria ser o certo, não sei, e muita coisa antes de passar pelo médico passa por mim, porque às vezes a paciente quer renovar uma receita de anticoncepcional ou alguma dúvida que não precisa passar pelo médico (ECO2).

Tem pessoas que começaram tomando remédio e começaram a fazer atividade física e hoje em dia não tomam mais remédio. Começou a ter pressão mais baixa. Aí foi descobri e era porque já estava fazendo exercício a muito tempo, então eles (NASF) ajudam bastante em relação a isso. (MS2).

A presença da ESB na ESF é importante, assim como do ACS, que contribuem para ampliar o acesso e reduzir a demanda que chega na UBS.

Ter uma pessoa que pode dar informação para eles e às vezes eles não precisam vir aqui no posto por uma simples informação que eles podem estar pegando com agente comunitário (ACSS2).

Entretanto, a inclusão dos TSB nas equipes surge como subaproveitada, pois estes tem desenvolvido atividades de ASB pela falta de equipamentos.

### **A dimensão social para o cuidado e o acesso: a participação e a autonomia como valores**

Esta dimensão indica uma preocupação com a escuta qualificada (conhecer as necessidades) e resolubilidade, para os quais a participação se mostra mais como estratégia para os objetivos do trabalho e menos como prática de cidadania e controle social. Ao reconhecerem o respeito à autonomia e cultura dos usuários como valores fundamentais das práticas de cuidado, se mostra a incorporação de elementos importantes para a qualidade do cuidado.

As equipes relatam pouca participação dos usuários nas atividades coletivas desenvolvidas:

Sempre foi muito difícil trabalhar com a população, a gente organizava grupos: t hipertensão, diabetes. Convidávamos outra pessoa

para dar palestras E não vinha ninguém. (DCO1).

As falas dos profissionais sinalizam que a não participação da comunidade é decorrente da busca por ações que resultem em respostas às suas necessidades de saúde e afirmam que gostariam de aprender estratégias para atuar junto à comunidade.

A comunidade aqui não é muito participativa. Eles querem aquela atenção resolutiva (ECO1).

Algumas estratégias são utilizadas para uma maior participação da comunidade, como associar a atividade coletiva à consulta médica, ligar para os usuários no dia anterior a atividade, divulgar em redes sociais, o uso do lúdico e a realização de atividades na comunidade e não na UBS.

A gente tem que descobrir o pulo do gato. Qual é a motivação deles participarem? No grupo de gestantes, por exemplo, a gente tenta coincidir com a consulta, daí a adesão é maior [...] a gente criou um facebook da unidade e a nossa auxiliar administrativa alimenta com novidades (ES1).

A promoção aconteceu no Alto Rancho dos Pescadores, porque eles já não vêm aqui para consultar imagina para uma palestra, então nós vamos até lá. (ACSS3).

O respeito à autonomia e ao modo de viver dos usuários, a escuta e o vínculo são pontos destacados para ampliação do acesso.

Nós tínhamos um médico que foi fazer uma visita domiciliar e falou: vamos abrir a janela, arejar a casa, limpar a casa, ajuda na saúde. No outro dia a moradora falou que não queria esse médico na sua residência (risos). [...] você tem que ter cuidado para falar com o morador (ACSCO4).

E acho que quando tu tens um vínculo com o paciente, não deixando de lado o lado profissional, tu consegues realmente atingir naquilo que ele está precisando (TES1).

## DISCUSSÃO

Os resultados demonstram que, apesar do tempo de experiência na APS ser superior a seis anos, grande parte dos trabalhadores refere nunca ter lido as normativas que orientam sua atuação. O trabalho na ESF é normatizado por um conjunto de diretrizes oriundo do Ministério da Saúde, governos municipais e estaduais. A quantidade de programas que compõem o fazer das equipes de saúde é grande em decorrência da complexidade do trabalho e pela fragmentação existente nas formas de olhar o processo saúde-doença-cuidado. Além disso, alguns dos programas federais estão vinculados a incentivos financeiros e ao cumprimento de metas. As duas situações contribuem para um aumento das tarefas (especialmente administrativas) dos trabalhadores e são descritas como elemento que interfere no acesso ao cuidado. O papel prescrito para as equipes de saúde da família tem grande abrangência na medida em que exige um cuidado longitudinal, um saber polivalente e uma capacitação para atuar intersetorialmente<sup>10</sup>.

Os trabalhadores afirmam a importância dos saberes constituídos (científicos, acadêmicos, relativos à prática profissional) e que o aprendido nos cursos de formação não é suficiente para responder às exigências da prática, destacando a importância dos saberes investidos, produzidos no momento da realização dos atos de saúde e que, em grande parte, não são verbalizados ou escritos<sup>11</sup>. “Para compreender toda situação de trabalho, essas duas formas de saberes são indispensáveis. Eles constituem os dois lados de toda a atividade de trabalho, sua unidade dialética”<sup>12</sup>(p.100).

É preciso criar espaços nas unidades de saúde para que os trabalhadores possam refletir e aprender com sua prática, transformando intencionalmente uma situação vivenciada em um objeto de aprendizagem, levando as equipes a saber agir e se apropriar desse saber<sup>11</sup>. Os resultados refletem, também, a implantação acrítica das normativas organizacionais, associada a uma baixa priorização das ações de educação permanente, em algumas unidades, pelos trabalhadores e gestores.

A gestão, quando realizada de forma verticalizada e distante da realidade local, é apontada por interferir nas práticas das equipes. Nas práticas de gestão cabe normatizar o trabalho até certo ponto, pois a normatização apresenta limites e a rigidez é causadora de sofrimento<sup>12</sup>. Para o trabalho fluir com qualidade é necessário saber o que cada trabalhador quer, deve e pode fazer em cada situação particular, não havendo um modelo único a ser seguido<sup>12</sup>.

Nos depoimentos, os trabalhadores parecem reivindicar maior autonomia para realizarem suas ações de acordo com as possibilidades e necessidades do meio, para serem atores (realizando o que é solicitado pelo meio) e autores (se colocar no centro da decisão) dos atos de saúde<sup>11</sup>. Essa necessidade de autonomia é percebida também no modo como alguns serviços de saúde organizam agenda e processos de trabalho.

Muitas unidades seguem o que foi preconizado pelo MS, “uma atenção baseada em conhecimentos e tecnologias voltadas para a intervenção de grupos populacionais específicos que vão aparecendo na prática cotidiana do PSF”<sup>13</sup> (p.447). A organização por meio de grupos programáticos criou no imaginário de muitos trabalhadores e, com reflexões na prática cotidiana, a ideia de que a ABS deveria estar voltada para a promoção e a prevenção, e descartaram que caberia à UBS atender a demanda espontânea<sup>14</sup>. Nota-se uma contradição presente nos atos de saúde, e no discurso de profissionais e gestores, que sinalizam a priorização das ações programáticas, entretanto realizam, na maior parte do tempo, atendimento a sintomas pontuais e a demanda espontânea<sup>15</sup>. É preciso analisar com cuidado a forma de marcação de consultas, que prioriza grupos de risco, seja oriundo de atividades coletivas ou por micro área e/ou agravo/condição de saúde, assim como horário restrito para triagem, pois pode ajudar na programação da oferta pelas unidades, mas causar restrição no acesso e frustração nos usuários<sup>16</sup>.

O acolhimento é utilizado como estratégia capaz de organizar a agenda e o trabalho das equipes. Entretanto, quando desenvolvido apenas de modo burocrático, como uma triagem inicial, ao contrário do pensado para esse dispositivo, reduz o acesso<sup>17</sup>, produzindo “barreira” de acesso dos usuários ao trabalhador a quem estão “vinculados”. A pouca capacidade de realizar uma classificação de risco de qualidade também pode prejudicar o acesso com equidade.

A classificação de risco é uma ferramenta importante, identificada pelas famílias, para otimização do acesso prioritário<sup>18</sup>. Contudo, como evidenciado, o serviço se limita a um sinal de gravidade e exclui do atendimento crianças com outros sinais que exigiriam também atendimento imediato.

Acolhimento, ações educativas e de educação permanente, o vínculo e responsabilização são apontados como os principais avanços após 10 anos de inserção das equipes de saúde bucal na ESF. Já a ampliação e a qualificação da assistência, a integralidade e o trabalho integrado da equipe aparecem ainda como desafios<sup>19</sup>.

Nesta pesquisa demonstrou-se que equipes profissionais contribuem para ampliação do acesso, quando exercitam práticas que buscam a colaboração profissional. A colaboração prevê partilha de conhecimentos, experiências e habilidades com objetivo de qualificar o cuidado ofertado, considerando a complexidade do fazer em saúde<sup>20</sup>.

Na ESF, o ACS ganha destaque pela sua proximidade e capacidade de facilitar a comunicação entre a comunidade e o serviço, por exemplo, nos casos em que reduz as idas dos usuários às unidades. Entretanto, o desvio da função do agente para atividades como a da recepção na unidade, reduz acesso na medida em que reduz o tempo para as visitas domiciliares<sup>6</sup>, conforme verificado na presente pesquisa.

O não atendimento e escuta às necessidades dos usuários surge como mais um elemento que reduz a participação nas atividades propostas pelas equipes, como a baixa adesão às atividades educativas, no estudo. Sobre o tema da educação em saúde aponta-se que “embora as concepções de Educação em Saúde fundamentada num modelo dialógico e emancipatório estejam presentes como norte nos estudos sobre as práticas educativas (...)na prática cotidiana os profissionais ainda desenvolvem suas ações, na sua maioria, tomando como base o modelo tradicional” (p.323)<sup>21</sup> e que é preciso uma formação capaz de promover uma mudança de paradigma e, conseqüentemente, das práticas de educação em saúde.

O modelo tradicional de educação em saúde foca na cura da doença, na prevenção ligada à mudança de atitudes e comportamentos individuais, na transmissão de informações verticalizadas e prescrição de comportamentos, enxergando o usuário como pessoa sem informação e o profissional como detentor do saber, capaz de, pela simples transmissão de informação, modificar a vida das pessoas<sup>22</sup>. Assim, atua culpabilizando a vítima (usuário) e transferindo a responsabilidade pelo cuidado e processo saúde-doença para a população<sup>23</sup>. Na produção do cuidado, é preciso considerar os saberes de todos envolvidos, numa postura ética de escuta, respeito, inclusão, dúvida e busca, considerando o imprevisto e o imprevisível presentes no trabalho<sup>12</sup>.

Por fim, o estudo corroborou que existem elementos do trabalho na ESF que contribuem para aumento da carga de trabalho, insatisfação e adoecimento dos trabalhadores, como excesso de demanda; violência, falta de investimento na quantidade e na qualificação profissional e; assim como elementos que reduzem as cargas e causam maior satisfação, como



o trabalho em equipe e a presença do ACS<sup>24</sup>. Na relação entre cargas de trabalho e universalidade do acesso, os elementos que contribuem para um aumento das cargas de trabalho dificultam o acesso aos serviços de saúde<sup>10</sup>.

## CONCLUSÃO

A análise dos achados do estudo permitiu evidenciar elementos presentes no modo como as equipes de saúde produzem cuidado e sua relação com o acesso aos serviços de saúde. Elementos que se relacionam tanto às questões individuais quanto as de organização do serviço e da relação e participação da comunidade nas ações da unidade. Os mesmos foram apresentados de forma articulada à três dimensões, mas são inter-relacionados e devem ser considerados tanto na formação dos novos profissionais/ trabalhadores de saúde quanto na formulação das políticas, estratégias e programas federais e locais.

## REFERÊNCIAS

1. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003;8(3):815-23.
2. Feuerwerker LCM. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
3. Schwartz Y. Intervenção, experiência e produção de saberes. *Revista Serviço Social & Saúde*. 2011; X(12):19-43.
4. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface*. 2016;20(59):905-16.
5. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(11):3047-56.
6. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Cesse EAP, Brito ESV, Braga JPR et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma

- rede de serviços de saúde do Recife -PE, Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2015;25(2):635-56.
7. Chagas MIO, Farias CMT, Teófilo FKS, Cavalcante ASP. Acesso dos usuários aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família: percepção dos enfermeiros. *Rev. APS*. 2014;17(3):280-90.
  8. Schwartz Y, Durrive L (orgs). *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007.
  9. Franca MB, Muniz HP. A gestão coletiva dos serviços de saúde pública: uma perspectiva ergológica. *Trab. educ. saúde*. 2011;9(1):201-21.
  10. Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ARS, Trindade LL et al. Nursing workloads in family health: implications for universal access.. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]*. 2016 [Acess 04 de mai 2017]; 24:e2682 Available in <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/113366/111328>.
  11. Durrive L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. *Trab. Educ. Saúde*. 2011;9(1):47-67.
  12. Trinquet P. Trabalho e educação: o método ergológico. *Revista HISTEDBR On-line*. [periódico na Internet]. 2010 [Acesso em 06 de mai 2017]; Número especial: 93-113. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8639753/7318>
  13. Lima WCMB, Assis MMA. Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: Demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. *Rev Baiana Saude Publica*. 2010;34(3):439-49.
  14. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*. 2014;23(3):869-83.
  15. Coimbra VCC, Oliveira MM, Kantorski LP, Heck RM, Jardim VMR, Ceolin T. Avaliação da estrutura – processo de acesso de

- usuários a uma Unidade de Saúde da Família. R. pesq.: cuid. Fundam. [periódico na Internet]. 2010 [Acesso em 01 de mar 2017]; 2(3):1095-107. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/591/pdf\\_47](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/591/pdf_47).
16. Cunha ABO, Vieira-Da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cad. Saúde Pública. 2010;26(4):725-37.
  17. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Ciênc. saúde coletiva. 2012;17(11):2923-30.
  18. Silva RMM, Vieira CS. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. Rev Bras Enferm. 2014;67(5):794-802.
  19. Scherer CI, Scherer MDA. Advances and challenges in oral health after a decade of the Smiling Brazil Program. Revista de Saúde Pública [periódico na Internet]. 2015 [Acesso em 01 de mar 2017]; 49:98. Disponível em: [https://www.scielo.org/pdf/rsp/v49/pt\\_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005961.pdf](https://www.scielo.org/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005961.pdf)
  20. Furtado JP. Reference teams: an institutional arrangement for leveraging collaboration between disciplines and professions. Interface - Comunic. Saúde Educ. 2007;11(22):239-55.
  21. Rodrigues D, Santos VE. A educação em saúde na estratégia saúde da família. J Health Sci Inst. 2010;28(4):321- 4.
  22. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface (Botucatu) [periódico na internet]. 2005 [Acesso em 03 de fev 2017]. ; 9 (16), pp.39-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>.
  23. Berlinger G. Ética da Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.
  24. Trindade LL, Pires DEP, Amestov SC, Forte ECN, Machado FL, Bordignon M. Working in The Family Health Strategy:

Implications in Professionals Workloads. *Cogitare Enferm.*  
2014;19(3):405-92.

## **6.2 ARTIGO 3 – A UNIVERSALIDADE DO ACESSO, AS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Erica Lima Costa de Menezes, Marta Inez Machado Verdi, Magda Duarte dos Anjos Scherer

### **RESUMO**

O presente estudo teve como objetivo analisar as diretrizes que ancoram e organizam o processo de trabalho das equipes de APS no sentido de promover a universalidade de acesso aos serviços de saúde como componente central na efetivação do SUS como política social. Trata-se de análise documental em fontes primárias, composta por 29 documentos oficiais relacionados a Política Nacional de Atenção Básica/PNAB, ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica/PMAQ-AB, ao Programa Mais Médicos/PMM e ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. A análise qualitativa deu origem a cinco categorias: a formação de trabalhadores para e na Atenção Primária à Saúde; a valorização do trabalhador e do trabalho na Atenção Primária à Saúde; organizando as ações e serviços de saúde para/com as pessoas e comunidades; as equipes multiprofissionais e a complexidade do fazer em saúde e a construção coletiva da saúde como direito. Os resultados demonstraram avanços para promoção da universalidade do acesso nas ações propostas para formação e qualificação profissional, no incentivo ao acolhimento à demanda espontânea, no estabelecimento de processos de avaliação para melhoria do acesso e da qualidade e na ampliação do escopo de ações das UBS, mas também aproximações com o modelo de cobertura universal ao incentivarem a implantação de equipes de Atenção Básica com redução da composição multiprofissional das equipes, flexibilização da carga horária dos profissionais, do horário de funcionamento das unidades e do número máximo de pessoas adscritas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Assistência à Saúde; Cobertura Universal.

### **ABSTRACT**

The present study aimed to analyze the guidelines that anchor and organize the work process of PHC teams in order to promoting universal access to health services as a central component in the implementation of

SUS as social policy. It is a documentary analysis of primary sources, consisting of 29 official documents related to the National Policy on Primary Care / PNAB, the National Program for Improvement of Access and Quality of Primary Care / PMAQ-AB, the Mais Médicos Program / PMM and the National Program Telehealth Brazil Networks. The qualitative analysis gave rise to five categories: the training of workers for and in Primary Health Care; the valorization of the worker and the work in the Primary Attention to Health; organizing health actions and services to / with people and communities; the multiprofessional teams and the complexity of the health work and the collective construction of health as a right. The results demonstrated the progress made in promoting universality of access in the actions proposed for training and professional qualification, in encouraging the reception of spontaneous demand, in the establishment of evaluation processes to improve access and quality, and in expanding the scope of actions of the UBS and , also approaches with the universal coverage model by encouraging the implementation of Basic Attention teams with reduction of the multiprofessional composition of the teams, flexibilization of the hours of the professionals, the hours of operation of the units and the maximum number of people assigned.

**Palavras-chave:** Primary Health Care; Access to Health Services; Health Care; Universal Coverage.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), principal política pública para saúde do Estado brasileiro, descrito na Constituição Federal de 1988 como política social com objetivo de garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas, foi constituído com base nos valores de justiça social e solidariedade e do pressuposto do cidadão brasileiro como sujeito de direitos (PAIM, 2013).

As políticas públicas expressam não só as prioridades dos governos, em determinado período histórico, mas as escolhas das sociedades sobre o tipo de nação que pretendem construir. Refletem a orientação do Estado, traduzida em normas, leis, diretrizes, procedimentos e estratégias, e o que a sociedade considera como valores prioritários para a vida no coletivo. Uma sociedade constitui e é constituída pela forma como fundamenta as bases conceituais, legais, normativas e de ações concretas das suas políticas públicas.

No ciclo de construção de uma política, desde a sua concepção e formulação até a sua implantação e execução, encontram-se envolvidos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos e culturais. Nesse processo, participam atores que colocam em disputa distintas concepções do direito à saúde, resultando em diferentes formas de acesso e utilização dos serviços e, a depender das escolhas feitas, o acesso à saúde pode ser conduzido como “medida de caridade, benefício adquirido mediante pagamento prévio, usufruto de um direito de cidadania” (FLEURY; OUVÉNEY, 2012, p.1) ou ainda, direito inerente à condição humana (BERLINGUER, 1996). Essas distintas concepções orientam a elaboração das estratégias em cada governo, podendo ser contraditórias ao texto constitucional e bases legais fundantes do SUS.

Vivenciamos um período no qual medidas restritivas de austeridade fiscal são adotadas mundialmente, causando retrocessos e limites aos avanços das políticas sociais de caráter universal. No Brasil, o congelamento das despesas primárias, a redução do gasto mínimo com saúde e educação e a realização de reformas estruturais (VIEIRA *et al.*, 2018), evidenciam escolhas que consideram os sistemas públicos e universais economicamente inviáveis e são baseadas em valores como o individualismo, a igualdade restrita de oportunidades e a exploração do mercado (BERLINGUER, 2004). Tais opções, ancoradas na matriz neoliberal, podem colocar em xeque a consolidação do princípio da universalidade do acesso que pressupõe a igualdade entre as pessoas, independente de classe social, econômica, gênero, cor/etnia, religião e a equidade como caminho para a igualdade.

Inúmeras foram as conquistas no processo de construção do SUS que vão desde a ampliação do acesso aos serviços de saúde, com repercussões positivas no perfil epidemiológico; redução do número de contratos de trabalho temporários; investimento no provimento e qualificação dos trabalhadores de saúde; promoção e formalização da participação social e; aumento da conscientização da população sobre o direito à saúde vinculado à cidadania (PAIM *et al.*, 2011). Não obstante, o SUS idealizado não encontrou ambiente fértil para sua consolidação, sofrendo inúmeras ameaças, tais como sub financiamento, restrições de investimento em infraestrutura e do acesso aos serviços de saúde para uma parcela da população menos favorecida (PAIM, 2013).

A ordenação do SUS por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), com ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como um dos objetivos a garantia da universalidade do acesso. Entretanto, faz-

se necessário, além da ampliação da cobertura das ações e serviços, o enfrentamento de desafios, entre outros, relacionados aos modos como as equipes produzem ações de saúde e às questões de gestão do trabalho (PAIM, 2013).

Esses desafios exigem daqueles que defendem o SUS, lutas constantes e avaliações permanentes das políticas e programas implantados para correção de trajetória, qualificação e garantia da sua sustentabilidade. “Ao apresentar como a política de saúde [...] se constrói cotidianamente, é possível compreender como a política social, em meio a ações técnicas, estratégias políticas e organizacionais, disputas por recursos e ideias, cumpre seu papel maior de proteger as coletividades” (FLEURY; OUVENEY, 2012, p.16).

Considerando o papel fundamental do governo federal na formulação e condução das políticas públicas, no prover e gerir os recursos financeiros, este artigo analisa as diretrizes que ancoram e organizam o processo de trabalho das equipes de APS no sentido de promover a universalidade de acesso aos serviços de saúde como componente central na efetivação do SUS como política social.

## **MÉTODO**

Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo análise documental em fontes primárias (SÁ-SILVA, 2009) que expressam e regulam a política de saúde no Brasil. Compõem o estudo 29 documentos oficiais relacionados a Política Nacional de Atenção Básica/PNAB, ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica/PMAQ-AB, ao Programa Mais Médicos/PMM e ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, disponíveis na página do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2018).

Foram incluídas leis, portarias, informes, manuais e publicações técnicas do Departamento de Atenção Básica (DAB) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS vinculadas a financiamento da gestão federal e publicadas no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2017, cujos conteúdos apresentassem orientações para as práticas de saúde das equipes de Atenção Primária à Saúde.

A opção pelo recorte do financiamento, se deu por ser o recurso financeiro importante indutor da implantação das políticas pelos municípios, que devem cumprir um conjunto de normas e diretrizes para



que o repasse seja realizado. Foram excluídas as políticas e programas relacionados aos agravos, ciclos de vidas e programas específicos, como Programa Saúde na Escola e Academia da Saúde. Para os documentos publicados em anos distintos, mas com semelhança de texto, foram sistematizados os dados do mais atual. A busca foi realizada no *site* do Ministério da Saúde, nas páginas específicas do DAB (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>) e da SGETS (<http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao>).

Os documentos foram sistematizados em planilha eletrônica e organizados segundo a Política ou Programa, o título do documento, a síntese do conteúdo e, identificados por letras e números correspondentes a ordem crescente de inserção no estudo (Quadro 1). A coleta e a análise dos dados foram desenvolvidas com base no Quadro 2 - “Elementos do trabalho e valores que influenciam a capacidade dos serviços em assegurar acesso”, construído a partir da adaptação do que foi proposto por Menezes, Scherer, Verdi e Pires (2017), Menezes, Scherer e Ramos (2018) e à luz dos referenciais teóricos da Ergologia e Bioética Cotidiana.

A análise qualitativa dos documentos deu origem a cinco categorias: formação de trabalhadores para e na APS; valorização do trabalhador e do trabalho; organizando as ações de saúde para/com as pessoas e comunidades; as equipes multiprofissionais e a complexidade do fazer em saúde e a construção coletiva da saúde como direito.

**Quadro 1.** Documentos incluídos na análise documental, segundo política/programa, tipo de documento e objeto foco da referida política

Política e Programas	Documento	P
<b>Política Nacional de Atenção Básica</b>	Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011	P1
	Portaria Nº 2.355, de 10 de outubro de 2013	P2
	Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017	P3
	Portaria Nº 576, de 19 de setembro de 2011	P4
<b>Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).</b>	Portaria nº 703, de 21 de outubro de 2011	P5
	Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AMAQ) 2º Ciclo -2013	P6
	Instrumento de Avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você - acesso e qualidade 2º ciclo (Saúde da Família e AB parametrizada) - 2013	P7
	Manual Instrutivo Saúde Mais Perto de Você - acesso e qualidade 2º ciclo-2013	P8
	Manual Instrutivo - Anexo: Ficha de indicadores - 2013	P9
	Portaria Nº 1.645, de 2 de outubro de 2015	P10
	Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (AMAQ) 3º Ciclo -2017	P11
	Instrumento de Avaliação externa do Saúde Mais Perto de Você - acesso e qualidade 3º ciclo (Saúde da Família e AB parametrizada) - 2017	P12
	Manual instrutivo Saúde Mais Perto de Você - acesso e qualidade 3º ciclo-2017	P13

<b>Política e Programas</b>	<b>Documento</b>	
	Portaria Nº 1.834, de 27 de agosto de 2013	Institui e redefine valores diferenciados de custeio às Equipes de Saúde da Família que possuam profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento.
	Lei 12.871 de 22 de outubro de 2013	Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1995, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.
	Portaria interministerial Nº 1.369, de 8 de julho de 2013	Dispõe sobre o implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil
	Programa Mais Médicos: Orientações sobre a organização da Atenção Básica no Brasil - 2013	Programa Mais Médicos: Orientações sobre a organização da Atenção Básica no Brasil
	Portaria Conjunta Nº 1, de 21 janeiro de 2014	Dispõe sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação de Médicos
	Portaria Conjunta No 31, de 5 de junho de 2015	Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil.
	Portaria No 585, de 15 de junho de 2015	Dispõe sobre o Aterramento do Supervisado Acadêmico no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências
	Resolução nº 2, de 26 de outubro de 2015	Dispõe sobre o caráter educacional dos Programas de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde e dá outras providências.
	Resolução nº 3, de 6 de novembro de 2015	Dispõe sobre o Eixo Aperfeiçoamento e Extensão do 2º Ciclo Formativo do Projeto Mais Médicos para Brasil.
	Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros - 2015	Livro - Programa Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros
	Portaria Nº 2.554, de 28 de outubro de 2011	Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes no Atendimento
	Portaria Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011	Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes).
	Portaria Nº 3.127, de 28 de dezembro de 2012	Altera dispositivos da Portaria nº 2.554/GM/MS, de 28 de outubro de 2011, relativos ao Procedimento de Realocação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes no Atendimento, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.
	Manual de Telessaúde para Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde - 2012	Manual de Telessaúde para Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde;
	Manual de Telessaúde para Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde - 2013	Manual de Telessaúde para Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde - 2013
	Processo de resposta a teleconsultas	Processo de resposta a teleconsultas
	Manual de Telessaúde para Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde - 2013	Manual de Telessaúde para Atenção Básica/ Atenção Primária à Saúde - 2013
	Processo de solicitação de teleconsultas	Processo de solicitação de teleconsultas

Fonte: da autora, 2018

Programa Nacional Telessaúde Brasil  
Redes

TRANSVERSALIZADAS PELOS VALORES QUE INFLUENCIAM A CAPACIDADE DOS SERVIÇOS EM ASSEGURAR ACESSO.

Elementos	Componentes	Valores
Formação, experiência e domínio de normas	<p>Ofertas de Educação Permanente</p> <p>Formação na graduação</p> <p>Formações e normativas referentes ao trabalho na Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família</p> <p>Ofertas de apoio à prática cotidiana</p> <p>Sobrecarga de trabalho; quantidade de trabalho diário; demanda para atendimento; exigência de produtividade</p>	<p>Solidariedade, Justiça, Saúde, Dignidade, Cuidado, Respeito e Responsabilidade.</p>
Satisfação	<p>Valorização: salários; vínculos de trabalho; mecanismos de valorização e gratificação profissional; responsabilidade pelo cuidado das pessoas; imaginário existente sobre os serviços públicos e importância do trabalho que realizam.</p>	
Gestão e organização do processo de trabalho	<p>Territorialização; adscção admissão das pessoas e famílias; cadastramento das famílias; vinculação com local de residência/trabalho.</p> <p>Agenda das equipes: organização da oferta (espontânea X programática); acolhimento com classificação de risco X outros modos de marcação.</p> <p>Ofertas de ações: Visita domiciliar, atividades em grupo; atividades coletivas; apoio matricial</p> <p>Horário de funcionamento das unidades</p> <p>Ambiência</p>	
Trabalho coletivo	<p>Trabalhar em equipe</p> <p>Oferta de ferramentas para o trabalho em equipe</p> <p>Composição das equipes (multiprofissionalidade, rotatividade, quantidade de profissionais)</p>	
Integração/interação com a comunidade	<p>Respeito aos saberes, a inclusão das singularidades - questões culturais, valores, crenças dos usuários; necessidade de saúde e conhecimento da realidade local</p> <p>Escuta, vínculo, confiança, diálogo e a comunicação</p> <p>Construção coletiva dos espaços e do planejamento em saúde</p> <p>Participação popular/control social</p>	

Fonte: da autora, 2018

## RESULTADOS

### *A formação de trabalhadores na e para a APS*

Ao analisar os documentos, verificou-se que em relação à **Formação, experiência e domínio das normas** são descritas orientações para ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), de Apoio Institucional (AI), Apoio Matricial (AM), Cooperação Horizontal e Supervisão acadêmica em serviço. Também estavam presentes nos documentos propostas de mudanças curriculares, de ampliação e interiorização das vagas na graduação e aproximação do estudante no cotidiano do SUS, bem como a ampliação das vagas de residência médica e multiprofissional e reformulações curriculares e para o ingresso nas Residências Médicas.

O estímulo e a viabilização de formação para os trabalhadores de saúde são responsabilidades comuns a todas as esferas de governo<sup>P1,P3</sup>. Nesse sentido, a EPS é descrita como “aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde”, “a partir de construção ascendente”<sup>P1, P3, P8, P13</sup>. De forma articulada com a EPS, o AI<sup>P1, P3, P6, P8, P10, P11</sup> é visto como estratégia de apoio ao processo de trabalho de forma cotidiana, assim como o AM<sup>P1, P3, P6, P11, P12</sup> e a cooperação horizontal<sup>P1, P3, P6, P8, P10, P11</sup>.

Uma mudança importante foi verificada na versão de 2017 da PNAB, com a remoção da possibilidade de dedicação de até oito horas, do total da carga horária semanal na ESF, para os profissionais de saúde realizarem atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade (MFC), bem como atividades de EPS e AM<sup>P1,P3</sup>. Entre os diferentes modos de desenvolver ações de EPS estão as estratégias educativas do Telessaúde<sup>P6,P7,P11,P12,P17,P23,P24,P25,P27,P28,P29</sup>, a comunidade de práticas, bem como os espaços para troca de experiências<sup>P23, P25, P27, P29</sup>, a participação em cursos de atualização, qualificação e pós-graduação, os grupos de discussão, os sítios virtuais interativos ou redes sociais colaborativas e os momentos reservados nas reuniões periódicas da equipe<sup>P6,P7,P11,P12</sup>.

Os documentos apresentam também propostas de ampliação de vagas e mudanças curriculares para os cursos de graduação e pós-graduação com objetivo de formar profissionais com perfil adequado à

atenção básica <sup>P1,P3,P15, P,16,P23</sup>. Dentre as questões referentes à formação profissional presentes nos documentos analisados, ressalta-se a reordenação das vagas de cursos de Medicina, com nítida priorização das regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante, e o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica, com reserva de 30% da carga horária do internato desenvolvidas na APS e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS <sup>P15, P,16,P23</sup>. A inserção dos estudantes desde o início do curso nos serviços de saúde, a avaliação de progresso para alunos do 2º, 4º e 6º anos; bem como as mudanças nos instrumentos de avaliação dos cursos e a criação do Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde entre gestores locais e regionais do SUS e as instituições de ensino <sup>P23</sup> foram outros aspectos relevantes encontrados.

O Programa de Residência em MFC passaria a ter duração mínima de 2 (dois) anos, sendo o primeiro ano obrigatório para o ingresso em alguns Programas de Residência Médica. Já o PMM prevê ciclos formativos para profissionais médicos participantes, com módulo de acolhimento, especialização, aperfeiçoamento, extensão e supervisão <sup>P19,P20,P21,P22</sup>.

### ***A valorização do trabalhador e do trabalho***

As ações relacionadas à **Satisfação no trabalho** englobam as ações referentes às garantias trabalhistas, à carreira de trabalho, aos benefícios associados a determinados Programas, à quantidade de atividades a serem executadas pelos trabalhadores de saúde e ao quantitativo de pessoas adscritas por equipe.

O cálculo do teto máximo de eSF foi alterado, permitindo a constituição de equipes responsáveis por 2.000 pessoas, considerando que nas áreas mais vulneráveis a população deve ser menor <sup>P2, P3</sup>.

A garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho, a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços, a seleção, contratação e remuneração dos profissionais, em conformidade com a legislação são atribuições dos diferentes entes federados <sup>P1,P3</sup>.

Aparecem ainda como instrumentos dos processos avaliativos, a remuneração e a premiação dos trabalhadores considerando o desempenho de acordo com metas e resultados pactuados, a progressão por antiguidade, por titulação e formação profissional, o prêmio

financeiro por desempenho e a possibilidade de distintas cargas horárias<sup>P6,P7,P11,P12</sup>.

Estabelecida pelo MS, a avaliação, certificação e pagamento por desempenho é estratégia estabelecida com intuito de ampliar e qualificar o acesso, por meio da adequação e execução de padrões de boas práticas e organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>P6, P7,P11-13</sup>. Os padrões foram classificados, nos processos avaliativos como: obrigatórios; essenciais; estratégicos e essenciais<sup>P6, P7, P11, P12, P13</sup> e na Política de Atenção Básica 2017, enquanto diretriz organizativa, como essenciais e ampliados<sup>P3</sup>. Os instrumentos de avaliação elencam o conjunto de ações a serem desenvolvidas pelas equipes para garantir padrão de qualidade nacional<sup>P6, P7, P11 - 13</sup>.

### ***Organizando as ações de saúde para/com as pessoas e comunidades***

No elemento **Gestão e organização do processo de trabalho**, compuseram os achados a territorialização, a adscrição, a organização da agenda, das ações e serviços e a ambiência.

Percebeu-se que a territorialização é trabalhada tanto como diretriz organizacional, quanto como instrumento de planejamento das ações prioritárias em consonância com o princípio da equidade<sup>P6,P11</sup>, por meio da definição do território, classificação de risco e vulnerabilidade para a implantação das UBS, redução das distâncias entre UBS, e população e do acompanhamento dinâmico da situação de saúde considerando os aspectos geográficos, ambientais, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos<sup>P3,P6,P11</sup>.

A agenda deve ser compartilhada e formulada com base nas necessidades de saúde da população contemplando as ações para grupos específicos e para demanda espontânea.

O acolhimento, com foco na demanda espontânea, é orientado para ser desenvolvido de forma humanizada, durante todo o período de funcionamento da UBS, com escuta qualificada, classificação de risco e vulnerabilidades, com utilização de protocolos e definição de critérios para agendamento de consultas<sup>P1,P3,P6,P11</sup>. Pressupõe “uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes”<sup>P1,P3,P6,P7,P11,P12</sup> em resposta à baixa capacidade de atender os problemas agudos de saúde e com objetivo de ampliar e qualificar o acesso<sup>P13</sup>.

Algumas das atribuições dos trabalhadores da APS, recorrentes nos documentos analisados, foram o atendimento clínico individual, pequenos procedimentos e coleta de exames, grupos terapêuticos, atividades comunitárias, práticas integrativas e complementares, atividades de educação em saúde e de promoção da saúde, além de ações de vigilância, ações coletivas no território e reuniões de planejamento e avaliação<sup>P1,P3,P6,P7,P11,P12</sup>. Para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foram incluídas na PNAB 2017, a aferição de pressão e temperatura, realização de medicação de glicemia e técnicas limpas de curativo, orientação e apoio, em domicílio, para a administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade, desde que tenham formação e respeitada autorização legal<sup>P3</sup>.

Referente ao horário de funcionamento das unidades recomenda-se o atendimento semanal de, no mínimo, 40 horas<sup>P6,P11</sup>, cinco dias da semana e nos 12 meses do ano<sup>P3</sup>. Entretanto, é flexibilizada a existência de horários alternativos de funcionamento, que atendam a necessidade da população que podem ser pactuados nas instâncias de participação social<sup>P3</sup>.

Ações para a ambiência estão relacionadas ao compromisso pretendido dos gestores em dotar as Unidades com qualidade de equipamentos, infraestrutura e informatização com apoio do Governo Federal por meio do Programa de Requalificação<sup>P1,P3,P23,P24</sup> e a identificação da UBS como espaço de formação, de ensino aprendizagem e de articulação entre ensino-serviço<sup>P23</sup>.

## **As equipes multiprofissionais e a complexidade do fazer em saúde**

A composição de equipes multiprofissionais, o provimento de profissionais de saúde, a flexibilização da carga horária e as estratégias para o trabalho em equipe estão presentes no elemento **Trabalho Coletivo**.

A APS é descrita para ser desenvolvida a partir do trabalho multiprofissional e interdisciplinar e a ESF deve ser composta por médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliar/técnico de saúde bucal, auxiliar/técnico de enfermagem e ACS, além de outras categorias profissionais que compõem o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)<sup>P1,P3</sup>. O A da sigla NASF teve seu sentido alterado de Apoio<sup>P1</sup> para Ampliado na última publicação da PNAB<sup>P3</sup> e sua presença, como da ESB é facultada aos municípios<sup>P1,P3</sup>.



O financiamento de equipes transitórias para a ESF com flexibilização de carga horária<sup>P1,P4,P5</sup>, eSF com apenas um ACS e equipe (eAB) composta apenas pela categoria médica e equipe de enfermagem<sup>P3</sup>, foi possibilitado na revisão da PNAB. Outra flexibilização presente na PNAB 2017 trata da orientação do número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada<sup>P1</sup> apenas para áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social<sup>P3</sup>.

O provimento de profissionais para garantia de equipes completas, o investimento em formação para atuar em equipes multiprofissionais, o reconhecimento do residente como componente da equipe na ESF<sup>P23</sup> e a presença do gerente da unidade<sup>P3</sup> são estratégias capazes de contribuir para o trabalho em equipe.

Algumas ferramentas e espaços são descritos para o desenvolvimento do trabalho como as consultas compartilhadas, a discussão de casos, a construção de planos terapêuticos, a definição de fluxos e atribuições de cada profissional, o monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada<sup>P6,P11</sup>.

### *A construção coletiva da Saúde como Direito*

Os achados referentes ao elemento **Integração/interação com a comunidade** descrevem estratégias para o fomento da participação popular e controle social, por meio dos espaços institucionais dos Conselhos e Conferências, além de ações cotidianas do trabalho em equipe junto à comunidade.

O estímulo à participação popular e ao controle social aparece como atribuição e responsabilidade comum das esferas de governo, equipes e trabalhadores de saúde, por meio do incentivo à formação e participação nas reuniões dos conselhos locais e municipais de saúde. Esse estímulo aparece nos documentos como forma de ampliar a autonomia e capacidade na construção do cuidado em saúde<sup>P1,P3</sup>.

Dentre os aspectos presentes nos padrões de qualidade, destacam-se o conhecimento das necessidades de saúde da população; o estabelecimento de relações de vínculo, práticas dialógicas, críticas e reflexivas, a articulação do trabalho da equipe junto a cuidadores tradicionais; o respeito aos hábitos culturais, costumes e religião das pessoas<sup>P6,P11</sup>.

As equipes devem oferecer formas para o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros de registro, caixas de

sugestões, canais eletrônicos, ouvidoria, redes sociais, sites, blog e correio eletrônico<sup>P3,P6,P11</sup> para avaliação da satisfação dos usuários.

Foram identificados como espaços para a consolidação desse elemento as reuniões comunitárias, grupos de discussão de ações específicas, reuniões de conselhos e conferências locais/municipais de saúde e a formação e as reuniões periódicas de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde, com a participação dos usuários do serviço<sup>P1,P3,P6,P7</sup>.

## DISCUSSÃO

No processo analítico, foi possível identificar a presença de ações relacionadas aos cinco componentes do trabalho que influenciam a capacidade dos serviços em assegurar acesso, demonstrando reconhecimento dos desafios relativos à consolidação da universalidade do acesso.

Os resultados apontam para incentivo ao uso da EPS como conceito-estratégia para a qualificação dos trabalhadores e do cuidado ofertado, assim como o AI, o AM, a Cooperação Horizontal e a Supervisão Acadêmica. A formação desenvolvida no/para o trabalho pode ajudar trabalhadores a refletirem sobre o que vivenciam no cotidiano das suas ações, possibilitando o desenvolvimento de competências necessárias à resolução dos problemas, discutindo as dificuldades e alternativas e produzindo conhecimento (JACQUES; DURRIVE, 2007). Associadas às ações para trabalhar com os saberes produzidos no momento da realização dos atos de saúde (investidos), foram descritas estratégias para formação de trabalhadores, cujos saberes constituídos - científicos, acadêmicos, relativos à prática profissional (TRINQUET, 2010) - contribuíssem para a atuação na APS e na ESF, como as mudanças nas grades curriculares da graduação e pós-graduação, com foco maior para o profissional médico.

É necessário desenvolver um caminho formativo que promova a inseparabilidade das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde dos interesses da coletividade por meio da “autoconsciência e do controle permanente”, mudando a formação em saúde, tanto no plano da formação científica, quanto política (BERLINGUER, 1978). “As transformações históricas das práticas em saúde e da formação médica ensejam a discussão da função das instituições de ensino para com a realidade sócio sanitária e com o Sistema de Saúde no Brasil” (AZEVEDO *et al.*, 2012, p.188). A formação de profissionais

considerando a sua responsabilidade social na construção da saúde como direito é essencial para a garantia da universalidade do acesso e exige importante disputa com modelos orientados pela superespecialização, o abuso de consultas, intervenções e procedimentos geradores de lucro, que priorizam o valor da saúde como mercadoria. Para isso, é preciso ampliar o número de profissionais oriundos de diferentes classes sociais, pois “enquanto os médicos provirem somente de uma parte da população, a mais rica, será difícil, embora possível, cortar o cordão umbilical com a classe de origem e transformar a maneira tradicional de entender a medicina” (BERLINGUER, 1978, p. 174). Faz-se necessário, ainda, formar profissionais e estruturar um sistema de saúde que seja capaz de atuar nas questões cotidianas que afligem a maior parte da população, à despeito dos avanços tecnológicos (BERLINGUER, 2004).

Além da formação, para garantia da qualificação e ampliação do acesso, a satisfação dos trabalhadores deve ser considerada. Estratégias para melhoria e regularização dos vínculos de trabalho foram encontradas nos resultados, mas ainda de forma incipiente. Houve redução na contratação do trabalho precário na ESF no período de 2001 a 2009, com aumento da contratação protegida, pelas prefeituras, de médicos em 25%, entre os dentistas 40,8% e 67,8% para os ACS (GIRARDI *et al.*, 2009). Entretanto, a precarização dos vínculos de trabalho ainda se constitui como importante problema para a maior parte dos municípios brasileiros. “A terceirização da força de trabalho e a flexibilização dos vínculos trabalhistas na AB vêm se configurando como tendência desde o início da década de 2000” e são mais presentes em municípios de maior porte populacional” (SEIDL, 2014, p. 102, 104).

Para Narvai (2017, p.1), as portarias que tratam da Política Nacional de Atenção Básica, dos anos 2011 e 2017, passam longe do enfrentamento dos problemas relacionados à precarização dos vínculos trabalhistas. O autor afirma que medidas tais como a flexibilização das jornadas de trabalho e da composição das equipes de saúde agravam ainda mais esse quadro.

A determinação de número máximo de pessoas sob a responsabilidade das equipes, bem como a redução no número de pessoas para o cálculo do teto máximo de equipes são regras que contribuem para reduzir a sobrecarga dos trabalhadores e para produção de ações de saúde resolutivas. Em contrapartida, a flexibilização do quantitativo da população adscrita para números superiores a 3.500, legitima o que já ocorre nos territórios, entretanto coloca em risco a capacidade das equipes em prover atenção integral e de qualidade.

A ampliação do escopo de ações e a organização da agenda deve considerar as singularidades individuais e coletivas. A categorização desse escopo em padrões, quando vistos como critérios avaliativos, serve como etapas a serem alcançadas numa escala crescente de qualificação dos serviços, contudo, enquanto diretriz organizacional, tende a reduzir a APS ao modelo seletivo e fragmentado que oferta apenas os cuidados mínimos à população (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

É preciso analisar com cautela a alteração da denominação do NASF e a inclusão de algumas atribuições para os ACS, pois o discurso da busca pela ampliação da resolubilidade da APS que gera priorização de práticas curativistas e ampliação da oferta de ações com equipes reduzidas e com menor custo, leva a sobrecarga e insatisfação dos trabalhadores e, conseqüentemente a prejuízo do cuidado ofertado. Já a presença do gerente na unidade de saúde, possibilita o fortalecimento da co-gestão, o compartilhamento das ações e uma ampliação e qualificação do cuidado.

O número grande de ações a serem desenvolvidas, o excesso de normas e a exigência de produtividade levam à sobrecarga de trabalho e à padronização excessiva das ações. Trabalhamos para realização individual em diversas dimensões, mas também para satisfazer as necessidades de grupos sociais (SCHWARTZ; DI RUZZA; LE BRIS, 2007) em permanente dialética entre o que nos é exigido pelo meio e aquilo que consideramos ser o melhor caminho a percorrer (SCHWARTZ, 2000). Tem que se ter cuidado com a padronização excessiva, por correr o risco de se querer padronizar os seres no lugar das tecnologias (DURAFFOURG, 2013).

O acolhimento, com ênfase no atendimento à demanda espontânea, fortalece e contribui para ampliação da clínica e contrapõem a ideia da APS com foco apenas nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, a qual resulta em redução do acesso e restrição nas respostas às necessidades de saúde das pessoas. Entretanto, é preciso ampliar também os espaços para o acolhimento, acolhendo não apenas aqueles que procuram as unidades de saúde, mas toda a comunidade (MITRE *et al.*, 2012).

A flexibilização dos horários de funcionamento das UBS é uma necessidade sentida nos territórios, principalmente para atender às pessoas que trabalham no período de funcionamento das unidades. Entretanto, se associada à flexibilização da carga horária dos profissionais e redução de custos, a tendência é por redução no acesso em seus aspectos quantitativos e qualitativos, considerando a complexidade do fazer em saúde.

A formação de equipes multiprofissionais perpassa esse reconhecimento da complexidade do trabalho em saúde e é característica própria da organização da APS no Brasil. Reduzir a composição e a quantidade das equipes ameaça o conceito ampliado de saúde, pela tendência em focar nas questões médicas e biológicas. Conceito esse que pressupõe a sua concepção social, na qual tanto a saúde quanto a doença são culturalmente construídos e socialmente determinados (BERLINGUER, 2004).

Destacam-se três outros pontos nesse elemento: a possibilidade de formação de equipes de APS com a exigência de apenas um ACS para financiamento pelo nível federal, a “integração” do trabalho do ACS e do ACE que pode gerar sobrecarga e/ou descaracterização da função dos mesmos e o financiamento de equipes de saúde de Atenção Básica com a presença apenas da categoria médica e equipe de enfermagem.

As equipes com ACS em sua composição promovem ampliação do vínculo entre usuários e equipe de saúde e facilitam o acesso (COIMBRA *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2012). A possibilidade de composição de equipes com apenas um ACS e a flexibilização da cobertura do cuidado por esses trabalhadores compromete o fazer das equipes de saúde que contam com o papel desse trabalhador no território, escutando e identificando necessidades e possibilidades e desenvolvendo ações educativas e de promoção da saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A revogação da possibilidade de flexibilização da carga horária para os profissionais da ESF e a manutenção apenas para os profissionais das equipes de Atenção Básica, a composição reduzida dessas e a redução dos custos em tempos de políticas de austeridade, pode tornar a equipe de Atenção Básica a primeira opção dos gestores, em detrimento da Equipe de Saúde da Família (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), considerando ser a exigência das 40 horas semanais um dos motivos para o absenteísmo e a rotatividade dos profissionais, principalmente, da categoria médica.

No trabalho em equipe, criam-se modos de trabalhar com diferentes protagonistas, capazes de se organizar de acordo com o solicitado pelas pessoas e pelos territórios (SCHWARTZ, 2007), ampliando-se, desta forma, os olhares e as possibilidades de atuação no processo saúde-doença-cuidado. Para isso, requer a superação de desafios organizacionais como a fixação dos profissionais nas equipes, principalmente o profissional médico e a existência de espaços, apoio e ferramentas que auxiliem o desenvolvimento de ações compartilhadas,

bem como aqueles para superação do modelo de atenção especializado e fragmentado para modos de produção do cuidado que reúnam os diferentes saberes e fazeres.

Desta forma, o respeito à autonomia dos municípios para constituição de equipes de acordo com as singularidades e necessidades locais deve vir associado à disputa de uma atenção integral de qualidade, que não sobrecarregue os trabalhadores e que seja capaz de potencializar as ações das equipes de saúde. Importante atentar para o papel indutor do MS, considerando as especificidades e diferentes realidades locorregionais (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), na formulação de políticas públicas de caráter universal.

O processo analítico evidenciou ainda a importância do incentivo ao controle social e participação popular, a avaliação da satisfação das pessoas com os trabalhadores e serviços e a co-produção do cuidado. Entretanto, pouco foi mencionado sobre o modo de fazer, sendo as estratégias mais descritas, as referentes à avaliação da satisfação, por meio de pesquisas e consultas. A construção do SUS como universal e público pressupõe a saúde como valor inerente à vida cuja construção deve ser exercida e acompanhada por todas e todos. Assim, é importante que os trabalhadores sejam capazes de contribuir de forma concreta para construção de espaços de controle social. Essa forma de entender a saúde e a participação popular é um desafio que exige mais que reorganização dos papéis das equipes de saúde, das pessoas e comunidades, a ressignificação do espaço público como bem comum político.

A constituição de um sistema de saúde universal que passa por políticas de equidade exige das pessoas “reconhecimento mútuo de se pertencer à mesma humanidade” ao contrário da convicção de que se é possível “usufruir do máximo de saúde isolados do sofrimento alheio” (BERLINGUER, 2004, p. 256).

Por fim, percebe-se a presença do termo equidade ao longo dos textos associada ao entendimento de acesso universal e como caminho para redução das iniquidades em saúde em direção à igualdade. Entretanto, é preciso estar atento à “a importância de medidas destinadas a remover os obstáculos ao bem-estar” (BERLINGUER, 1996, p.82), pois apenas oportunizar de igual modo, não significa proporcionar as mesmas condições, nem tampouco ter como imagem-objetivo a radicalidade da igualdade de resultados.

Cabe uma última análise que associa as políticas e programas ao conjunto de medidas adotadas pelo Governo, expressando assim, por meio da publicação de normativas, as escolhas políticas. No período entre

2011 e 2015, a equipe governamental afirma ter havido aumento de mais de 100% no investimento da APS, com objetivos declarados de consolidação da universalidade do acesso ao se preocupar não apenas com a ampliação do acesso, mas com a qualidade da atenção. O governo que assume pós golpe, em 2015, com diferente posicionamento político, afirma a necessidade de redução no SUS e o incentivo a criação de planos populares junto à iniciativa privada (VIEIRA *et al.*, 2018). Ao associar o direito à saúde à capacidade de pagamento pelos serviços, esse posicionamento contrário ao SUS universal, integral e gratuito está orientado não pela universalidade do acesso, mas pelo modelo da Cobertura Universal de Saúde, “em que importa tão somente se a totalidade da população tem cobertura de algum serviço de saúde, independentemente se pago ou não e de sua capacidade de resolução do problema de saúde da pessoa” (VIEIRA *et al.*, 2018, p.47). Com as novas regras fiscais estabelecidas pela Emenda Constitucional 95, existirão maiores dificuldades para efetivação do direito à saúde no Brasil em decorrência da redução da despesa federal com esse setor, mesmo com uma possível retomada do crescimento econômico, resultando em uma menor participação do Estado nas políticas sociais (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p.23).

O quadro abaixo apresenta uma sistematização da análise desenvolvida, relacionando as ações com os elementos do trabalho que influenciam a capacidade dos serviços em assegurar acesso, destacando aquelas que se aproximam da promoção da universalidade do acesso e as que se afastam.

serviços em assegurar acesso e as ações propostas pelo governo federal para APS no período de 2011 a 2017.

MODOS DE PRODUÇÃO DO CUIDADO X UNIVERSALIDADE DO ACESSO	
ELEMENTO	AFASTA
<b>Formação, experiência e domínio de normas</b>	<p>A não garantia de horários reservados para ações de educação permanente na Unidade de Saúde;</p> <p><b>APROXIMA</b></p> <p>Incentivo à formação, desenvolvimento no/para o trabalho;</p> <p>Atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde que consideram os interesses da coletividade;</p> <p>Mudança da formação médica;</p> <p>Ampliação do número de profissionais oriundos de diferentes classes sociais;</p>
<b>Satisfação</b>	<p>A redução no número de pessoas para o cálculo do teto máximo de equipes;</p> <p>A flexibilização do quantitativo de população adscrita para números superiores a 3.500; Poucas ações relacionadas à desprecisação dos vínculos trabalhistas;</p>
<b>Gestão e organização do processo de trabalho</b>	<p>A ampliação do escopo de ações;</p> <p>Categorização das ações em perfões como critérios avaliativos e etapas a serem alcançadas numa escala crescente de qualificação dos serviços;</p> <p>Organização da agenda considerando as singularidades individuais e coletivas;</p> <p>Acolhimento com ênfase no atendimento às demandas espontâneas;</p> <p>A ampliação do escopo de ações;</p> <p>O número grande de ações;</p> <p>O excesso de normas;</p> <p>A exigência de produtividade;</p> <p>Perfil de como diretriz organizacional, redimensiona a APS no modelo seletivo e fragmentado de cuidados mínimos à população; Acolhimento restrito à demandas espontâneas;</p>
<b>Trabalho coletivo</b>	<p>Exigência de apenas um ACS para financiamento;</p> <p>A "integração" do trabalho do ACS e ACE, podendo gerar sobrecarga;</p> <p>O financiamento da UAB com apenas as categorias médica e de enfermagem;</p> <p>Alteração da denominação do IMASF;</p> <p>A inclusão de atribuições extras para os ACS e;</p> <p>Flexibilização associada à redução de custos e restrição às equipes de AB;</p>
<b>Interação/interação com a comunidade</b>	<p>Incentivo ao controle social e participação popular, a avaliação da participação das pessoas com os profissionais e serviços e a co-produção do cuidado</p> <p>Ênfase nas estratégias de avaliação da satisfação, por meio de pesquisas e consultas e poucas iniciativas de como trabalhar a participação popular</p>

Fonte: da autora, 2018



## Considerações Finais

A universalidade do acesso a saúde pressupõe ações que vão além da ampliação da cobertura, como a estruturação das unidades de saúde, a garantia de insumos, a provisão e a formação de trabalhadores, o apoio cotidiano para enfrentamento das dificuldades e a identificação das reservas de alternativas presentes no meio, a composição de equipes multiprofissionais. Outro aspecto importante é a ampliação e a qualificação do acesso, tanto para grupos específicos, quanto para a demanda espontânea, incluindo a capacidade dos serviços de conhecer e atuar, considerando as necessidades de saúde das pessoas e comunidades, de forma cooperativa, participativa e inclusiva.

A análise dos documentos sinaliza a presença de proposições relacionadas a algumas das dificuldades para garantia do acesso universal, identificadas por meio das cinco categorias descritas, como nas propostas para formação e qualificação profissional na graduação e pós-graduação, o incentivo ao desenvolvimento do acolhimento à demanda espontânea, o estabelecimento de processos de avaliação para melhoria do acesso e da qualidade e a ampliação do escopo de ações das UBS.

Entretanto, demonstram, em certos aspectos, afastamento da garantia da universalidade do acesso e orientam o trabalho das equipes de saúde para o modelo de cobertura universal de saúde, principalmente aqueles publicados no período posterior ao ano de 2015, como: pouca ênfase dada as ações relacionadas à carreira do profissional; o incentivo a implantação de eAB, que apresenta maior facilidade de organização do que as eSF; a identificação de padrões essenciais e ampliados como diretriz organizacional do trabalho na APS e a flexibilização do número máximo de pessoas sob a responsabilidade das equipes e do horário de funcionamento das UBS.

Percebe-se ainda, após análise em associação com o investimento dos governos para APS, tendência para universalidade do acesso no período anterior a 2015, quando consideramos o aumento expressivo dos recursos financeiros para esse nível de atenção e tendência para o modelo de Cobertura Universal de Saúde após 2015, visto o congelamento do teto de gastos do governo federal e o incentivo a criação de planos populares de saúde, entre outras iniciativas que ameaçam a democracia e todos os avanços em políticas sociais conquistados nos últimos anos. O governo que assume em 2016 implementa um conjunto de ações contrárias ao

projeto eleito democraticamente pela população brasileira e caminha cada vez mais para políticas de Estado mínimo, responsáveis apenas pelos mais pobres, com redução dos investimentos em saúde, ampliação do mercado dos planos de saúde e que não considera os valores de solidariedade, redistribuição e equidade.

Em uma sociedade justa e igualitária, o direito à saúde deve ser universal. A construção de documentos institucionais que refletem políticas públicas preocupadas com a garantia da universalidade do acesso é passo importante para garantia de políticas de Estado que entendem a saúde como direito, mas não resolve por si só os problemas que o SUS enfrenta desde a sua implantação e que se agravaram nos últimos três anos. É preciso luta constante da sociedade brasileira para ampliação dos investimentos, manutenção e efetivação de um Sistema de Saúde para todas as pessoas e de qualidade.

## Referências

AZEVEDO, B.M.S. et al . A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 17, n. 44, p. 187-200, Mar. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832013000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832013000100015&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 June 2018. Epub Dec 11, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000048>.

BERLINGUER, G. Ética da Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.

BERLINGUER, G. Medicina e Política. São Paulo: CEBES- HUCITEC, 1978.199p.

BERLINGUER, G. Bioética Cotidiana. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004. 280p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/>. Acesso em: 14jul18.

CARVALHO, C. et al. O monitoramento da qualidade do emprego na Estratégia Saúde da Família no último decênio.[Documento eletrônico] UFMG, 2009. Disponível em: [nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Publicacoes/O%20monitoramento%20da%20qualidade%20do%20emprego%20na%20Estrat%C3%A9gia%20](http://nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Publicacoes/O%20monitoramento%20da%20qualidade%20do%20emprego%20na%20Estrat%C3%A9gia%20)

a% C3% B A de % 20 da % 20 Fam % C3% A D lia % 20 no % 20 % C3% B A l t i m o % 20 dec % C3% A A n i o .pdf. Acesso em: 20jun18

COIMBRA, V.C.C. et al. Avaliação da estrutura – processo de acesso de usuários a uma Unidade de Saúde da Família. R. pesq.: cuid. Fundam. [periódico na Internet]. 2010 [Acesso em 01 de mar 2017]; 2(3):1095-107. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/591/pdf\\_47](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/591/pdf_47)

DURAFFOURG, J. Um robô, o trabalho e os queijos: algumas reflexões sobre o ponto de vista do trabalho. In: DIEESE (org.). Emprego e desenvolvimento tecnológico: Brasil e contexto internacional. São Paulo: DIEESE. 1998. p. 123-144.

FLEURY, S.; OUVENERY, A.M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014. p.25-57.

JACQUES, A, DURRIVE, L. O formador ergológico ou “Ergoformador”: uma introdução a ergoformação. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. Trabalho e ergologia: conversas sobre atividade humana. Niterói, Ed. UFF, 2007. Capítulo 11, p.297 a 309.

LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015.

MENEZES, E.C. et al. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. Saude soc., São Paulo , v. 26, n. 4, p. 888-903, Dec. 2017 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902017000400888&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000400888&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170497>.

MENEZES, E.L.C.; SCHERER, M.D.A.; RAMOS, F.R.S. Influence of multiprofessional work on the production of care and access to primary health care. Rev. CEFAC, São Paulo , v. 20, n. 3, p. 342-352, maio 2018. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462018000300342&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462018000300342&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 11 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201820319017>.

MITRE, S.M.; ANDRADE, E.I.G.; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, Aug. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>

MOROSINI, M.V.G.C., FONSECA, A.F., LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Primária à Saúde 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, P. 11-24, Jan-Mar 2018.

NARVAI, P.C. Por uma carreira interfederativa, única e nacional do SUS. [Documento eletrônico]. Abrasco, 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/opiniao/por-uma-carreira-interfederativa-unica-e-nacional-do-sus/31184/>. Acesso em: 20jun18.

OLIVEIRA, L.S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, Volume 377, Issue 9779, 1778 – 1797.

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, Oct. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001000003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000003&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00099513>.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, n. 1, 2009.

SCHWARTZ, Y., DI RUZZA, R., LE BRIS, R. Trabalho, emprego e cidadania. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. Trabalho e ergologia: conversas sobre atividade humana. Niterói, Ed. UFF, 2007. Cap. 10, p.278-295.

SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. Trabalho & Educação. Belo Horizonte, n.7, jul/dez, 2000, p.38-46.

SCHWARTZ, Y. A dimensão coletiva do trabalho e as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. Trabalho e ergologia: conversas sobre atividade humana. Niterói, Ed. UFF, 2007. p.152-166.

SEIDL, H.; V. S. P.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, R. C. D.; GAGNO, J. Gestão do trabalho na Atenção Primária à Saúde em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p.94-108, Out. 2014.

TRINQUET, P. Trabalho e educação: o método ergológico. Revista HISTEDBR On-line. [periódico na Internet]. 2010 [Acesso em 06 de mai 2017]; Número especial: 93-113. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8639753/7318>

VIEIRA, F.S., SANTOS, I.S., OCKÉ-REIS, C., RODRIGUES, P.H.A. Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro, CEBES, 2018, 64 p.

VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas, 2016, 10(3): 1-28.





“Qualquer comparação entre a ditadura militar e a democracia brasileira, só pode partir de quem não dá valor à democracia brasileira. Eu tinha 19 anos, fiquei três anos na cadeia e fui barbaramente torturada, senador. E qualquer pessoa que ousar dizer a verdade para os seus interrogadores, compromete a vida dos seus iguais e entrega pessoas para serem mortas. Eu me orgulho muito de ter mentido senador, porque mentir na tortura não é fácil.

Dilma Rousseff, 2008

**Dilma Rousseff**<sup>9</sup> - Nasceu em 14 de dezembro de 1947. Mulher, mãe, avó, nascida na cidade de Belo Horizonte (MG), sofreu tortura e foi presa política por três anos no período da ditadura militar, de 1970 a 1972, no presídio Tiradentes, na capital paulista. Economista, foi ministra de Minas e Energia, chefe da Casa Civil e a primeira presidenta do Brasil.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou as diretrizes que ancoram e organizam o processo de trabalho das equipes de APS, no sentido de garantir a universalidade de acesso aos serviços de saúde como componente central na efetivação do SUS como política social. Tendo por base os referenciais teóricos da Bioética Cotidiana e da Ergologia, descreveram-se os elementos do trabalho que influenciam a capacidade dos serviços em assegurar acesso na APS e, identificaram-se ações relacionadas a tais elementos, nas políticas públicas e programas para a APS implantadas, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2017, pela gestão dos diferentes governos federais do período.

---

<sup>9</sup> Disponível em: <http://memoriasdaditadura.org.br/biografias-da-resistencia/dilma-rousseff/index.html>. Acesso em: 18 jul. 2018.

O marco contextual da temática em estudo foi debatido no artigo **“Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na Atenção Primária à Saúde”** que apresentou uma revisão da literatura e permitiu conhecer o que trabalhadores, gestores e usuários identificavam como elementos, presentes no trabalho das equipes de saúde, que influenciam a garantia do acesso na ótica de pesquisadores que desenvolveram estudos em todo o Brasil. Fizeram parte do estudo 52 artigos, publicados entre janeiro de 2005 e outubro de 2015 identificados a partir de busca desenvolvida nas bases SciELO, Lilacs, BVS e Medline. Os achados evidenciaram elementos do trabalho que influenciam a capacidade do serviço em assegurar o acesso, como: normativas prescritoras do trabalho, espaços que favorecem o encontro (acolhimento, visitas domiciliares, apoio matricial e atividades coletivas), formação/experiência do trabalhador, relação com o usuário e com o território, vínculo e responsabilização, respeito à autonomia e aos diferentes saberes e culturas, conhecimento da realidade local, sobrecarga de trabalho e valorização/satisfação profissional.

A ancoragem teórico-conceitual discutida no capítulo **“Bioética Cotidiana e Ergologia: olhares para as políticas públicas, os modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso na Atenção Primária à Saúde no Brasil”** propõe uma reflexão sobre as políticas públicas para Atenção Primária à Saúde no Brasil, os modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso, a partir dos dois referenciais teóricos de escolha, a ergologia e a bioética cotidiana. Esses referenciais foram fundamentais para a compreensão dos valores presentes nos modos de produção do cuidado e nas políticas públicas para a APS, bem como auxiliaram na análise dos desafios para concretização da universalidade do acesso no Brasil. Tanto os estudiosos da ergologia quanto o médico sanitário Giovanni Berlinguer apontam que é preciso estar próximo de onde acontecem os atos de saúde para compreender quais normas e valores orientam os profissionais, gestores e usuários na produção de atos de saúde e de políticas públicas que cominem na construção de sistemas universais de saúde que busquem qualidade e equidade. Ambos referenciais, quando utilizados, exigem reflexão sobre o trabalho em saúde no mundo contemporâneo, quais suas características, seus avanços e seus desafios, ponto fundamental que compõe o arcabouço teórico e que ajudou a criticar as políticas públicas e a forma como estas orientam os modos de produção do cuidado pensando na universalidade do acesso.

Considerando essencial à produção deste estudo, a análise ergológica presente no artigo **“Influência do trabalho multiprofissional na**



**produção do cuidado e acesso na Atenção Primária à Saúde**” auxiliou na aproximação do trabalho em saúde, a partir do olhar do trabalhador que vivencia o cuidado cotidianamente. Assim, essa investigação analisou como o trabalho desenvolvido por quatro equipes da ESF, nas regiões Centro-oeste e Sul, influencia a capacidade dos serviços em assegurar acesso. Tratou-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, no qual foi utilizado o banco de dados da pesquisa empírica “Estratégia Saúde da Família - Inovação tecnológica para ampliação do acesso, da qualidade e promoção de saúde bucal na atenção básica, estudo multicêntrico”. Nesse estudo, também foram sistematizados elementos do trabalho que influenciam a capacidade do serviço em assegurar o acesso que se relacionam às questões individuais, de organização do serviço e da relação e participação da comunidade nas ações da unidade. São eles: formação/domínio das normas, experiência, afinidade dos profissionais com determinado tema, agravo ou grupo de pessoas, satisfação profissional, sobrecarga de trabalho, gestão e organização do processo de trabalho, trabalho em equipe, ações realizadas com a participação da comunidade e respeito à autonomia das pessoas e aos diferentes saberes e culturas.

O processo analítico empreendido neste trabalho revelou similaridades com os achados do estudo anterior e deu origem às categorias analíticas que orientaram a análise na pesquisa documental apresentada no terceiro e último artigo “**A universalidade do acesso, as políticas públicas e os modos de produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde**”, a saber: A formação de trabalhadores para e na Atenção Primária à Saúde; A valorização do trabalhador e do trabalho na Atenção Primária à Saúde; Organizando as ações e serviços de saúde para/com as pessoas e comunidades; As equipes multiprofissionais e a complexidade do fazer em saúde e A construção coletiva da saúde como direito.

A construção das categorias foi guiada também pelos referenciais teóricos da ergologia e da bioética cotidiana e originaram o que poderíamos considerar uma sexta dimensão de análise ou uma dimensão de análise transversal ao modelo elaborado por Assis e Jesus (2012). Uma dimensão que pretende um olhar específico para a forma como equipes e trabalhadores de saúde produzem atos comprometidos com as necessidades de saúde dos usuários, composta por cinco elementos e perpassada pelos valores de solidariedade, justiça, saúde, dignidade, cuidado, respeito e responsabilidade. O elemento *Formação, experiência e domínio das normas* aborda as questões referentes as ofertas de

formação e qualificação na graduação, pós-graduação e cotidiano do trabalho em saúde. No elemento *Satisfação*, apontamos a importância do olhar para questões referentes a sobrecarga de trabalho e a regularização e valorização do vínculo dos trabalhadores. Já no elemento *Gestão e organização do processo de trabalho*, apontamos componentes relacionados a territorialização, a agenda das equipes, ao leque de oferta dos serviços, o horário de funcionamento da unidade de saúde e a ambiência. O quarto elemento que trata do *Trabalho em equipe* reúne os componentes do trabalhar em equipe, das ofertas de ferramentas para desenvolvimento desse trabalho e a composição das equipes (multiprofissionalidade, rotatividade e quantidade de profissionais. Por fim, a *Integração e interação com a comunidade* sistematiza os elementos que tratam do respeito aos saberes, da inclusão das singularidades, da co-produção do cuidado, da escuta, do vínculo, da participação popular e do controle social.

O processo analítico auxiliou na sustentação da tese de que as Políticas Públicas para APS no Brasil, apesar de elaboradas a partir do ideário e dos valores oriundos da Reforma Sanitária e presentes tanto na Constituição de 88, quanto nas leis que regulamentam o SUS, carregam em si interesses que por vezes se aproximam e por vezes se afastam da garantia do princípio da universalidade do acesso, sendo influenciadas e influenciando os modos de produção do cuidado dos trabalhadores de saúde de maneiras distintas historicamente.

A análise dos resultados nos levou a considerar que: (a) os elementos do trabalho identificados como capazes de influenciar a capacidade dos serviços em garantir acesso, se relacionam tanto com questões individuais como de organização do serviço e da relação e participação da comunidade nas ações da unidade; (b) para o desenvolvimento da atividade, o trabalhador constrói atos de saúde a partir daquilo que ele conhece das normas antecedentes, do que é solicitado pelo meio, do debate de valores, bem como dos mecanismos de usos e economia de si; (c) para construção de políticas públicas que promovam, cada vez mais, à consolidação do SUS e da universalidade do acesso é preciso partir da compreensão de como as ações de saúde são produzidas no cotidiano das práticas das equipes de saúde; (d) apesar de percebermos a presença de ações relacionadas às principais dificuldades para garantia do acesso universal nos documentos institucionais analisados, algumas delas demonstram afastamento da garantia da universalidade do acesso e aproximação do modelo de cobertura universal de saúde.

A tese percorreu caminhos para identificação, tanto no modo de produção do cuidado quanto na formulação de políticas de saúde, de

elementos e valores que orientam a construção de sistemas de saúde capazes de defender a vida de todas as pessoas. Evidenciou elementos necessários para o desenvolvimento da atividade, na qual o trabalhador constrói atos de saúde a partir de normas antecedentes singulares e do que é solicitado pelo meio, em um constante debate de normas e de valores, bem como de mecanismos de usos e economia de si.

A formação e qualificação dos profissionais de saúde, a garantia da satisfação dos mesmos no trabalho que desenvolvem, a forma como organizam os serviços para acolher as necessidades de saúde, o trabalho desenvolvido de modo coletivo e a integração com a comunidade podem ser orientados no espaço micro das unidades de saúde e no macro da formulação das políticas por valores distintos que resultarão em formas diferentes de acesso e de produção do cuidado. Por isso, a escolha ética e metodológica de identificação dialógica entre as ações concretas e os valores presentes nos textos, nas práticas e nos discursos.

Os valores de solidariedade, de igualdade e de saúde como direito presentes nos ideais para construção do SUS são colocados em xeque quando do predomínio daqueles baseados na lógica de mercado e na ideia de que a vida de quem tem mais dinheiro vale mais, típicos de políticas neoliberais. Deixar isso claro para a sociedade é fundamental para evitar retrocessos e avançar com as conquistas alcançadas nesses 30 anos de reforma sanitária. Para Berlinguer (1993, p.35), a solidariedade “mais que uma escolha, torna-se hoje uma condição para sobrevivência e permite, talvez, implantar sobre bases materialistas uma ética da ciência, da técnica, da convivência.”

Considerando ainda a importância da tradução dos princípios do SUS em ações, proposições e normativas legais, bem como da conexão entre o que é formulado como política pública e as necessidades presentes no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde e na vida das pessoas, conhecer os elementos que influenciam a capacidade dos serviços em produzir cuidado universal, pode contribuir tanto para ampliação quanto para qualificação do acesso. A reflexão a partir da análise de cada um dos elementos identificados pode servir de subsídio para provocar mudanças na formação, no processo de trabalho dos profissionais de saúde, bem como na forma de se fazer gestão das equipes e de se pensar os serviços de saúde, na formulação de políticas públicas compromissadas com serviços de qualidade. Pode ainda contribuir para legitimação ou não de práticas e políticas já existentes.

Algumas limitações se impuseram ao longo do estudo, dentre as quais destacamos a delimitação do material de análise aos documentos

disponíveis no site do Ministério da Saúde, o que pode ter excluído da análise textos importantes para o entendimento da construção das políticas nos diferentes anos. Porém, tal procedimento se fez metodologicamente necessário, considerando o tempo do estudo.

Cabe assim, o desenvolvimento de outras pesquisas que possam refletir sobre as políticas, programas e estratégias aqui analisados, no seu contexto de construção e implantação, colocando no centro da análise os atores e arenas de disputa, questionando os valores, princípios, determinantes, as finalidades, os processos e consequências e, percebendo os mecanismos de construção das políticas, contribuindo assim para reflexão sobre as lacunas existentes, destacando as inovações produzidas e servindo de diretriz para a construção e revisão das ações na gestão pública.

A predominância dos Agentes Comunitários, entre os participantes do estudo empírico, deve ser considerada ao analisarmos os achados, mesmo existindo representação de todas as categorias profissionais que compõem as equipes de saúde bucal e saúde da família.

O recorte, nas pesquisas de doutorado, é etapa importante na construção dos estudos, pois o pesquisador ao fazê-lo qualifica o objeto e orienta o percurso metodológico a ser escolhido. Entretanto, esse recorte tem acontecido influenciado também pela impossibilidade da dedicação necessária para o desenvolvimento de pesquisas mais complexas e que exigiriam maior tempo do pesquisador. O baixo valor das bolsas de doutorado faz com que, cada vez mais, os estudantes tenham que optar por trabalhar no período do curso, acumulando assim as atividades profissionais com as acadêmicas. Tal situação gera perdas importantes para qualidade dos trabalhos apresentados, e sobretudo, para a realização das pesquisas de campo.

A participação no Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na Universidade do Minho, em Portugal, foi etapa fundamental para o desenvolvimento e conclusão da presente tese. Tal experiência, por um lado, permitiu a qualificação do conteúdo da tese pelas interações e aprendizados que foram possíveis experimentar naquele país. Uma vivência como pesquisadora que teve a possibilidade de conversar com estudiosos, trabalhadores da APS e gestores do Ministério da Saúde sobre a organização da Atenção Primária e sobre os desafios para qualificação da produção do cuidado e como usuária, vivendo os fluxos e caminhos no âmbito da rede. E, por outro lado, por ter tempo para dedicação exclusiva aos estudos e produção dos artigos nos quatro meses de duração do estágio. Esta oportunidade, viabilizada por recursos

públicos, teve importante investimento até 2014, mas também sofre com as políticas de austeridade fiscal e com redução acentuada no número de bolsas disponibilizadas.

O momento de crise global que atinge diversos setores, ameaça à democracia e a manutenção e fortalecimento de sistemas universais de saúde, pressupõe a reafirmação da universidade como parte protagonista das disputas e conquistas sociais, ator histórico que cada vez mais deve produzir conhecimento capaz de contribuir para a mudança da realidade e redução das iniquidades em saúde, ainda tão presentes em nossos país. Com os estudos apresentados esperamos contribuir com a construção de caminhos para estruturação e formulação de políticas públicas e de modos de produção do cuidado que garantam a sustentabilidade do SUS e da saúde como direito de todas brasileiras e todos os brasileiros.

Por fim, volto a uma cena do filme “Nise: o coração da loucura”, na qual Mário Pedrosa, crítico de arte, fala para Nise que não é a ciência que vai garantir o seu trabalho, é a arte e a opinião pública. Acrescentaria à frase dele, o não é “só” a ciência, pois é preciso cada vez mais demonstrar os avanços e benefícios de se ter um Sistema Público e Universal para a sociedade e convocá-la para a luta pela construção e fortalecimento do SUS.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.D.C. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014. p.635-656.

ASSIS, M.M.A; JESUS, W.L.A de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012.

BARBOSA, G.C.; COSTA, T.G.; MORENO, V. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan./jun. 2012

BERLINGUER, G. **Medicina e Política**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1978.199p.

\_\_\_\_\_. **Bioética Cotidiana**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004. 280p.

\_\_\_\_\_. **Ética da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 134p.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648, de 28 de março de 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). Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html). Acesso em: 09 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_24\\_01\\_08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf) f. Acesso em: 14 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília : CONASS, 2011a. 197p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011b. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília : Ministério da Saúde, 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Histórico de cobertura Saúde da Família. **Portal do Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php). Acesso em: 2 dez. 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portal do Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://portalsms.saude.gov.br/>. Acesso em: 14 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. 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). Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acesso em: 14 Jul. 2018.

CASTRO, A.L.B., FAUSTO, M.C.R. A política brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C.V., BAPTISTA, T.W.F., LIMA, L.D. **Políticas de Saúde no Brasil continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. P, 173-196.

FLEURY, S.; OUVENERY, A.M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014. p.25-57.

FRANCO, T. A Ética em Pesquisa e a Estética do Conhecimento. **Revista Brasileira De Sociologia**. v.3, n. 5, jan./jun.2015.

GIOVANELLA L, FLEURY S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198

GIOVANELLA, L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 13 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>.

LEAL, L.G.P. Entrevista com Nise da Silveira. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 14, n. 1-3, p. 22-27, 1994. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-)

98931994000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 17 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931994000100005>.

MACHADO, M.H.; XIMENES NETO, F.R.G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1971-1979, jun. 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601971&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601971&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 13 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>.

MENDES, E.V. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. **Revista Mineira de Saúde Pública**, v. 3, n. 4, p. 4-26, jan./jun. 2004. Disponível em: <[www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/07/revista04.pdf](http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/07/revista04.pdf)>. Acesso em: 4 set. 2012.

MERHY, E.E. Universalidade, Equidade e Acesso Sim. Mas, Não Bastam. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-10.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2016.

Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(5):847-849, mai, 2013

PAIM, J.S. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "Saúde para Todos"**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. 27p.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 13 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por



condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, June 2018. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en&nrm=iso). Access on 14 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

PIRES, D.E.P. **Reestruturação Produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT; Anhanblume, 2008. 253p.

SANTOS, L. Direito à saúde e qualidade de vida: um mundo de responsabilidades e fazeres. In: Santos, L. **Direito à Saúde no Brasil**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2010.p 47.

SCHERER, M. D. A. O trabalho da equipe no Programa de Saúde da Família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Escola de Enfermagem, Florianópolis, 2006, 232 f.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educ Soc**. 1998;19(65):101-40.

SOUSA, A.M.C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-234, Dec. 2014. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802014000200227&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200227&lng=en&nrm=iso). Access on 13 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802014000200008>.

TEIXEIRA, C.F., PAIM, J.S., VILASBOAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, jun. 1998. Disponível em [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso). acessos em 13 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731998000200002>.

TRAVASSOS, C. MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

VIACAVA, F. et al . SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1751-1762, June 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.

VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, 2016, 10(3): 1-28.

## ANEXO A – Roteiro da observação participante

### APÊNDICE B - Roteiro da Observação Participante



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

#### ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Acompanhar a rotina geral das equipes de Saúde Bucal e anotar em um diário de campo.

##### Lembretes

- ✦ Partir da observação com a ESB;
- ✦ Relatar toda a observação ao final do dia em documento Word para após inserir no Atlas TI;
- ✦ Correlacionar o que a PNAB e PNSB traz e o que está na Lei do exercício profissional;
- ✦ Anotar a ação realizada (tipo e descrição), quem da equipe participa e o que cada um faz.

A observação das atividades de rotina deve ser feita com foco:

- ✦ Na composição da equipe;
- ✦ No processo de trabalho (a atividade em si e as atividades voltadas para a promoção da saúde; os instrumentos de trabalho utilizados; como o trabalho é realizado; como o trabalho é dividido na equipe de saúde e dentro de cada profissão; tomada de decisão, entre outros);
- ✦ No fluxo da assistência (livre demanda, demanda organizada, de que forma UBS é acessada) e serviços ofertados pela unidade e pela Rede de Atenção à Saúde (CEO, NASF, entre outros);
- ✦ Na organização da UBS (horário de funcionamento, horário de chegada e saída dos profissionais, agenda de marcação de consultas da saúde bucal - como é feita, se articula com outras agendas, onde fica -, como é o prontuário - é eletrônico; UBS é informatizada -, Existe acolhimento, Visita domiciliar, Interconsulta/consulta compartilhada, entre outros);
- ✦ Na existência de reuniões da equipe, da UBS; de espaços para planejamento das ações;
- ✦ Nas relações interpessoais (profissionais x profissionais; profissionais x usuários; profissionais x gestores); Como é a relação da coordenação da UBS com a equipe; Elementos de cooperação entre os profissionais; relações de poder e conflito;
- ✦ Nas atividades diárias de cada um dos profissionais da ESF (como o profissional lida no cotidiano com o imitado);
- ✦ Nas manifestações (verbais e não verbais que revelam satisfação e insatisfação);
- ✦ Na Infraestrutura (da UBS e equipamentos).

## ANEXO B – Roteiro da entrevista semi-estruturada

---

APÊNDICE E - Roteiro de Entrevista Semiestruturada com Profissionais



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (a ser aplicada aos profissionais de saúde das Equipes de Saúde Bucal - ESB)

### Parte I - IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

1. Identificação/codinome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Fale da sua trajetória profissional (onde estudou, sua formação/escolaridade, profissão e qualificação profissional, escolhas, motivações e justificativas).
6. Fale sobre o seu tempo de experiência profissional (na profissão, na Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família e na ESB).

### Parte II – ENTREVISTA

Pense sobre o seu trabalho cotidiano, sobre o que acontece habitualmente em um dia de trabalho para responder as questões abaixo.

1. Motivação para trabalhar na Atenção Primária à Saúde (Por que você está trabalhando na Saúde da Família?).
2. Como é para você trabalhar na Saúde da Família?
3. Como é o seu dia de trabalho? (Me dê exemplos, me explique. Todo dia é igual, o que acontece de novo, como lida com o imprevisto).
4. Como é seu trabalho com a equipe de saúde bucal?
5. Quais ações de saúde bucal você realiza?
6. Como se organiza a atenção à saúde bucal na UBS? (quem, como, quando, como é feita a marcação).

---

**7. Quais ações de promoção da saúde você desenvolve?**

7.1 Você desenvolve estas ações com quem?

7.2 Em quais espaços?

**8. Existem ações específicas de promoção de saúde bucal? Você desenvolve estas ações com quem? Em quais espaços?**

8.1 Como se dá a articulação com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)?

8.2 Como se dá a articulação com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)?

8.3 Que ações são realizadas em parceria com outras organizações públicas e privadas (como por exemplo: igreja, escola, universidade, empresas, Organizações Não Governamentais - ONGs.)?

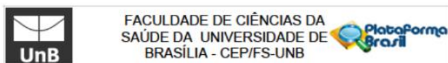
**9. Como essas ações são planejadas? (quem planeja, quando, como, para quem, buscar, como são tomadas as decisões, quem participa da execução).**

**10. Como se dá a participação da comunidade nas ações desenvolvidas pela Unidade Básica de Saúde (UBS)?**

**11. De que ações de capacitação voltadas para a Promoção da Saúde você participou?**

**12. Quais as principais facilidades e dificuldades para a realização de ações de promoção de saúde?**

## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília



FAÇULDADE DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - CEP/IFS-UNB



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - INOVAÇÃO TECNOLÓGICA PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO, DA QUALIDADE E PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

**Pesquisador:** MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 20536213.6.1001.0030

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

**Patrocinador Principal:** CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 491.461

**Data da Relatoria:** 27/11/2013

#### Apresentação do Projeto:

Esta é a segunda relatoria do presente projeto de pesquisa. A primeira relatoria ocorreu em 27/11/2013.

O presente projeto de pesquisa se refere a um estudo multicêntrico, a ser desenvolvido nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sul do Brasil, com profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família. O projeto pretende fazer uma análise transversal a partir de dados obtidos em cenários político-institucionais nos quais atuam profissionais de gestão e assistência à Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde. A inclusão dos locais e sujeitos será efetuada por amostragem intencional, não probabilística, que seleciona um subgrupo que seja considerado representativo da população de estudo. A amostra contará com, no mínimo, duas equipes em um município de cada região participante. Os dados

serão analisados concomitantemente à coleta e a amostra será ampliada ou considerada suficiente pelo critério de saturação de dados. A inclusão dos participantes se dará pelos seguintes critérios: (a) Unidades de saúde da família com equipes completas, incluindo equipe de saúde bucal, independente da modalidade; (b) Equipes de saúde da família consideradas de boa qualidade pelos gestores municipais e/ou distritais,

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Águas Norte CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cep@unb.br

## ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

### APÊNDICE F - Termo de Consentimento Informado para entrevista dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família

O Sr.(a) está sendo convidado (a) para participar da *pesquisa* intitulada "Estratégia Saúde da Família - Inovação Tecnológica para Ampliação do Acesso, da Qualidade e Promoção de Saúde Bucal na Atenção Básica - Estudo Multicêntrico", *desenvolvida pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília que está pesquisando as formas de organização do processo de trabalho e as ações de promoção da saúde bucal das equipes da Estratégia Saúde da Família, a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados e facilitar o acesso.*

Assumo o compromisso de que toda a informação que o Sr.(a) irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre a organização do processo de trabalho da sua equipe/UBS e a sua atuação profissional e é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. Caso, o Sr.(a) esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar, podendo, inclusive, solicitar interrupção da gravação sem nenhum prejuízo da relação com o pesquisador.

Todo o material de pesquisa ficará sob a guarda do pesquisador e será mantido e arquivado no prazo recomendado pelo comitê de Ética em Pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura pesquisadora

Declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa "Estratégia Saúde da Família - Inovação Tecnológica para Ampliação do Acesso, da Qualidade e Promoção de Saúde Bucal na Atenção Básica - Estudo Multicêntrico", *desenvolvida pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e aceito dela participar.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

\_\_\_\_\_  
Sujeito da Pesquisa

