

UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA
Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento
Programa de Doutorado em Planejamento Urbano e Regional

Gláucio Jorge de Souza

**Estratégia de Saúde da Família e a dimensão articuladora do território:
Representações sociais de gestores públicos, profissionais e moradores dos
municípios de Aparecida e Guaratinguetá, São Paulo**

São José dos Campos - SP
2021

Gláucio Jorge de Souza

**Estratégia de Saúde da Família e a dimensão articuladora do território:
Representações sociais de gestores públicos, profissionais e moradores dos
municípios de Aparecida e Guaratinguetá, São Paulo**

Tese de doutorado defendida no Programa de Pós-graduação em Planejamento Urbano e Regional da Universidade do Vale do Paraíba, como complementação dos créditos necessários para obtenção do grau de Doutor em Planejamento Urbano e Regional na linha de pesquisa: Planejamento Regional Espaço e Cultura.

Orientadora: Profa. Dra. Cilene Gomes.

Coorientadora: Profa. Dra. Valéria Regina Zanetti.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DA OBRA

Ficha catalográfica

Souza, Gláucio Jorge de
Estratégia de Saúde da Família e a dimensão articuladora do
território : representações sociais de gestores públicos,
profissionais e moradores dos municípios de Aparecida e
Guaratinguetá, São Paulo / Gláucio Jorge de Souza; orientadora,
Cilene Gomes; co-orientadora Valéria Regina Zanetti. - São José
dos Campos, SP, 2021.
1 CD-ROM, 536 p.

Tese (Doutorado) - Universidade do Vale do Paraíba. São José
dos Campos. Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e
Regional.

Inclui referências

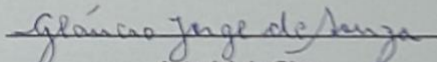
1. Planejamento Urbano e Regional. 2. Política pública de
saúde. 3. Atenção básica. 4. Territorialização. 5. Estratégia de
saúde da família. I. Gomes, Cilene, orient. II. Zanetti, Valéria
Regina, co-orient. III. Universidade do Vale do Paraíba. Programa
de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional. IV. Título.

Eu, Gláucio Jorge de Souza, autor(a) da obra acima referenciada:

Autorizo a divulgação total ou parcial da obra impressa, digital ou fixada em
outro tipo de mídia, bem como, a sua reprodução total ou parcial, devendo o
usuário da reprodução atribuir os créditos ao autor da obra, citando a fonte.

Declaro, para todos os fins e efeitos de direito, que o Trabalho foi elaborado
respeitando os princípios da moral e da ética e não violou qualquer direito de
propriedade intelectual sob pena de responder civil, criminal, ética e
profissionalmente por meus atos.

São José dos Campos, 23 de Novembro de 2021.

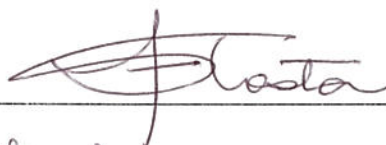

Autor(a) da Obra

GLÁUCIO JORGE DE SOUZA

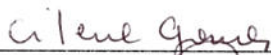
“ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A DIMENSÃO ARTICULADA DO TERRITÓRIO:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTORES PÚBLICOS, PROFISSIONAIS E MORADORES DOS
MUNICÍPIOS DE APARECIDA E GUARATINGUETÁ, SÃO PAULO.”

Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor, do Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional, do Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento da Universidade do Vale do Paraíba - Univap, pela seguinte banca examinadora:

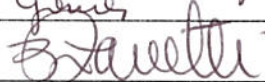
PROF.^ª DR.^ª SANDRA MARIA FONSECA DA COSTA



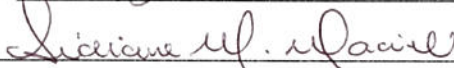
PROF.^ª DR.^ª CILENE GOMES



PROF.^ª DR.^ª VALÉRIA REGINA ZANETTI



PROF.^ª DR.^ª LIDIANE MARIA MACIEL



PROF.^ª DR.^ª PAULA VILHENA CARNEVALE VIANA – Anhembi Morumbi



PROF.^ª DR.^ª MARIA ANGELA BOCCARA DE PAULA – Unitau



Prof.^ª Dr.^ª Lúcia Vieira

Diretora do IP&D – Univap

São José dos Campos, 30 de agosto 2021.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais (*in memorian*), José de Souza e Marina da Conceição, pela oportunidade do convívio, pelos exemplos e ensinamentos da trajetória a ser seguida nesta vida, com dignidade e honestidade, descansem em paz.

Ao Manuel de Almeida Neto e à Vera Lucia Lourenço de Almeida, meus segundos pais (*in memorian*), meu enorme reconhecimento e eterna gratidão pelo apoio que sempre me deram e por compartilharem seus ombros amigos nos momentos e horas difíceis de minha vida. Vocês foram muito importantes, descansem em paz!

A todos meus familiares, em especial à Lisbete, Fabrícia e Victor Hugo, por terem convivido comigo nas horas difíceis e pelo carinho e apoio de sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus, nosso pai e criador, por tudo que sou, pela força e coragem necessária para eu vencer mais esta etapa da minha vida e pela conquista do Título de Doutor e pelas pessoas que colocou em meu caminho, pois, com toda certeza, sem elas, eu não estaria aqui e, muito menos, eu chegaria até aqui.

À Universidade do Vale do Paraíba e à Reitoria, por possibilitarem meu aprimoramento e pelas acomodações oferecidas.

À coordenadora do Doutorado em Planejamento Urbano e Regional, Profa. Dra. Adriana Aparecida Moreira de Souza, pelas ricas contribuições e por ter feito parte de meu aprendizado ao longo de quatro anos.

À administração do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), por inicialmente me conceder a bolsa estímulo até que conseguisse a bolsa CAPES e pela compreensão e flexibilização dos horários de trabalho permitindo a realização desse sonho.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudo.

Agradeço sobretudo as minhas orientadoras, professoras doutoras Cilene Gomes e Valéria Regina Zanetti, as quais tive o privilégio de ser conduzido, meu muito obrigado pelo carinho e confiança desde o início desta caminhada até o presente momento e pela inestimável ajuda que sempre me proporcionaram na hora certa. Terei sempre em minha mente esse tempo em que passamos juntos no doutorado; gratidão por essa amizade!

A todos os Professores deste Programa de Doutorado, que fizeram parte do meu aprendizado.

Às Secretárias de saúde, responsáveis pelos municípios ao qual este estudo foi realizado, por permitirem a realização deste estudo.

Aos profissionais e a população beneficiária que participaram deste estudo, que me receberam com carinho, consideração possibilitando a realização da pesquisa, o aprendizado e por contribuírem com o universo acadêmico.

Aos colegas de turma do Doutorado em Planejamento Urbano e Regional, por caminharmos juntos e por vencermos todas as dificuldades, obrigado pelo apoio.

A todos os meus queridos amigos que, por vezes distantes, acreditaram e torceram pela minha vitória.

E a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste estudo, o meu muito obrigado.

Os sonhos não determinam o lugar onde iremos chegar, mas produzem a força necessária para tirar-nos do lugar onde estamos”.

Augusto Cury

RESUMO

Objetivou-se nesse estudo compreender o processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no contexto geral da política pública do SUS, e analisar as representações sociais e a influência das equipes implementadoras (gestores e profissionais), em sua função mediadora junto às populações atendidas, bem como os pontos de vista dessas populações como elementos para a constante avaliação e humanização da política e sua implementação. Nesse processo, buscou-se ressaltar a importância do território como dimensão articuladora de práticas sociais e do planejamento de ações de profissionais e gestores públicos. Para tanto, realizou-se pesquisa de caráter compreensivo, descritivo e analítico, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em dois municípios do interior do estado de São Paulo Aparecida e Guaratinguetá e, em cada município foram escolhidas duas unidades de ESF. Em ambos municípios participaram do estudo as secretárias da saúde e os profissionais que implementam a ESF e atuam nas categorias profissionais de Médico, Enfermeiro, Técnicos em Enfermagem, Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário, Agentes Comunitários de Saúde e Recepcionistas. No município de Aparecida, a pesquisa contou com 21 participantes, sendo, além da secretária municipal, 10 profissionais da unidade de ESF da Vila Mariana e 10 profissionais da ESF da Ponte Alta. Em relação ao município de Guaratinguetá, foram 22 os participantes da pesquisa, 01 gestora municipal, 10 profissionais da unidade ESF da Vista Alegre e 11 da ESF do São Manoel. Participaram também do estudo 80 moradores adscritos nas referidas unidades de ESF nos respectivos municípios. A coleta de dados com as gestoras municipais foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. Para coletar os dados junto aos profissionais participantes, utilizou-se a técnica do grupo focal e para coletar os dados da população beneficiária utilizou-se a entrevista semiestruturada. A seleção da população beneficiária se deu por meio da técnica *Snowball*, também conhecida como Bola de Neve. Para a interpretação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo, com a identificação de onze unidades temáticas. Avanços importantes na reorganização da atenção básica e implantação da ESF foram constatados nos municípios em foco, com efeitos observáveis na visão dos moradores, mas constata-se que os municípios não estão utilizando plenamente o potencial deste programa como indutor de mudanças no modelo assistencial, pelas condições ainda precárias e deficitárias de organização, gestão e formação. Notou-se que os implementadores da ESF conseguem exercer influências na vida das populações beneficiárias, em razão da consciência da importância de práticas humanizadas de aproximação e atendimento, como uma das prerrogativas da saúde concebida como direito de todos e dever do Estado. Sem pretender esgotar a análise das implicações sociais complexas da ESF, o estudo conceitual interdisciplinar e a base de discussões trazida pela literatura acadêmica, cotejados com as representações dos atores envolvidos na implementação dessa política de saúde, constituem um ponto de apoio significativo para a reflexão geral sobre os imensos desafios que se interpõem às políticas de caráter social e territorial no Brasil.

Palavras-chave: política pública de saúde; atenção básica; estratégia de saúde da família; territorialização; planejamento urbano e regional.

Family Health Strategies and the territory articulatory dimension: Social representation of the Public Managers, Professionals and residents from the cities of Aparecida and Guaratinguetá, State of São Paulo.

ABSTRACT

This study aims to understand the implementation process of the Family Health Strategies (FHS) in the SUS public policies, analysing the social representation and influence of the implementation teams (managers and professionals) in their mediation roles inside the assisted population and their respective point-of-view as elements to be evaluated and policy humanized applied under the implementation process. The process has highlighted the importance of the territory as an articulatory dimension of social practices and professionals and public managers' action plan. And based on that a comprehensive, descriptive and analytical research was developed under a qualitative approach. The study was developed in two cities located in the State of São Paulo, Aparecida and Guaratinguetá and they were chosen two ESF units in each city respectively. And there was the participation of the Health Department and the professionals that have implemented the FHS from other professional categories, such as doctors, nurses, health technicians, dentists, dental assistants, community agents and receptionists. The research was composed of 21 participants besides the Health Department, 10 FHS professionals from the Vila Mariana Unit and 10 FHS professionals from the Ponte Alta Unit based on the city of Aparecida. And from the city of Guaratinguetá, the number of participants was 22 people and 01 public manager, 10 FHS professionals from the Vista Alegre Unit and 11 FHS from the São Manoel Unit. It has taken part 80 inhabitants from the respective FHS areas, as well. The data gathering process was implemented by semi-structure interviews and it has come from the beneficiary population through a focal group technique by a semi-structured interview. The beneficiary population selection was done through a Snowball technique, named snow ball. It was applied the content analysis to interpret the data under the identification of eleven thematic units. Important advances were noticed in the FHS reorganization and implementation in the cities with an effective perception from the around residents but it was noticed that the cities have not been using the full potential of such programme as changes inductors inside such assistential model due to poor conditions of their organizations, management and background. It was noticed that the FHS implementors have influence the beneficiary population life based on their perception of the importance of humanized practices in patient approach and assistance as a health prerogative, legal right for the population and a State duty. All the interdisciplinary concepts and the discussions from the academic literature that were analysed under the representation of the involved people in this health policies implementation are important points to provide a general reflection about the enormous challenges regarding the social and territorial policies in Brazil.

Keywords: health public policy; basic attention; family health strategies; territorization; urban and regional planning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Determinante social de Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.....	45
Figura 2 - Modelo de organização de indicadores FPSEEA.....	48
Figura 3 - Processo esquemático da Representação Social de acordo com Jodelet (2001).....	86
Figura 4 - Ciclo de Políticas Públicas	100
Figura 5 - Distribuição das Redes de Atenção à Saúde, respectivos DRS e regiões de saúde do Estado de São Paulo, 2012.	168
Figura 6 - Distribuição das regiões de saúde e municípios da RRAS 17 (DRS 17), 2012.....	170
Figura 7 - Localização Geográfica dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá e, municípios que fazem fronteira com os municípios de estudo, na RRAS 17.	175
Figura 8 - Mapa da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte e localização dos municípios Aparecida e Guaratinguetá.	179
Figura 9 - Distribuição da população do município de Aparecida de acordo com a faixa etária.	181
Figura 10 - Distribuição da população de acordo com a faixa etária e gênero.....	182
Figura 11- Distribuição da população de acordo com a religião.....	184
Figura 12 - Distribuição média da renda mensal das pessoas responsáveis por domicílios no município de Aparecida.	186
Figura 13 - Distribuição da população de acordo com a faixa etária.	194
Figura 14- Distribuição da população de acordo com a faixa etária e gênero.....	194
Figura 15 - Distribuição da população de acordo com a religião.....	196
Figura 16 - Distribuição média das rendas mensal das pessoas responsáveis por domicílios no município de Guaratinguetá.	198
Figura 17 - Expansão da área urbanizada dos Municípios de Aparecida e Guaratinguetá nos anos de 1975, 1995 e 2015.....	200
Figura 18 - Localização dos equipamentos de saúde nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.	201
Figura 19- Distribuição dos equipamentos de saúde no município de Aparecida. ...	206
Figura 20 - Distribuição dos equipamentos de saúde no município de Guaratinguetá.	207
Figura 21 - Esquema das etapas de análise de conteúdo segundo Bardin (2011) - São José dos campos, 2020.	227
Figura 22 - Síntese das Representação Sociais sobre o processo saúde.....	254
Figura 23- Representação Social sobre o processo doença.....	282
Figura 24- Síntese das Representações Sociais sobre a Estratégia de Saúde da Família	302
Figura 25- Síntese das Representações Sociais a respeito da população.....	321
Figura 26 - Estruturação esquemática das Representações Sociais do território ...	336
Figura 27- Síntese esquemática das Representações Sociais sobre as influências de profissionais na vida dos moradores	350
Figura 28 - Esquema das Representações Sociais sobre a territorialização.....	365
Figura 29- Esquema das Representações Sociais sobre humanização.....	381
Figura 30 - Esquema das Representações Sociais a respeito de aspectos potenciais de efetivação das políticas da ESF.....	395

Figura 31 – Figura síntese das Representações Sociais a respeito dos fatores limitantes das políticas da ESF.....	416
Figura 32 - Esquema das Representações Sociais da população sobre os profissionais	428
Figura 33- Síntese das Representações Sociais da população sobre saúde.....	444

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pontos turísticos do Município de Aparecida e sua localização	183
Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus Componentes, Município de Aparecida - SP.....	189
Tabela 3 - Distribuição dos pontos turísticos do Município de Guaratinguetá e sua localização	195
Tabela 4 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus Componentes Município de Guaratinguetá - SP.....	199
Tabela 5 - Número de participantes do estudo, implementadores das políticas da Estratégia de Saúde da Família e população beneficiária (N = 123)	232
Tabela 6 - Participantes da Pesquisa de acordo com o sexo (N = 43)	233
Tabela 7 - Faixa etária da população do estudo (N = 43).....	235
Tabela 8 - Estado civil dos participantes do estudo (N = 43)	236
Tabela 9 - Religião dos participantes do estudo (N = 43).....	237
Tabela 10 - Perfil dos profissionais relacionados à escolaridade, tempo que atua na área, vínculo empregatício e carga horário de trabalho (N = 43).	238
Tabela 11- Formação complementar dos participantes do estudo (N = 43)	239
Tabela 12- Razões que dificultam a realização de cursos ou formações complementares, segundo os participantes do estudo (N = 43)	240
Tabela 13- Perfil sociodemográfico da população beneficiária (N = 80).....	242

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Pacto pela Saúde e suas Diretrizes.....	118
Quadro 2 – Pontos que diferem na Portaria de Atenção Básica 2.488/2011 e no Anexo XXII da Portaria de Consolidação.....	144
Quadro 3- Credenciamento e implantação dos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégias de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil / Competência: dezembro dos anos de 1998, 2001 e 2018.	161
Quadro 4 - Teto, credenciamento e implantação de Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal das regiões geográficas do Brasil / Competência: dezembro de 1998 e 2018.	163
Quadro 5 - Distribuição dos repasses de acordo as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e percentual de cobertura nos municípios da RRAS - 17 com destaque para os municípios de Aparecida e Guaratinguetá.	171
Quadro 6 - Valor de repasse para a manutenção das Equipes de Saúde Bucal nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.	174
Quadro 7- Total de estabelecimentos de saúde, segundo o nível de atenção, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.	202
Quadro 8 - Fluxo de internações dos munícipes de Aparecida e Guaratinguetá no município de origem e referenciadas para outras localidades	203
Quadro 9 - Número de Estratégias de Saúde da Família, equipes e profissionais nos Municípios de Aparecida e Guaratinguetá.	204
Quadro 10 - Número de pessoas cadastradas por Estratégia da Saúde da Família nos Municípios de Aparecida e Guaratinguetá.	208
Quadro 11 - Distribuição dos repasses de acordo as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.	209
Quadro 12 - Valor de repasse para a manutenção das Equipes de Saúde Bucal nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.	210
Quadro 13 - Certificação das equipes de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ, municípios de Aparecida e Guaratinguetá.	210
Quadro 14 - Certificação das equipes de Saúde Bucal que aderiram ao PMAQ, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.	211
Quadro 15 - Distribuição dos casos de mortalidade infantil e internações por diarreia nos Municípios de Aparecida e Guaratinguetá.	211
Quadro 16 - Distribuição do número de casos de mortalidade por residência no município de Aparecida e Guaratinguetá	212
Quadro 17 - Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a Saúde como qualidade de vida e bem estar, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.....	276
Quadro 18- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a Saúde como um bem maior, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá	277
Quadro 19 - Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a Educação como elemento articulador da saúde, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.....	278

Quadro 20 - Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a Acessibilidade e desigualdade em saúde, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá	279
Quadro 21- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a Doença, um mal que leva a perdas, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá	299
Quadro 22- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a Doença como desequilíbrio psicológico e espiritual, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá	300
Quadro 23- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a Estratégia da Saúde da Família nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.....	320
Quadro 24- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a População, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá	334
Quadro 25- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre o Território, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.....	348
Quadro 26 - Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre as influencias dos profissionais na vida das populações beneficiárias, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá	363
Quadro 27 - Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre Territorialização, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá	379
Quadro 28- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a Humanização, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá	394
Quadro 29- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre os aspectos potenciais da Estratégia de Saúde da Família, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá	415
Quadro 30 - Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre s fatores limitantes e impactantes para efetivação da Estratégia de Saúde da Família nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá	426
Quadro 31- Síntese e análise comparativa das respostas das populações beneficiárias sobre os implementadores da Estratégia da Saúde da Família nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá	442
Quadro 32- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre os aspectos potenciais da Estratégia de Saúde da Família dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá	453

LISTA DE SIGLAS

ADH	Atlas de Desenvolvimento Humano
AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica da Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACDS	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário em Saúde
AIDS	Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária em Saúde
CDSS	Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CF	Constituição Federal
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissões Intergestores Bipartites
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
CGR	Colegiados de Gestão Regional
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTH	Câmaras Técnicas de Humanização
DCTA	Departamento de Ciência e Tecnologia Aeroespacial
DIP	Departamento de Imprensa e Propaganda
DESF	Departamento de Saúde da Família
DEPROS	Departamento de Promoção de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
eAB	Equipe da Atenção Básica
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
eASB	Equipe da Atenção Básica
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESFs	Estratégias de Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EUA	Estados Unidos da América
FJP	Fundação João Pinheiro
FPSEEA	Força Motriz-Pressão-Situação-Exposição-Efeito-Ações
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GF	Grupo Focal
GTH	Grupos de Trabalho de Humanização
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPE	Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE)
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS
NOB	Norma Operacional Básica
NOBs	Normas Operacionais Básicas
PACS	Programa dos Agentes Comunitários em Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização (PDR)
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNUMA	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
PP	Política Pública
PMETG	Prefeitura Municipal de Estância Turística de Guaratinguetá
PSF	Programa da Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RC	Representações Coletivas
RS	Representações Social
RSs	Representações Sociais
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
RMVPLN	Região Metropolitana Vale do Paraíba e Litoral Norte
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel à Urgência
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SES	Secretárias Estaduais de saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UNIVAP	Universidade do Vale do Paraíba
UC	Universos Consensuais
UR	Universos Reificados

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1 INTRODUÇÃO	26
1.1 Problemática e questões.....	31
1.2 Objeto de estudo	33
1.3 Hipótese.....	34
2 OBJETIVOS	35
2.1 Objetivo geral.....	35
2.2 Objetivos específicos	35
2.3 Relevância do Estudo/Justificativa	36
2.4 Estrutura da Tese	37
3 SAÚDE, TERRITÓRIO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	37
3.1 Conceito de saúde e seus determinantes.....	39
3.1.1 <i>Prevenção e promoção da saúde</i>	52
3.1.2 <i>Direito à saúde e cooperação intersetorial, intermunicipal e interdisciplinar</i>	56
3.2 Saúde e Território.....	59
3.2.1 <i>Território, territorialização e territorialidade</i>	62
3.2.2 <i>Conceitos normatizados de território e região de saúde</i>	74
3.3 A Perspectiva Teórica das Representações Sociais.....	77
3.3.1 <i>Representações sociais: origens, conceitos e processos geradores</i>	77
3.3.2 <i>Representações sociais e contextos sócio territoriais</i>	86
4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	97
4.1 Políticas públicas: origens	97
4.1.1 <i>Tipologias como processo avaliativo de Políticas Públicas</i>	106
4.2 Percurso da Política Pública de Saúde em contexto brasileiro.....	108
4.3 Processo de formulação e implementação do SUS	114
4.3.1 <i>Princípios doutrinários do SUS</i>	119
4.4 Descentralização e Regionalização em Saúde: princípios organizativos do SUS.....	121
4.5 Regionalização como ferramenta de divisão territorial: instrumentalizando o processo de territorialização	126
4.6 Estruturação da Política Nacional de Humanização	129
4.6.1 <i>Métodos e Princípios da Política Nacional de Humanização</i>	133
4.6.2 <i>Diretrizes e Dispositivos para implementação da Política Nacional de Humanização</i>	135
5 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA	139
5.1 Breve contextualização da Atenção Básica à Saúde no Brasil	139
5.2 Contexto e implantação da Estratégia da Saúde da Família	149
5.2.1 <i>Atribuições da equipe de profissionais da Estratégia da Saúde da Família</i>	152
5.2.2 <i>Processos e instrumentos de implantação da Estratégia de Saúde da Família</i>	155
5.2.3 <i>Territorialização e Cadastro</i>	157
5.3 Perfil da implantação no período de 1998 a 2018	160
5.4 Rede urbana e rede de serviços de saúde.....	164
6 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA RELAÇÃO COM OS MUNICÍPIOS E TERRITÓRIOS.....	177
6.1 Contextualização dos Municípios	177

6.2 Características Geográficas e localização dos Municípios de Aparecida e Guaratinguetá	178
6.3 Aspectos históricos do Município de Aparecida	179
6.3.1 Características Demográficas	180
6.3.2 Religiosidade e Economia	182
6.3.3 Características sociais	186
6.4 Aspectos históricos do Município de Guaratinguetá	189
6.4.1 Características Demográficas	193
6.4.2 Aspectos Religioso e Econômico	195
6.4.3 Características sociais	198
6.5 Características de Saúde: aproximações entre os municípios de Aparecida e Guaratinguetá	199
7 MATERIAL E MÉTODO.....	213
7.1 Tipo de pesquisa	213
7.2 Local do estudo	215
7.3 População do estudo	217
7.4 Procedimentos para a coleta de dados.....	219
7.5 Análises dos dados.....	227
8 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTORES PÚBLICOS, PROFISSIONAIS E MORADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS MUNICÍPIOS DE APARECIDA E GUARATINGUETÁ	230
8.1 Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa	230
8.1.1 Os profissionais da saúde: perfil e breves considerações	230
8.1.2 Perfil População beneficiária.....	240
8.2 Representações sociais dos implementadores de políticas da estratégia de saúde da família.....	251
8.2.1 Representações Sociais dos profissionais a respeito da saúde.....	253
8.2.1.1 Unidade Temática 1 - Saúde na Perspectiva da Qualidade de Vida e Bem-Estar	254
8.2.1.2 Unidade Temática 2 - Saúde um bem maior.....	260
8.2.1.3 Unidade Temática 3 - Educação como elemento articulador da saúde.....	264
8.2.1.4 Unidade Temática 4 - Acessibilidade e desigualdades em saúde	271
8.2.1.5 Análise comparativa sobre a saúde	276
8.2.2 Representações Sociais dos profissionais a respeito da doença	280
8.2.2.1 Unidade Temática 1 - Doença um mal que leva às perdas.....	283
8.2.2.2 Unidade Temática 2 - Doença um desequilíbrio psicológico e espiritual	290
8.2.2.3 Análise comparativa sobre a doença	298
8.2.3 Representações Sociais dos profissionais a respeito da Estratégia da Saúde da Família	301
8.2.3.1 Estratégia da Saúde da Família e suas funções gerenciais e assistenciais	303
8.2.3.2 Análise comparativa a respeito da Estratégia da Saúde da Família	318
8.2.4 Representações Sociais dos profissionais a respeito da população.....	320
8.2.4.1 A essência do trabalho de profissionais da Estratégia de Saúde da Família.....	322
8.2.4.2 Análise comparativa a respeito da população.....	332
8.2.5 Representações Sociais dos profissionais sobre território.....	335

8.2.5.1 Território no contexto da Estratégia de Saúde da Família e sua utilização	336
8.2.5.2 Análise comparativa a respeito do território	347
8.2.6 Representações Sociais dos profissionais sobre as influências de profissionais na vida dos moradores	349
8.2.6.1 Qualidade de vida de moradores permeada pelas influências de profissionais da ESF	350
8.2.6.2 Análise comparativa sobre as Representações Sociais das influências dos profissionais sobre a vida dos moradores	362
8.2.7 Representações Sociais dos profissionais a respeito da territorialização	364
8.2.7.2 Análise comparativa a respeito da territorialização	377
8.2.8 Representações Sociais dos profissionais sobre humanização	379
8.2.8.1 Humanização: um caminho que viabiliza as melhorias em saúde	381
8.2.8.2 Análise comparativa a respeito da humanização	393
8.2.9 Representações Sociais dos profissionais sobre os aspectos potenciais da Estratégia de Saúde da Família	395
8.2.9.1 Aspectos potenciais de trabalho que efetivam as políticas da Estratégia da Saúde da Família	396
8.2.9.2 Análise comparativa a respeito dos aspectos potenciais	412
8.2.10 Representações Sociais dos profissionais sobre os fatores limitantes da Estratégia da Saúde da Família	415
8.2.10.1 Fatores limitantes e impactantes na efetivação da Estratégia de Saúde da Família	416
8.2.10.2 Análise comparativa a respeito de fatores limitantes da ESF	425
8.3 Representações Sociais da População Beneficiária	427
8.3.1 Representações Sociais das populações beneficiárias a respeito das equipes implementadoras das políticas públicas de saúde na Estratégia da Saúde da Família dos municípios analisados	427
8.3.1.1 Potenciais dos implementadores da Estratégia da Saúde da Família	429
8.3.1.2 Análise comparativa da população beneficiária a respeito dos implementadores da Estratégia da Saúde da Família	441
8.3.2 Representações Sociais da população beneficiária a respeito da saúde	443
8.3.2.1 Saúde: uma condição para além da ausência da doença	444
8.3.2.2 Análise comparativa a respeito da população beneficiária sobre a saúde	452
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	454
REFERÊNCIAS	469
APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS PROFISSIONAIS: SECRETÁRIO DE SAÚDE; MÉDICO GENERALISTA; ENFERMEIRO; AUXILIAR DE ENFERMAGEM; TÉCNICO DE ENFERMAGEM; DENTISTA. ACS E ACD)	511
APÊNDICE II - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE	513
APÊNDICE III - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA DOS PROFISSIONAIS (médico generalista; enfermeiro; auxiliar de enfermagem; Técnico de enfermagem; dentista. ACS e ACD)	515
APÊNDICE IV - QUESTIONÁRIO A POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA (USUÁRIOS)	516
ANEXO I – OFÍCIO 1	518

ANEXO II – OFÍCIO 2	519
ANEXO III – TERMO DE AUTORIZAÇÃO MUNICÍPIO 1	520
ANEXO IV – TERMO DE AUTORIZAÇÃO MUNICÍPIO 2	521
ANEXO V - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	522
Dados de identificação	522
ANEXO VI - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	524
Dados de identificação	524
ANEXO VII - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	525
Dados de identificação	526

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema desta tese adveio de conhecimentos prévios obtidos a partir de experiências na condição de beneficiário de serviços públicos e na Estratégia da Saúde da Família (ESF); da formação acadêmica e da trajetória profissional de enfermeiro¹ nas redes públicas de saúde, incluindo as relações de convívio e amizade com os colegas de trabalho e usuários do sistema de saúde, especificamente aqueles relacionados à atenção básica de saúde e a ESF.

Os serviços de saúde se caracterizam pelo processo de trabalho que se baseia, fundamentalmente, na resolução dos problemas de saúde que acometem a população. Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços de saúde não possuíam uma forma sistematizada de trabalho. O SUS emerge dessa necessidade e busca organizar e garantir o direito à saúde a todos os cidadãos, direito este que, portanto, deve ser universal, integral e gratuito.

O Programa de Saúde da Família (PSF), então Estratégia de Saúde da Família (ESF), estabelecido como Política Pública de Saúde, foi pensado com a proposta de reorganização dos serviços em saúde e, em certa medida, da lógica da gestão dos recursos dos serviços do SUS, pois busca direcionar a assistência à população de forma equitativa, evitando o desperdício, justamente por ser capaz de melhor identificar as necessidades e, por conseguinte, ofertar a melhor conduta respectiva a cada cidadão. O SUS torna-se a motivação e, ao mesmo tempo, um desafio ousado para diminuir as desigualdades em termos de assistência à saúde da população.

As políticas públicas são, por definição, conjuntos de ações e decisões de diferentes esferas do governo federal, estadual ou municipal, que exercem influências sobre a sociedade em seu todo. Direito de todos os cidadãos, a política pública deve

¹ O pesquisador iniciou suas atividades na área da enfermagem no ano de 1986; atuou nas diferentes categorias da profissão da enfermagem entre os anos de 1986 a 1988; atuou como atendente de enfermagem, de 1988 a 1991; foi auxiliar de enfermagem, de 1991 a 2006, na condição de Técnico de enfermagem e, no período de 2003 a 2006, graduou-se em enfermagem, iniciando, a partir daí suas atividades como enfermeiro, e atuando, então, desde 1986 em todas as categorias da profissão de enfermagem.

ser instituída a partir da participação indireta ou direta da sociedade civil, visando assegurar os direitos e atender as necessidades da população.

Ainda que a ESF contemple a aproximação entre as equipes implementadoras e as populações beneficiárias, deparei-me diversas vezes com realidades complexas. Na condição de enfermeiro e coordenador das Unidades de ESF, observei certo distanciamento das reais necessidades apresentadas pela população beneficiária e o tipo de atendimento ofertado pelos implementadores das políticas públicas. Percebi que as pessoas se dirigiam aos serviços visando, exclusivamente, exames, receitas de medicamentos e, por vezes, consultas e, de outro lado, a equipe implementadora atendia somente a essas necessidades da população.

Tais observações trouxeram inquietações às perspectivas profissionais pessoais, pois cabe ressaltar que a ESF se propõe à oferta de serviços e ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e, sobretudo, a manutenção da saúde. Na prática, por vezes percebeu-se que os serviços prestados pela equipe estavam desconexos da lógica assistencial estabelecida por essa modalidade de atenção, ou seja, as relações entre os profissionais e a população aconteciam, em certa medida, de forma técnica e superficial, sem o estabelecimento de vínculos entre os atores envolvidos.

Considerando que a ESF é uma proposta governamental que visa a reorganização dos cuidados primários em saúde em território brasileiro; e que, a ESF, se bem implantada, possui potencial para melhoria dos perfis epidemiológicos de maior incidência e melhoria da qualidade de vida da população, acredita-se que os atributos que balizam uma boa atenção à saúde da população devam estar incorporados nas práticas profissionais, o que, em certa medida, refletiria tais práticas na ESF.

Por acreditar nessas perspectivas, sempre tive o objetivo de segui-las com vistas a melhor compreender as relações entre os diferentes atores. Acredita-se que as propostas de mudanças, os princípios e diretrizes que são os pilares do SUS desde sua implementação, podem estar definidos para os profissionais, mesmo que não sejam, ainda, executados por eles em sua totalidade. Para a população beneficiária,

as propostas da ESF podem não estar claras. Nesse sentido, Moscovici (2003) afirma que o comportamento de pessoas pertencentes a grupos sociais heterogêneos, pode ser justificado pela visão diferenciada que possuem sobre um mesmo objeto social.

As populações que utilizam os serviços de saúde não apenas pertencem aos diferentes grupos de profissionais da linha de frente, mas, tanto uns quanto outros apresentam interpretações e comportamentos diferenciados, utilizam linguagens e símbolos próprios e comuns, o que possibilita interação entre eles e maior ou menor compreensão sobre o que é apresentado. Acredita-se que a interação entre os profissionais e entre estes e as populações perpassa aspectos históricos e emocionais destes sujeitos e em suas relações com os territórios de vida.

Considerando que foi um desejo contribuir de alguma forma para a melhoria dos serviços na área da Saúde Pública desde minha inserção profissional na área da enfermagem, como enfermeiro e hoje pesquisador busco compreender as crenças, os valores e os significados atribuídos pelos diferentes atores envolvidos nessa modalidade de atenção.

Dessa forma, optou-se por buscar conhecimentos na academia que pudessem instrumentalizar a concretização deste objetivo, o que significava ter que conhecer mais sobre a política de saúde, seu desenvolvimento, a perspectiva histórica da gestão da saúde pública no contexto mundial e no território brasileiro, bem como as formas implementadas nos diferentes contextos e territórios nacionais e, sobretudo, as diferentes formas de gestão para o crescimento das cidades de maneira ordenada.

Assim, optou-se por um programa de doutorado cujo objeto de estudo fosse o crescimento das cidades e/ou de áreas rurais, por meio de análise e compreensão dos processos, agentes e instrumentos de planejamento e ordenamento de diferentes contextos territoriais, e das dinâmicas de organização e transformação destes territórios, em decorrência da urbanização e outros processos influentes na relação homem / lugar.

Interessou-se, então, pelo Doutorado em Planejamento Urbano e Regional da UNIVAP, onde seria possível entender como se dá a organização da sociedade no espaço / território / ambiente. Dentro do programa, optou-se pela linha Planejamento, espaço e cultura que, segundo a compreensão do pesquisador, foi a que mais se

aproximou de suas inquietações, visto que o objetivo era compreender os contextos territoriais e suas influências nas dinâmicas socioculturais das populações atendidas e, por isso, o interesse nas representações sociais das equipes e populações beneficiárias das políticas públicas de base territorial, tal como a ESF.

Após ter sido aceito no Programa, nos primeiros movimentos, ao frequentar as aulas do doutorado, possuía-se apenas inquietações e ideias incipientes; ainda não havia estruturas bem definidas acerca do que se pretendia estudar. Após participar das disciplinas do programa de doutorado, com as leituras e discussões em sala de aula, o pesquisador iniciou a aquisição de novos conhecimentos, com especial interesse por aqueles relacionados ao crescimento das cidades e à relação homem / lugar / território.

Dessa forma, iniciou-se o processo de familiarização com as temáticas ligadas ao Planejamento Urbano e Regional e a políticas públicas, com especial interesse sobre as políticas públicas de saúde de base territorial e de promoção da saúde. Com o andamento do curso, mais estímulos foram recebidos para compreender as relações do homem com os diferentes contextos territoriais, motivando cada vez mais na construção e investigação da temática da tese.

Durante todo o processo do curso de doutorado, as buscas, os estudos e pesquisas, suscitaram ainda mais no pesquisador a necessidade de realizar uma pesquisa sobre as questões relacionadas aos atores envolvidos no cenário da ESF, os gestores, os profissionais e as populações beneficiárias dos diferentes territórios de Aparecida e Guaratinguetá. Além disso, vale destacar a relativa escassez de produção de pesquisas científicas sobre essas temáticas nos referidos municípios.

Diante desse percurso e, após reunião com as orientadoras, chegou-se à seguinte proposta de estudo: “Estratégia de Saúde da Família e a dimensão articuladora do território: Representações sociais de gestores públicos, profissionais e moradores dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá, São Paulo”. Com a investigação da temática assim enunciada, imaginou-se que seria uma forma de obter aprendizados úteis e de aproximação do objeto de estudo com as propostas do programa de doutorado, ou seja, aproximar a questão territorial e da política territorial com as questões relacionadas à saúde, ao SUS e à ESF.

Estudar a ESF nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá não foi uma tarefa fácil. O tema exigiu grande esforço para sua compreensão. Os desafios foram muitos. Embora o pesquisador seja enfermeiro, não possuía uma visão de conjunto sobre as definições conceituais de território trazidos pela ciência geográfica, bem como acerca de sua apropriação e utilização no campo da saúde. O mesmo pode ser dito a respeito dos entendimentos teóricos sobre as representações sociais para nortear a análise das representações sociais dos diferentes atores implementadores da ESF e das populações beneficiárias, a respeito de temas correlatos que perpassam as questões acerca das políticas públicas de base territorial.

Assim, foram vários os desafios enfrentados pelo pesquisador a exemplo da aquisição, seleção e leitura de materiais e literaturas, para analisá-los com a finalidade de identificar pontos de aproximação do objeto de estudo com o campo do Planejamento Urbano e Regional, que possui como uma de suas propostas a compreensão dos processos organizacionais da sociedade no espaço, território ou ambiente. Essa convergência interdisciplinar se deu a partir das ideias iniciais do pesquisador de buscar compreender os contextos territoriais da política de saúde e sua influência nas dinâmicas socioculturais das populações atendidas. Além disso, considerou-se que as representações sociais das equipes e da população beneficiária das políticas públicas de saúde são elementos que interferem na construção de um raciocínio lógico a respeito das interações entre território-saúde-política.

Todo esse caminhar, toda a busca por compreensão sobre o território, as inter-relações que se estabelecem, as RSs, a contextualização das políticas, sua história e os aspectos que envolvem sua implementação foram importantes para o desenvolvimento acadêmico do pesquisador, além de contribuir significativamente para o pesquisador obter uma visão de conjunto das questões da saúde, das políticas públicas e do território. Além disso, permitiu que o pesquisador compreendesse a implementação da política de saúde da ESF em suas relações com as especificidades de cada território, para destacar, então, a dimensão articuladora da política territorial, particularmente a da ESF.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, estudos relacionados à temática das políticas públicas têm ganhado cada vez mais espaço em diversas áreas e campos do conhecimento. Embora tenha ocorrido esse crescimento significativo, ainda se observa diversas e diferentes lacunas a serem compreendidas, pois trata-se de um tema complexo que envolve diferentes atores: de um lado, as pessoas que implementam as políticas e de outro, as que as utilizam (FARIA, 2003).

O sistema de saúde vigente no Brasil é produto de diferentes fatores, dentre eles destacam-se padrões de desenvolvimento histórico que a sociedade experimenta, a luta e o poder de diferentes grupos de interesse, a organização e reorganização de instituições do setor de saúde (SACARDO, 2009).

É importante destacar que existem elementos que podem contribuir para o sucesso ou insucesso da implantação das políticas públicas de saúde, e que talvez estejam interligadas as relações entre os profissionais e usuários, o próprio sistema, interesses pessoais ou políticos. Dessa forma, considera-se importante estabelecer recortes e determinar as perspectivas por meio das quais se realiza a investigação desse processo que acontece em meio às relações entre os diferentes contextos do sistema sanitário (SACARDO, 2009).

A política pública de saúde tem como proposta combater, prevenir doenças individuais e coletivas que acometem a população, ou ainda, que, por contágio ou transmissão, ameacem a sociedade e a ordem pública em determinado território, município e país.

Para atender as necessidades relacionadas à saúde da população no Brasil na década de 80 houve a criação e implantação do SUS, cuja finalidade é atender as determinações propostas pela CF de 1988, ligadas à garantia da saúde a toda população, entendida como um direito. O final da década de 80 e o início da década de 90 constituíram um período de transição gradual para a implantação do SUS, cujo objetivo está na promoção, proteção e recuperação da vida e da saúde, direcionando suas práticas assistências para ações preventivas. Para a implantação do SUS, elaborou-se a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990), em

seguida foi lançada a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conferindo ao SUS uma de suas principais características – o controle social, ou seja, a garantia à saúde e a gestão da população sobre os serviços oriundos desse sistema (BRASIL, 1990).

Observa-se que, a partir da criação do SUS, surgiu uma nova modalidade de assistência, denominada PSF, uma estratégia de atenção que buscava efetivar os princípios de universalidade e equidade no atendimento estabelecido pelo sistema. Essa modalidade foi formulada pelo Ministério da Saúde (MS), em 1994, sendo concebida como uma proposta para atender as necessidades da população, com diretrizes normativas, objetivos e operações claramente definidos, proporcionando resultados extraordinários à saúde da população, quando implantada e gerenciada adequadamente (BRASIL, 1994).

O PSF foi o formato adotado pelo governo brasileiro a partir da década de 90, expandiu e reorientou os serviços de atenção à saúde, implantou novas práticas de saúde, sendo elas realizadas por equipes interprofissionais, multiprofissionais e intersetoriais. Esse programa veio para substituir o modelo hospitalocêntrico vigente na época, no qual toda a assistência era centrada na figura do profissional médico. Por se tratar de uma estratégia, posteriormente a nomenclatura PSF foi repensada, passando a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que o planejamento e a oferta de serviços, a partir do enfoque epidemiológico, estão de acordo com conceitos utilizados na Vigilância Epidemiológica (SAMPAIO; LIMA, 2004).

Essa proposta de atenção à saúde considera os diferentes fatores que significam risco à saúde individual ou coletiva da sociedade; reconhece e valoriza as possíveis intervenções para a manutenção da saúde e está diretamente interligada às três esferas de governo – federal, estadual e municipal –, com cada uma delas com funções ora distintas, ora complementares (SAMPAIO; LIMA, 2004).

Vale destacar aqui que a ESF aproxima os profissionais da população a ser assistida e o próprio sistema de saúde, e se percebe que essa aproximação pode proporcionar uma assistência de melhor qualidade, com melhor compreensão sobre as necessidades reais da população, e que as relações que acontecem nos diferentes territórios da ESF tornam-se mais amistosas (NASCIMENTO; MELAZZO, 2013).

A busca em tornar a política pública de saúde em uma política universal depende de diferentes condições, dentre elas, integrar a dimensão territorial como estratégia da política social e de saúde, pois com essa integração talvez seja possível melhorar a oferta de serviços em saúde, porque mais aproxima ao local de moradia do cidadão. Considera-se que este seja um ponto inicial para o processo de democratização do acesso aos serviços de saúde.

A aproximação da equipe que atua nos serviços da atenção básica de saúde, especificamente em um dado território da ESF, permite a construção de relações entre diferentes atores, de um lado os profissionais e de outro os beneficiários, além de ampliar o conhecimento do profissional em relação ao cotidiano dos territórios, dos lugares e sujeitos que nele habitam, e ainda, fazer emergir vínculos facilitando a intervenção da equipe da ESF no processo de saúde da população adstrita (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

A saúde encontra-se imbricada à dimensão territorial. O território é considerado um importante elemento para a caracterização da população e monitoramento de problemas de saúde. Na área da saúde, entende-se que o território não é somente o espaço físico geográfico, é também o local de trabalho, no qual toda ação acontece em decorrência do trabalho (CECCIM, 2005).

O território, portanto, dá sustentação a um conjunto de esquemas de compreensão e percepção; não depende apenas da vontade de transformá-lo, inclui a luta das pessoas pelo amplo direito à saúde, comporta influências da sociedade ou grupo de pessoas que detêm o poder de controlar determinada área, constituindo-se assim a territorialização (CECCIM, 2005).

A territorialização é uma estratégia da política de saúde por meio da qual os profissionais, em especial os da ESF, utilizam como instrumento para realizar o controle da sociedade em um determinado território. Tal ação de territorializar se desvela em meio às relações políticas, econômicas e culturais, que assumem diferentes características, configurando geograficamente o exercício do poder em uma área fixada, o território (SAQUET, 2007).

As políticas públicas no Brasil procuram alcançar maior parte da população, e têm como finalidade disponibilizar recursos para atender as necessidades básicas de

serviços de saúde, educação e assistência social, entre outras. Muito embora pretenda-se com a implementação das políticas públicas atender as necessidades da população, de modo geral, Ferreira (2016) afirma que tal fato ainda não atingiu sucesso total, e considera que as políticas públicas consomem grande volume dos orçamentos públicos, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, como o Brasil, o que representa um dos fatores que pode estar contribuindo para o insucesso de sua efetivação (FERREIRA, 2016).

Com a promulgação da CF em 1988, as políticas públicas passam a contemplar o direito de todos, com a garantia de destinação significativa de recursos públicos pelos diferentes entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) e, sobretudo, para custeio da saúde, educação, assistência social, entre outras necessidades básicas da população (FERREIRA, 2016).

Observa-se na literatura diversas definições e conceitos relacionados às políticas públicas, e não uma única definição ou a melhor definição. Jubilut, Frinhani e Lopes (2017) entendem que política pública é um campo inserido na área do estudo sobre a política, que discute as ações do governo à luz das questões públicas de maior relevância. Complementam ainda que se trata de um conjunto de ações específicas que produzem efeitos específicos, exercem influências direta e indiretamente sobre a vida das pessoas, com objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados, no sentido de garantir à população acesso de qualidade aos instrumentos públicos.

Souza (2007) traz outra contribuição em relação às políticas públicas:

[...] o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, "colocar o governo em ação" e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2007 p. 69).

Embora a CF de 1988 faça menção ao direito dos cidadãos às políticas públicas, sua implementação tornou-se um desafio para os gestores públicos. Considera-se que as questões relacionadas às políticas públicas devam ser

compreendidas e analisadas a partir de enfoques teóricos e para sua implementação se faz necessário o cumprimento de algumas etapas: a formulação, a implementação e a avaliação. Ressalta-se que o cumprimento dessas etapas não garante o sucesso completo de sua execução e muito menos sua eficiência, mas, ao menos, o sucesso satisfatório para os atores envolvidos no processo (FLORES, 2009). As etapas citadas serão retomadas e discutidas para sustentação teórica e analítica da tese.

Como se percebe, as políticas públicas exercem fortes influências sobre a vida das pessoas, em seu contexto possui ações, práticas e programas de proteção social cuja finalidade é assegurar os direitos da sociedade e diminuir a desigualdade, procurando oferecer à população um padrão básico de vida individual e coletiva. São implementadas em diversos lugares ao mesmo tempo e, assim, talvez resultem de diferentes concepções e em distintos processos de implementação, conforme os ângulos e olhares dos atores envolvidos.

Para tanto, torna-se necessário procurar entender também os elementos - tais como, valores, crenças, costumes, trajetórias de vida, ideologias e as representações sociais - que podem transformar a concepção e o modo pelo qual as políticas estão sendo implementadas, incluindo um redesenho da operacionalização dos serviços, envolvendo os agentes implementadores e os beneficiários.

Para Moscovici (2011), as Representações Sociais (RSs) são resultados das relações sociais que se estabelecem no cotidiano dos diferentes locais. Para o autor, as RSs compõem-se por uma dupla dimensão, Sujeito e Sociedade, e situam-se no limiar de uma série de conceitos sociológicos e psicológicos, tratando-se, portanto, de uma construção em que o sujeito constitui a partir de algo ou alguém. É uma teoria do que circula e se cristaliza por meio da fala e do gesto, constituindo um conhecimento de alguém em relação a algo.

A RSs se revela como teoria que permite a compreensão de registros simbólicos e diferentes pensamentos, em outras palavras, está diretamente ligada à compreensão das trocas simbólicas desenvolvidas nos ambientes sociais, por meio das relações interpessoais.

Diante da importância do tema, nesta pesquisa procurou-se compreender como se dá o processo de implementação das políticas públicas de saúde e quais os

impactos causados pelas equipes implementadoras junto às populações atendidas pelas mesmas, constituindo o que se denomina como ESF.

Analisar o processo de implementação das políticas públicas de saúde, baseando-se nos fatores que influenciam a decisão e ação dos profissionais, assim como as representações sociais sobre a população que se beneficiam dessas políticas.

Acredita-se que um dos maiores desafios para a realização desta pesquisa foi abordar entendimentos e conceitos distintos, oriundos de diferentes campos do conhecimento, para a construção de uma linha de raciocínio lógico e coerente que dê consistência para a argumentação que validará as hipóteses do trabalho. Tais entendimentos e conceitos situam-se em âmbitos temáticos afins à saúde pública e assistência social, às questões das políticas públicas de caráter social e territorial, à história social e geografia, à psicologia social, educação etc., e fornecem subsídios para a ampliação das discussões acadêmicas interdisciplinares e debates sociais.

1.1 Problemática e questões

Nos territórios definidos para fins da ESF, a ação dos profissionais implementadores caminha entre as práticas assistenciais, de organização comunitária, consolidadas pela prática em saúde, e as práticas gerenciais. Assim, com ênfase na promoção da saúde para a melhor qualidade de vida, tais práticas de implementação não são guiadas, todavia, por orientações conceituais para a interação dos agentes com as populações beneficiárias e a compreensão dos contextos socioculturais e territoriais com os quais se confrontarão.

A esse respeito, Vanderlei (2005) afirma que, constantemente, diversas transformações ocorrem em relação à forma de gerenciar e organizar o trabalho, oriundas de novas experiências e da incorporação de diferentes atores implementadores das políticas públicas de saúde, cuja história pessoal deve ser considerada. Esta autora valoriza a inter-relação entre os diferentes serviços, sujeitos e territórios, que são elementos geradores de modificações que podem ser

introduzidas nos conteúdos e procedimentos de trabalho, resultando em um novo padrão de qualidade do serviço público.

De acordo com a referida autora, portanto, essas alterações geradas dão respostas às necessidades que surgem como fruto das relações de processos de trabalho que, ao se modificarem, exigem novos modelos de gestão que possam instrumentalizar sua operacionalização.

Na história do país, a partir da CF de 1988, a saúde deixou de ter enfoque caritativo, passando a ser garantia e direito de todos e dever do estado. Ao longo dos anos, constata-se, no desenvolvimento da ESF, a necessidade de constante reflexão crítica e de qualificação dos implementadores das políticas, na busca de melhor qualidade das práticas apoiadas no reconhecimento das necessidades reais da sociedade atendida. A rigor, essa educação permanente deveria se dar desde a formulação das políticas, mas, sobretudo, no momento da implementação das políticas e do controle social do setor de saúde, esclarece Alves (2007).

Ao se levar em consideração que a prática dos implementadores das políticas de saúde relacionadas à territorialização da ESF não é algo tão recente e que talvez não possua ainda uma orientação efetiva para as equipes de profissionais na totalidade dos diferentes territórios, regiões e localidades, seria desejável que os profissionais tivessem ou desenvolvessem habilidades ou sensibilidades que permitissem compreender melhor os diferentes processos sociais, políticos, culturais, epidemiológicos, ecológicos, inter-relacionados às histórias da população adstrita ao território sobre sua responsabilidade.

Para isto, a prática dos agentes implementadores de políticas de caráter social deveria agregar saberes e práticas próprias das Ciências Sociais, da Saúde e Humanas e, portanto, considera-se que seja uma prerrogativa para esses agentes gerenciarem coletivamente a implantação da política (BRASIL, 1997).

Nesse sentido, considera-se que o processo de organização das ações nos territórios da ESF é passível de ser considerado um campo de conhecimento, produção de saberes e práticas. No que se refere à produção científica, contudo, observa-se que essa ainda se apresenta restrita.

Campos (1994) considera difícil a implantação de modelos novos de saúde sem que os profissionais que instrumentalizam e articulam os territórios da ESF se apropriem de conhecimentos adequados para a operacionalização das políticas públicas, de forma que os profissionais da saúde possam estar de acordo com as propostas e se empenhem para consolidar a implementação da política.

Seguindo esta linha de pensamento, ressalta-se que o gerenciamento das Estratégias de Saúde da Família (ESFs) nos territórios mantém-se constantemente envolto em incertezas ligadas ao desenvolvimento político-econômico, o que coloca os agentes implementadores das políticas de saúde numa delicada posição, visto que, muitas vezes, veem-se obrigados a trabalhar sem recursos e a agir de forma criativa na tentativa de prover uma estrutura mínima para atender as necessidades de saúde da população nos diferentes contextos e realidades.

Como tais políticas são implementadas em diversos lugares ao mesmo tempo, sua implementação talvez resulte de diferentes concepções da política e em distintos processos de realização, conforme os ângulos e olhares dos atores envolvidos.

Desta forma, este estudo contempla a seguinte indagação de pesquisa: em que consiste o processo de implementação da ESF e quais suas influências sobre as populações beneficiárias?

Outros questionamentos são derivados dessa indagação básica:

- Em que consiste e qual a relevância do processo de territorialização da ESF e quais os critérios utilizados para estabelecer os territórios de atenção à saúde?
- De que forma se organiza o processo de trabalho para implementação da ESF no que se refere ao território e ao serviço de saúde propriamente dito?
- Qual as representações sociais das equipes implementadoras da ESF (acerca da ESF e do contexto sociocultural e territorial das populações atendidas) para o sucesso ou insucesso dessa política pública de saúde?

1.2 Objeto de estudo

Considerando a dinâmica histórica, social, econômica e geográfica dos territórios estudados e que a implementação da ESF é um complexo processo que envolve relações entre pessoas com suas vontades, necessidades, poder, recursos, disputas, conhecimentos e desconhecimentos, é pressuposto deste estudo que diversos fatores podem culminar em diferentes formas de implementação das políticas públicas de saúde nos diferentes territórios e que o processo de implementação da ESF é resultado da interação entre diferentes atores da esfera do governo, dos implementadores e usuários. Por isso, para analisar a implementação, deve-se considerar de que maneira as pessoas envolvidas no processo da implementação da ESF constroem suas ações na condição de atores e como os diversos beneficiários são impactados no processo.

Assim, o objeto da presente tese é o processo de implementação e territorialização da Estratégia de Saúde da Família e as representações sociais de agentes implementadores de políticas públicas de saúde à respeito da população beneficiária para discussão dessa política pública.

1.3 Hipótese

A territorialização da ESF e seu monitoramento podem potencializar e humanizar a prestação do serviço público de atenção básica à saúde ou podem ser fatores limitantes do sucesso da política pública. A dimensão territorial da política de saúde pode ser condição articuladora de Representações Sociais de agentes implementadores e populações beneficiárias, bem como de ações intersetoriais e intermunicipais, assim contribuindo para a discussão sobre o atendimento social como função pública de interesse comum.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender o processo de implementação da ESF, ressaltando a importância da dimensão territorial, e analisar as representações sociais e a influência das equipes implementadoras (gestores e profissionais), em sua função mediadora junto às populações atendidas, bem como os pontos de vista dessas populações como elementos para a constante avaliação e humanização da política e sua implementação.

2.2 Objetivos específicos

- Compreender a ESF no contexto geral de estudo das políticas públicas de saúde e da criação do SUS, e propiciar um panorama de sua implementação no Brasil;
- Realizar uma análise comparativa da implementação da ESF em dois municípios da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte (RMVPLN), Guaratinguetá e Aparecida, considerando duas estratégias (territórios de implementação) em cada um dos municípios e sua caracterização demográfica, sócio-econômica e espacial;
- Caracterizar o perfil sócio demográfico das equipes implementadoras da política públicas de saúde das ESF e das populações beneficiárias nos territórios selecionados;
- Analisar as Representações Sociais dos agentes envolvidos na implementação da ESF e das populações beneficiárias, aplicando o método de análise de conteúdo e refletindo sobre o processo de territorialização da política, as influências dos profissionais para o sucesso ou insucesso dessa mesma política, bem como seus aspectos potenciais e limitantes apontados por esses mesmos agentes.

2.3 Relevância do Estudo/Justificativa

O estudo sobre a implementação das políticas públicas de saúde na Atenção Básica (AB), em especial na ESF, é relevante não só para o pesquisador, como também para o campo do planejamento territorial e a sociedade como um todo, visto que o estudo se justifica em função da necessidade de se discutirem as suas diferentes dimensões de política pública, tais como a territorial, social, econômica, da educação, habitação e da saúde propriamente dita, dentre outras. A discussão assim delineada possibilita não apenas reflexões sobre as inter-relações entre diferentes atores, como os implementadores das políticas públicas de saúde e os que se beneficiam dela, bem como a análise sobre o modo como essa política pública está sendo concebida e implementada nos territórios estudados.

Outro ponto que justifica a escolha do tema da tese é a análise do trabalho dos profissionais em diferentes instâncias do poder público envolvidos na implementação da política pública de saúde, particularmente no que se refere à ESF, em diferentes territórios municipais, na condição de ação organizacional com alto grau de responsabilidade e comprometimento em razão das consequências que esta ação pode acarretar para a vida das populações atendidas em seus respectivos contextos socioculturais e territoriais.

Sendo assim, consideram-se necessárias as aquisições de conhecimento técnico-específico e a experiência profissional, além da necessidade de um caminho interdisciplinar de modo que os diversos conhecimentos/saberes contribuam para entender as interfaces envolvidas neste processo de implementação da política pública.

A partir dos questionamentos e objetivos supracitados, a pesquisa visa esclarecer as inquietações e as indagações do pesquisador para entender o que conduz à fragmentação e à segregação de grupos de uma população que utiliza as políticas de saúde, o que pode tornar a população vulnerável e desfavorecida. Para tanto, entende-se que seja necessário realizar um estudo mais aprofundado, centrando sua relevância nas ações dos profissionais que implementam tais políticas e nas interações com as populações beneficiárias em seus respectivos territórios de vida.

2.4 Estrutura da Tese

Neste sentido, a tese está estruturada em nove seções além da parte inicial que denominada seção um composta pelos seguintes itens: introdução, problemática e questão, objeto de estudo, hipóteses e seção dois objetivos (geral e específicos), relevância do estudo / justificativa.

A terceira seção, intitulada “Saúde, Território e Representações Sociais”, explana o processo saúde e doença considerando os diferentes contextos históricos, os determinantes sociais na perspectiva da qualidade de vida como um processo social. Aborda-se também os aportes interdisciplinares a respeito de Território, territorialização e territorialidade. Ainda nessa seção aborda-se a Teoria das Representações Sociais (TRS), o conceito de RS e sua relação com a Psicoesfera Social, na tentativa de compreender as questões relacionadas à subjetividade na estrutura dos diferentes elementos constituintes nos contextos socioterritoriais.

A quarta seção, intitulada “Contextualização do Desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil”, discute-se o significado da política pública perpassando pelas etapas da elaboração, as Tipologias como processo avaliativo de Políticas Públicas, a partir daí buscou-se então contextualizar o percurso da Política Pública de Saúde procurando analisar os diferentes períodos e acontecimentos que marcaram a história do Brasil. Para isto, abordam-se as diversas correntes da literatura que trataram destes fatos ao longo dos anos na ciência política e na administração pública do país.

Nesta seção, disserta-se também, sobre a ideia de implementação da política com a participação da sociedade, observando os potenciais analíticos a respeito do tema. Ainda em relação à política pública de saúde, apresentam-se as propostas da política derivadas da necessidade de aprimoramento do sistema por meio de movimentos, como a VIII Conferência de Saúde, a Constituição Federal, que garantiram os direitos da sociedade e atribuíram o dever ao Estado. Esses marcos culminaram na implantação de um sistema de saúde denominado Sistema Único de Saúde (SUS) que, *a priori*, apresentou propostas para a reorganização dos sistemas de saúde a partir dos processos organizativos do SUS tais como a Descentralização e Regionalização em Saúde consideradas também ferramentas de divisão territorial

que instrumentaliza o processo de territorialização, regionalização das redes urbanas e serviços de saúde.

Por entender que a política de saúde é elaborada a partir das necessidades da população, cuja finalidade é apresentar propostas de melhorias para a população, busca-se elucidar, nessa seção, a formulação de uma linha teórica sobre Humanização como política pública de saúde.

Na quinta seção denominada “Atenção Básica à Saúde e Estratégia da Saúde da Família” apresenta-se breve contextualização a respeito desta Política Pública em contexto brasileiro considerando, a instituição do Programa dos Agentes Comunitários em Saúde (PACs), o Programa de Saúde da Família (PSF) e, posteriormente, a atual Estratégia de Saúde da Família, como proposta organizacional do SUS.

A sexta seção, denominada “Estratégia de Saúde da Família e sua relação com os Municípios e Territórios”, destinada a apresentação e contextualização dos municípios de estudo Aparecida e Guaratinguetá procurando ressaltar os aspectos demográficos, religiosos e econômicos, históricos, sociais buscando fazer uma aproximação entre os municípios de estudo, destacando seus aspectos de saúde.

A sétima seção, chamada “Material e Método”, destina-se à apresentação do caminho metodológico adotado para a realização deste estudo tal como: tipo de pesquisa, local do estudo, população do estudo, procedimentos para coleta de dados e análise dos dados.

A oitava seção denominada **“Representações Sociais de Gestores Públicos, Profissionais e Moradores da Estratégia de Saúde da Família: Análise Comparativa entre os Municípios de Aparecida e Guaratinguetá”**, nesta seção apresenta-se o perfil sócio demográfico dos participantes do estudo no caso os profissionais e implementadores das políticas públicas de saúde e a população beneficiária e, a análise qualitativa referente a temática do estudo com especial interesse aqueles relacionados ao processo de trabalho das equipes implementadoras das políticas públicas nos diferentes contextos territoriais de saúde selecionados e as representações sociais sobre a população beneficiária. Por fim a nona seção as “Considerações finais”.

3 SAÚDE, TERRITÓRIO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

3.1 Conceito de saúde e seus determinantes

O conceito de saúde possui caráter multidimensional, sendo notável a complexidade de seu significado quando a atenção e as discussões se voltam para esse fim. O conceito de saúde deve ser estudado na perspectiva de diferentes teorias, levando-se em conta uma série de fatores e dimensões, em âmbito individual ou de grupos no contexto de cidades, do país ou do mundo. É o que afirmam Dahlgren e Whitehead (2007), ao considerarem os conceitos como construções histórico-sociais.

Trata-se de um conceito amplo e global que exige a necessária integração de diferentes áreas do conhecimento (política, econômica, social, cultural e humana), uma vez que se privilegia a busca pelo entendimento integral dos fenômenos e as necessidades dos seres humanos.

Contudo, nesse estudo não se pretende aprofundar tais discussões conceituais, mas apenas ressaltar que diversos autores têm promovido estudos para trazer novas compreensões sobre o conceito de saúde, pautados em diferentes propostas que surgiram ao longo da história, a exemplo do modelo holístico, que envolve todos os sentidos do ser humano e do seu bem-estar físico (ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Pereira e Lima (2008) ressaltam que o termo saúde possui diferentes acepções, dentre outras, as que se apresentam a seguir:

Saúde, em português, deriva de *salude*, vocábulo do século XIII (1204), em espanhol *salud* (século XI), em italiano *salute*, e vem do latim *salus* (*salutis*), com o significado de salvação, conservação da vida, cura, bem-estar. O étimo francês *santé*, do século XI, advém de *sanitas* (*sanitatis*), designando no latim *sanus*: são, o que está com saúde, aproximando-se mais da concepção grega de “higiene”, ligada a deusa *Hygea*. Em seu plural de origem idiomática, o termo saúde designa, portanto, uma afirmação positiva da vida e um modo de existir harmônico, não incluindo em seu horizonte o universo da doença (PEREIRA; LIMA, 2008, p. 353).

Moacyr Scliar (2007) afirma que, na antiguidade, a concepção de saúde estava ligada ao sobrenatural. De acordo com este autor, para os antigos hebreus a doença não era causada apenas pela ação de demônios e maus espíritos; significava castigo divino, proveniente de pecados humanos, sendo a compreensão sobre a doença uma forma de controle e punição. Complementa ainda o mesmo autor que o poder e controle sobre as enfermidades estavam em mãos de religiosos e, quem se propunha a cuidar, vislumbrava salvação.

O início da Idade Moderna, entre os séculos XIV a XVIII, foi marcado pelo crescimento do número de pestes; era um momento em que ocorreram diversas epidemias, a exemplo da peste negra e a varíola, o sarampo, a peste bubônica, que se espalharam por todo o mundo. Soma-se a isso a ocorrência de guerras, fenômenos que dizimaram a Europa e que, posteriormente, entre os séculos XVIII e XIX, culminaram na morte de um número considerável de pessoas em diversos continentes. De acordo com Michel Foucault (2008), era um momento que anunciava a relação peculiar da modernidade entre a vida humana e a política, configurando o que o autor designa como biopoder.

Ainda em relação aos avanços na compreensão do fenômeno doença, Araújo e Xavier (2014) afirmam que:

O desenvolvimento da anatomia e a prescrição dos primeiros medicamentos químicos permitiram que se aprofundassem os estudos acerca dos órgãos, seus funcionamentos e suas funções. Contudo, somente no final do século XIX, com o advento do microscópio e o descobrimento da existência de microorganismos, possíveis causadores de enfermidades, que registrou efetivamente avanços nos estudos sobre as doenças, suas causas e métodos de tratamento (inicialmente soros e vacinas). Métodos estatísticos, epidemiologia, organização da profissão médica, fisiologia, avanços tecnológicos, etiologia, a urbanização, epidemias, a industrialização e a proletarianização, as más condições sanitárias e os altos índices de mortalidade provocaram revolução sobre a medicina e impulsionaram os avanços científicos. A possibilidade de diagnosticar, compreender, prevenir e curar doenças transformou-se em prioridade, tendo como principal finalidade o estabelecimento de medidas de saúde pública e a formação de sanitaristas que, a partir de medidas de controle social, proporcionassem saúde e uma melhor qualidade de vida para as pessoas (ARAÚJO; XAVIER, 2014, p. 4-5).

Rosen (1994) participa desse debate afirmando que o século XX foi um período marcado pela adoção das primeiras medidas de combate à transmissão de doenças infectocontagiosas, denominadas de políticas de saúde, sendo mais tarde chamada de medidas de prevenção implementadas pelas instituições médicas e investidas pelo poder de estado. Essas medidas determinaram hábitos e modos de viver no plano individual e coletivo, dando origem à saúde pública, que nasce com a missão de adotar e implantar medidas e intervenções para bloquear o contágio e a transmissão de eventos que pudessem ameaçar a organização social e a ordem pública.

No século XX o conceito de saúde passou a ser concebido como ausência relativa ou total da doença. Ter saúde, ser sadio passou a significar não ser portador de doença e estar dentro de parâmetros da normalidade; concepção que passou a ser dominante não apenas entre os profissionais da saúde, mas na sociedade em geral (LUZ, 2020).

Percebe-se o avanço em relação à compreensão do conceito de doença, porém, ainda não havia um conceito formulado e universalmente aceito sobre doença, o que exigia um consenso mundial, possível de se obter somente por meio de um organismo internacional, a Liga das Nações, que surgiu no século XX, após o término da Primeira Guerra. Foi apenas com a Segunda Guerra Mundial e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) que surge uma nova concepção sobre o conceito de saúde (SCLAR, 2007).

A partir do entendimento da saúde como estado de ausência de doença, cuja atenção voltava-se ao tratamento das patologias em si, em 1948 a OMS redefine o conceito e, a saúde, passa a ser compreendida, como o estado de um mais completo bem-estar físico, mental e social, um fenômeno bio-psico-social. A partir desse novo olhar torna-se possível compreender que a saúde se trata de um processo contínuo, diretamente relacionado à preservação da vida. A dimensão social superou a ideia centrada apenas na doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Os autores complementam ainda que, mesmo após essa nova compreensão sobre a saúde, a formulação e as discussões constantes relacionadas ao conceito são necessárias por se tratar de um processo dinâmico e complexo que pode variar de acordo com a história. Ainda a esse respeito, Araújo e Xavier (2014, p. 5) fazem a seguinte afirmação: “a amplitude da premissa da OMS permitiu também que as dicotomias

entre corpo e mente, biológico e social, saúde e doença fossem superadas ao admitir a importância das esferas social e psicológica para o estado pleno da saúde”.

O conceito de saúde é temporal, porque evolui historicamente com experiências diferentes, tratando-se de um processo contínuo que envolve aspectos e dimensões corporais, emocionais, mentais e sociais que se inter-relacionam. Dessa forma, a saúde é mais que a ausência de doença, é a integração e o funcionamento do organismo, do ambiente e da vida social (JÓIA, RUIZ, DONALÍSIO, 2008).

Bezerra e Sorpreso (2016) participam desse debate afirmando que:

[...] o conceito de saúde veio sendo transformado a partir dos momentos históricos vivenciados, refletindo no aparecimento de novas formulações sobre o pensar e fazer sanitário e, por consequência, novas propostas de mudanças nos modelos assistenciais em saúde. Assim, embora o novo modelo de atenção à saúde esteja estruturado em uma perspectiva da promoção da saúde, ainda existem características de modelos hegemônicos que implicam em práticas curativistas (BEZERRA; SORPRESO, 2016, p. 8).

Albuquerque e Matos (2006) afirmam que a saúde é um processo complexo e dinâmico, difícil de definir e mensurar. Os autores complementam, ainda, que remete a um estado, uma qualidade de vida influenciada por múltiplos fatores externos, sociais, econômicos, ambientais, dentre outros.

Do ponto de vista de Pereira e Lima (2008), saúde, em sentido etimológico, é um estado positivo de viver, um direito de todos os seres vivos e, no caso dos seres humanos, em específico, implicaria um conjunto de hábitos e práticas que deveria colaborar para a manutenção da vida de forma harmoniosa, tais como: o comer, o beber, o vestir, os hábitos sexuais, hábitos morais, moradia, hábitos políticos e religiosos.

Nunes e Rego (2002) afirmam que a saúde é uma condição necessária para o ser humano, capaz de fornecer às pessoas um estado de completo bem-estar, em diferentes níveis: físico, psicológico, social.

Bezerra e Sorpreso (2016) afirmam que:

A saúde é o maior recurso para desenvolvimento social, econômico, pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Na atenção primária, destacam-se as ações de promoção da saúde que visam ao empoderamento e autonomia do usuário para o alcance de melhores condições de vida e saúde (BEZERRA; SORPRESO, 2016, p. 1).

De acordo com Czeresnia (2009), a vida transcorre em meio aos processos de saúde e doença, a depender das expectativas e das experiências subjetivas que cada indivíduo experimenta, portanto, saúde deve ser considerada a partir de situações únicas e individuais, que leve em consideração as necessidades culturais, sociais e econômicas e o estilo de vida.

Ao longo do tempo o conceito de saúde foi, aos poucos, ampliado. Para tanto, houve a incorporação de novos significados, com a valorização de outras dimensões da vida humana, apontando para as questões sociais, culturais e, até mesmo, as questões individuais relacionadas aos cuidados com a saúde, que, em certa medida, podem influenciar neste processo.

Czeresnia (2009) considera importante que os determinantes para explicar o estado de saúde se estabeleçam entre os indivíduos, grupos e a sociedade de modo geral, uma vez que ele sofre variações e se diferencia, e não pode ser explicado adotando-se um modelo universal.

A temática da determinação social da saúde ocupa lugar de destaque nos debates internacionais desde a virada do século XX. O objetivo maior desses debates é ressaltar as relações entre saúde e sociedade. Na atualidade, essa temática faz parte da agenda da política mundial como uma lógica teórico-metodológica diferenciada daquela produzida pela corrente médico-social latino-americana, a epidemiologia social existente na década de 70 (ALMEIDA FILHO, 2010).

As discussões surgem para enaltecer os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), e apresentam como foco principal o tema das desigualdades; das disparidades existentes entre as condições de vida das pessoas; do trabalho; da má distribuição de renda; do acesso aos serviços sociais diferenciados e à saúde, incidindo de forma negativa sobre a morbidade e mortalidade da população (ALMEIDA FILHO, 2010).

A OMS envidou esforços para estimular discussões referentes à temática dos determinantes sociais da saúde, quando, em 2005 criou uma comissão exclusiva para essa finalidade – a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) - chamando para reuniões as autoridades dos países para promover discussões com a finalidade de elaborar estratégia de combate às desigualdades em saúde de forma coletiva (GARBOIS; SODRÉ; ARAUJO, 2017).

No ano seguinte, estabeleceu-se no Brasil a Portaria nº 1.358, de 23 de junho de 2006, que aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), cujos objetivos foram: promover discussões relacionadas aos determinantes sociais da saúde no Brasil; apoiar a elaboração, implementação de políticas públicas e programas para a promoção da equidade em saúde; e impulsionar debates nas diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre o tema (BRASIL, 2006a; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A CNDSS foi norteada por compromissos éticos tais como o de garantir a equidade em saúde; orientar intervenções pautados em evidências científicas; e apoiar-se nas políticas e programas para controlar as iniquidades em saúde em território brasileiro (CNDSS, 2008).

A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) afirma que determinantes sociais da saúde são as condições em que as populações vivem, crescem, trabalham e envelhecem, bem como os instrumentos implementados para superar as situações de doenças, modelados pelas forças de ordem política, com a finalidade de diminuir as desigualdades (COMISSÃO..., 2010).

A CNDSS pautou-se no modelo de DSS proposto por Dahlgren e Whitehead (2007) para elaborar as atividades que iriam compor seu relatório final que estratifica os determinantes em diferentes eixos: os macros determinantes, diretamente ligados às condições culturais, sociais, econômicas e ambientais, e os determinantes proximais, como idade, estilo de vida dos indivíduos, fatores hereditários e sexo. Além dessas ações, instituiu uma série de indicadores ligados aos DSS (COMISSÃO..., 2008).

O referido modelo de DSS foi adotado como instrumento norteador de ações, em virtude de sua simplicidade e facilidade de compreensão pelos diferentes públicos.

Esse modelo exhibe, de forma esquemática e sintética, as diferentes camadas de DSS, desde as mais próximas aos determinantes individuais (idade e sexo) até a mais distal, na qual se encontram os macros determinantes, que representam as condições sócio econômicas, como se observa na figura 1 a seguir:

Figura 1 - Modelo de Determinante social de Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead



Fonte Comissão... (2008).

Na figura 1, os indivíduos estão dispostos na base, a partir das características individuais de idade e sexo e de fatores hereditários que podem influenciar nas condições de saúde. Na camada seguinte aparecem os comportamentos e os estilos de vida individuais que, muitas vezes, são compreendidos apenas como de responsabilidade individual. No entanto, sabe-se que os comportamentos sofrem influências da mídia, das propagandas, dos acessos aos espaços de lazer, da alimentação saudável etc. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A camada subsequente relaciona-se às redes comunitárias, considerada de fundamental importância para a saúde da sociedade em geral. A camada posterior representa o acesso aos serviços essenciais para as condições de vida, trabalho, educação, habitação. Nesse sentido, aponta-se para as condições de vida da

população mais humilde, em desvantagem, sujeitas a situações de vulnerabilidade, condições de risco, perigo ou estresse, bem como, às dificuldades de acesso aos equipamentos de saúde, às más condições de moradia (insalubridade), trabalho e outras. Por fim, na camada distal localizam-se os macros determinantes ligados às condições sócio econômicas da população, ou seja, aqueles que exercem influências sobre as demais camadas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Sobral e Freitas (2010) afirmam que a criação da CNDSS representou um avanço para a área da saúde e estimulou novos estudos relacionados à temática dos determinantes sociais. Os autores ressaltam que, embora avanços tenham sido constatados na área, observa-se que houve certa limitação, principalmente em relação aos indicadores sociais e econômicos e ao meio ambiente.

A esse respeito, Sobral e Freitas complementam que:

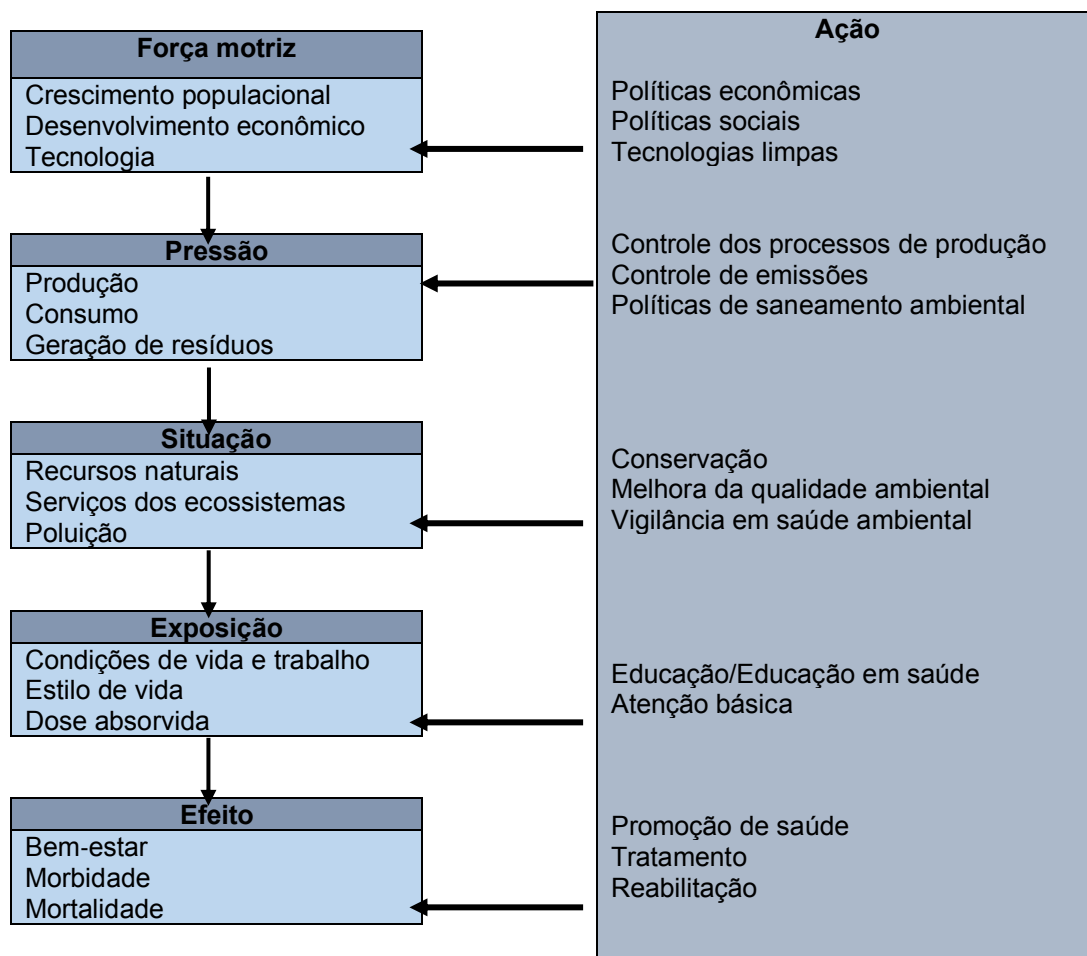
A CNDSS reconhece que uma série de temas importantes ficou ausente do relatório ou foram parcialmente desenvolvidos, tais como a saúde ambiental nas grandes cidades. Portanto, há a necessidade de se ampliar as discussões, no âmbito da Saúde Pública, da importância de se considerar os aspectos ambientais, mais precisamente os relacionados à degradação dos ecossistemas e as possíveis repercussões negativas sobre a saúde e o bem-estar. Por um lado, deve-se considerar que a criação de uma Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde, no contexto de um movimento internacional capitaneado pela OMS, representa um importante avanço para a retomada dos estudos voltados para a análise da situação de saúde, segundo a influência dos determinantes sociais e ambientais. Por outro lado, se o modelo de determinação social da saúde adotado pela CNDSS possibilita uma rápida visualização gráfica dos DSS, segundo seu nível de abrangência, carece de uma matriz de indicadores que permita estabelecer as inter-relações entre os determinantes distais e proximais, o que se constitui em uma importante limitação (SOBRAL; FREITAS, 2010, p. 40).

De acordo com Sobral e Freitas (2010), o modelo de DSS proposto por Dahlgren e Whitehead (2007) consiste em uma abordagem teórico-metodológica bem estruturada que possibilita a compreensão sobre a dinâmica do processo de saúde. Complementam ainda que é necessária a utilização de um modelo que organize os indicadores em saúde e que instrumentalize a análise desses determinantes e das influências que possam exercer sobre a saúde (vista de forma integrada), considerando pontos essenciais, necessários para a saúde da população que foram trabalhados de maneira insuficiente pela Comissão, tal como a questão ambiental.

Com o objetivo de operacionalizar as análises dos DSS a partir dos indicadores integrados, a OMS, em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), propôs um modelo de organização ou sistema de indicadores denominado Força Motriz-Pressão-Situação-Exposição-Efeito-Ações (FPSEEA). Tal modelo aborda as relações que se estabelecem entre os diferentes determinantes, inclusive entre os fatores ambiente e saúde (SOBRAL; FREITAS, 2010).

O modelo FPSEEA consiste na elaboração de uma matriz, composta por seis estágios, a saber: Força Motriz, Pressão, Situação, Exposição, Efeito e Ação, como exposto a seguir na figura 2:

Figura 2 - Modelo de organização de indicadores FPSEEA.



Fonte: Adaptado de Kyle, Woodruff e Axelrad, (2006).

As fases dos indicadores de “Força Motriz” são aquelas relacionadas às atividades humanas; exercem influência nos diversos processos ambientais, podendo ou não representar ameaça ao ser humano; imprimem os processos e padrões de desenvolvimento sustentável, dentre eles, o PIB e o PAB *per capita*, desenvolvimento, crescimento populacional em determinadas regiões, representado pela taxa de ocupação; e podem indicar populações em situação de vulnerabilidade em virtude da ocupação de domicílios subnormais (favela, palafitas) (BRASIL, 2011a).

A esfera denominada “Pressões”, resultado das forças motrizes, se manifesta como efeito e produção da ocupação humana. De modo geral, são geradas por diversos setores da atividade econômica, como desmatamento devido à abertura de estradas ou construção de usinas hidroelétricas, mineração, serviços de transporte, industrialização, extração de madeiras etc. Nesses casos, as pressões acontecem em

diferentes níveis, desde a extração dos recursos naturais até os consumidores finais que produzem os resíduos (lixos) e são descartados em locais inapropriados, resultando em pressões negativas ao meio ambiente, que podem acarretar problemas de saúde à população em geral, a exemplo da falta de tratamento de esgoto (BRASIL, 2011a).

“Situação” compreende a terceira fase, considerada como efeito das pressões, uma vez que a situação do ambiente é frequentemente alterada e pode contribuir para ocorrências ambientais, resultando em diferentes agravamentos sobre a saúde da população em diferentes níveis de comprometimentos: domicílios com saneamento inadequado gerando aumento do número de ocorrências de contaminação do solo e da água potável, enchentes, secas, elevação da concentração de poluentes atmosféricos (BRASIL, 2011a).

A fase denominada “Exposição” traz um dos principais conceitos utilizados pela saúde ambiental, uma vez que estabelece as possíveis relações entre saúde da população e as variadas situações ambientais em determinado contexto espacial e temporal. Essa fase é considerada fonte de informação em termos de elaboração de indicadores de exposição relacionados a: “determinados grupos populacionais (crianças, idosos, mulheres, indígenas, quilombolas etc.) e/ou territórios específicos (país, estado, bairro, setor censitário, assentamento rural, distrito sanitário etc.) em um período considerado” (BRASIL, 2011a, p. 102).

A etapa denominada “Efeitos” possui ligação direta ao local, à duração, à via de exposição, à suscetibilidade de cada pessoa e à vulnerabilidade socioambiental, com diferentes efeitos sobre a saúde da população, considerando-se o ponto final entre as fases anteriores (BRASIL, 2011a). De acordo com Franco Netto *et al.* (2017), nessa etapa apresentam-se reflexos variados, desde a redução na função ou perda de bem-estar, a resultados mais intensos e comprometedores, como manifestações de doenças mais graves, que, em condições mais extremas, podem resultar em óbito de uma ou mais pessoas.

Ao se vislumbrar a saúde com um enfoque mais ampliado nota-se que:

[...] os efeitos não se restringem ao conjunto de doenças e óbitos que possam ser mensuráveis. Por exemplo, embora possa haver uma redução da mortalidade infantil (um indicador de efeito sobre a saúde) em um determinado período e local, o ciclo vicioso da pobreza e da desigualdade pode permanecer produzindo efeitos adversos sobre o bem-estar da população de um município ou de um país. Os indicadores de efeito mais utilizados referem-se à morbimortalidade da população em geral e, em muitos casos, de populações específicas. São exemplos desse indicador: internações e óbitos por doenças diarreicas agudas (população geral e em menores de 5 anos); internações e óbitos por infecção respiratória aguda (população geral, em crianças menores de 5 anos ou idosos); internações e óbitos relacionados ao saneamento ambiental inadequado; e intoxicações por agrotóxicos (BRASIL, 2011a, p. 104-105).

Por fim, na sexta e última etapa definida como “Ações”, os problemas e efeitos produzidos sobre a saúde, de forma geral, exigem a realização de constantes estudos, tornando-se desafio para os implementadores e gestores nos diferentes níveis, federal, estadual e municipal, no que se refere à formulação e implementação de indicadores e, sobretudo, nas tomadas de decisões mais assertivas sobre a saúde da população que devem ser direcionadas a todos os níveis para que haja redução da desigualdade e controle da iniquidade (BRASIL, 2011a).

As ações podem ser de curto prazo, consideradas remediadoras, medidas adotadas para o tratamento das pessoas que foram acometidas por um agravo à saúde; ou de longo prazo, nos casos em que os procedimentos de controle e prevenção são mais eficazes. Nesse caso, as ações devem ser de forma mais ampla, uma vez que procuram interromper mecanismos de exposição. As medidas podem ainda ser de médio e longo prazo, nos níveis nacional, estadual e local, conforme o cumprimento da Agenda 21, com a finalidade de provocar mudanças no curso do desenvolvimento atual, com ênfase no crescimento econômico e em outros aspectos fundamentais para promover a qualidade de vida e, conseqüentemente, a saúde.

O modelo adotado pela OMS, denominado FPSEEA, surge na área da saúde ambiental com o compromisso de complementar os modelos existentes em território brasileiro, por meio da introdução das Forças motrizes. Tal modelo se relaciona aos processos de desenvolvimento, estabelece relações entre a exposição humana a fatores ambientais de risco e seus efeitos na saúde da população de modo geral. Esses efeitos constituem o “último estágio na construção de indicadores, [traduzindo] a resposta em ações, favorecendo assim um entendimento mais integral do problema

e das relações causais que embasaram a indicação dessas ações”. Assim, as ações e tomadas de decisões se tornariam mais transparentes (OLIVEIRA, 2007, p. 43).

Nota-se que os DSS e as forças motrizes foram passos importantes para a área da saúde, pois trouxeram à tona discussões relacionadas aos elementos de formulação dos indicadores de saúde, visando integrar e instrumentalizar o sistema de suporte à tomada de decisão adequada ao combate das condições de desigualdade, pobreza, vulnerabilidade social e ambiental, fatores da geração de iniquidades.

Dessa forma, na lógica das políticas públicas de saúde compreende-se que não seja possível separar a saúde e o meio social, o que significaria caminhar contrariamente ao princípio da integralidade e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Em um sentido mais amplo sobre o conceito de saúde, a Brasil (1986) faz a seguinte afirmação:

[...] a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986, p. 4).

O SUS emerge da necessidade de implementar ações que visem reorganizar o sistema de saúde e, para que isso ocorra, tornam-se imperativas a elaboração e a implementação de políticas públicas e a realização de estudos sobre os DSS e seus condicionantes. A esse respeito, no Brasil considera-se o SUS como política de estado que visa implementar melhorias na qualidade de vida da população, por meio da afirmação do direito à vida e à saúde, estabelecida na Constituição Federal (CF), o que dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2010a).

3.1.1 Prevenção e promoção da saúde

Desde a virada do século XXI nota-se que os gestores seguem preocupados com a implementação de políticas públicas e ações que visem diminuir as desigualdades. Observa-se também esforços por parte de estudiosos e da sociedade na tentativa de direcionar discussões, debates e estudos para aquisição de conhecimentos que subsidiem a elaboração e implementação dessas políticas e medidas que possam promover igualdade econômica e social e, por conseguinte, a redução de iniquidades.

Diferenciar os conceitos de prevenção e promoção da saúde não é uma tarefa fácil. Embora estejam imbricadas, possuem significados diferentes. Ambas são estratégias de intervenção no processo saúde-doença da população, cujas ações estão interligadas às questões de melhoria das condições de saúde da população, tornando-se interessante, por isso, compreender seus efeitos.

A esse respeito, a Política Nacional de Promoção da Saúde fez a seguinte consideração sobre os conceitos:

Deve ficar claro que a promoção da saúde não deve ser mais um nível de atenção, nem deve corresponder a ações que acontecem anteriormente à prevenção. Com esta compreensão não deve se constituir como mais um programa, mais uma estrutura organizacional. Ao contrário, se compõe de estratégias que se movem transversalmente em todas as políticas, programas e ações do setor saúde, numa tentativa de trazer o olhar, a perspectiva da saúde e do desafio de construir a integralidade em toda a sua complexidade e singularidade social e individual. Significa ousar na busca de tecnologias (indicadores, planejamento, processos avaliativos) que deem conta do desafio da não fragmentação destas mesmas políticas, programas e ações. Mais do que isto, a definição de ações voltadas para a promoção da saúde, embora tenha um componente regulatório, devem ser mais indutoras e estar a serviço do desenvolvimento humano e do processo de emancipação da nação (BRASIL, 2002a, p. 14).

De acordo com o Dicionário *online* de Português, o termo prevenção, como verbo transitivo direto e intransitivo, possui o seguinte significado: dispor as coisas buscando evitar um mal, complicação, dano, sendo que evitar é prevenir doenças;

já em relação à promoção considerada um substantivo feminino, seu significado é ação ou efeito de promover, de colocar em evidência (DICIONARIO ONLINE DE PORTUGUÊS, 2020).

Ferreira (1986) participa desse debate afirmando que prevenir significa antever, chegar antes de, preparar; evitar o mal ou dano, impedir que algo aconteça. As ações de prevenção visam definir possíveis estratégias de intervenção com a finalidade de impedir o surgimento de doenças e, conseqüentemente, a redução de sua incidência e prevalência sobre a população. Para que as ações de prevenção possam ser mais efetivas e resolutivas, torna-se necessária a aquisição de conhecimentos relacionados ao perfil epidemiológico da população e também sobre o processo de saúde e doença que não são constantes e se modificam de acordo com a época, a história e os hábitos de vida de cada grupo ou sociedade. As ações de prevenção devem estar voltadas para o controle da transmissão de doenças infecciosas, redução do risco de doenças degenerativas e/ou os diferentes agravos que possam ameaçar a saúde da população (CZERESNIA, 2020).

Em relação ao termo promover, Ferreira (1986) afirma que significa impulsionar, estimular, gerar. A Promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo, e visa a elaboração de estratégias de melhorias para o bem estar da população (BRASIL, 2001a).

Czeresnia (2009) afirma que o conceito de promoção da saúde vem sendo discutido há décadas, mas foi a partir do modelo de Leavell & Clarck, em 1976, que se constituiu como um dos elementos do nível primário de atenção à saúde, especialmente no que se refere à medicina preventiva e que, na atualidade, assumiu um enfoque político (BUSS, 2003).

Sucupira e Mendes (2003) dizem que as ações de promoção da saúde:

[...] têm seu desenvolvimento, como movimento ideológico e social, de forma mais intensa no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental, com avanços mais lentos na América Latina e Caribe. As Conferências Internacionais, a partir da Primeira Conferência de Promoção da Saúde realizada em Ottawa, em 1986, têm difundido conceitos básicos que exigem a revigoração da saúde pública em

torno do compromisso de saúde para todos. As discussões de Ottawa tiveram como parâmetros a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde (1978) e debates posteriores realizados ao redor do mundo (SUCUPIRA; MENDES, 2003, p. 9).

No Brasil, com a promulgação da CF de 1988, foram instituídas políticas que privilegiaram a implementação de ações para melhoria da qualidade de vida da população. Inicialmente implantou-se o SUS, em seguida, PSF, atualmente denominado ESF. A partir daí discussões foram promovidas e ações implementadas, e dentre estas, incluiu-se em um mesmo plano a prevenção, a proteção e a promoção da saúde. Ao se discutir as ações de promoção da saúde no PSF, considerou-se a promoção da saúde como o objetivo principal dos profissionais, destacando-a como gênero e, a prevenção, como espécie (SUCUPIRA; MENDES, 2003):

A política de saúde construída no Brasil, a partir do esforço da sociedade em seu processo de redemocratização e que culminou com a Constituição de 1988, tem em seu arcabouço elementos para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção da saúde. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes de descentralização e organização hierarquizada podem ser potencializados a partir do olhar e de ações de promoção da saúde, contribuindo para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a partir deste para a construção de uma ampla aliança nacional tendo como centro a qualidade de vida (BRASIL, 2002a, p. 9).

Buss (2003) afirma que o conceito de promoção da saúde pode ser reunido em dois grupos: o primeiro deles está diretamente relacionado aos comportamentos inadequados de cada pessoa, como o hábito de fumar, a falta de atividades físicas; o segundo, relaciona-se aos determinantes gerais de saúde e às influências que exercem sobre a saúde das populações, atuando como elemento gerador de condições adequadas à saúde, a exemplo de trabalho, da alimentação, da nutrição, da moradia, do estilo de vida, do apoio social, dentre outros.

Ainda a esse respeito, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010b) afirma que a promoção da saúde é:

[...] uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e

tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2010b, p. 10).

Dessa forma, considera-se que promover a saúde é ter que enfrentar questões complexas que permeiam a vida da população. Antes de tudo, é necessário compreender que do ponto de vista experimental “das ciências físicas e biológicas baseadas no positivismo lógico têm que ser acrescidas as metodologias utilizadas nas ciências sociais como a antropologia, a psicologia e a sociologia” (BRASIL, 2002a, p. 15). Dessa forma, promover a saúde exige concentração de esforços dos gestores e agentes sociais de diferentes áreas e disciplinas.

A promoção da saúde é uma estratégia que deve ser estruturada para operacionalizar, de forma articulada às demais políticas, as tecnologias e instrumentos do sistema de saúde brasileiro, para responder às necessidades sociais em saúde da população (BRASIL, 2002a).

A ação da promoção da saúde deve ser amplamente contemplada, uma vez que promover a saúde vai além da prevenção das doenças e da melhora da condição de saúde biológica e mental; supõe também a melhora da qualidade de vida e do bem-estar da população, visando a criação de estratégias que reduzam as situações de vulnerabilidade e estimulem a equidade por meio da participação da sociedade na gestão de políticas, delegando à sociedade a responsabilidade pelo cuidado de si (BRASIL, 2002a).

Toda essa discussão aponta para a necessidade de estratégias e ações na área da saúde que permitam a construção de novos caminhos de enfrentamento tanto para os problemas de simples resolução quanto os de maior complexidade.

Tanto a prevenção quanto a promoção da saúde se inserem em um campo conceitual e metodológico ainda em fase de desenvolvimento e aprimoramento,

trazendo em seu bojo a compreensão sobre os problemas de saúde. O conceito de saúde é amplo, orienta discussões sobre a qualidade de vida da população e pressupõe debates para as resoluções possíveis aos problemas encontrados. Sua potencialidade será alcançada a partir do momento em que houver a participação conjunta de agentes de diferentes áreas; parcerias entre municípios, estados e nações e, sobretudo, com a mobilização da sociedade, na lógica da autonomia entre os envolvidos, sujeitos e comunidades, para reforço do planejamento de ações locais e em outras escalas de ação.

3.1.2 Direito à saúde e cooperação intersetorial, intermunicipal e interdisciplinar

A CF de 1988 garantiu à sociedade diversos direitos, dentre eles, a Seguridade Social e o direito à Saúde. Dentre os diversos capítulos dispostos na CF, ressaltam-se os artigos 196 e 198, que definem o arcabouço de sustentação ao SUS, garantindo a saúde a todos como direito, por meio de acesso universal igualitário no que respeita à oferta de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e, sobretudo, atendimento integral à população (BRASIL, 1988).

Analizando a saúde pela lógica social, Dallari (2002) afirma que

o direito à saúde privilegia a igualdade. As limitações aos comportamentos humanos são postas exatamente para que todos possam usufruir igualmente as vantagens da vida em sociedade. Assim, para preservar-se a saúde de todos é necessário que ninguém possa impedir outrem de procurar seu bem-estar ou induzi-lo a adoecer. Essa é a razão das normas jurídicas que obrigam à vacinação, à notificação, ao tratamento, e mesmo ao isolamento de certas doenças, à destruição de alimentos deteriorados e, também, ao controle do meio ambiente, das condições de trabalho (DALLARI, 2002, p. 59).

Assim, a saúde faz parte do conjunto de direitos sociais e é considerada direito fundamental do cidadão, cuja finalidade é diminuir a desigualdade entre as populações.

O homem é um ser bio-psico-social com diferentes necessidades. Pensar no bem comum dos homens é pensar coletivamente, uma vez que uma única política não

é capaz de garantir e sanar as necessidades sociais. O Estado é responsável por garantir a constituição de uma sociedade diversificada, com olhares diferenciados para as diversas necessidades de provisão: educação, trabalho, habitação, saúde, segurança, dentre outros, pois a vida é tecida por um conjunto de fatores exigindo articulação entre variados saberes e ciências (INOJOSA, 2001).

O conceito de saúde é complexo e, para compreendê-lo, torna-se necessário construir uma visão ampliada, sendo indispensável que os atores envolvidos nesse processo busquem conhecimentos em outras teorias que ultrapassem as políticas sociais. Embora a CF de 1988 tenha sido pensada para atender às necessidades da população, e o texto constitucional contemple o desenho intersetorial, as práticas intersetoriais ainda se configuram como processos inovadores e, em sua maioria, pouco viabilizadas.

A esse respeito, Inojosa (2001) faz a seguinte consideração sobre o conceito de intersetorialidade:

a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Trata-se, portanto, de buscar alcançar resultados integrados visando a um efeito sinérgico. Transpondo a ideia de transdisciplinaridade para o campo das organizações, o que se quer, muito mais do que juntar setores, é criar uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional (INOJOSA, 2001, p. 105).

O Brasil possui uma vasta dimensão continental com características próprias e diversificadas em termos culturais, étnicos, sociais, econômicos, ambientais, de complexidades variadas, o que é desafiador para que os gestores e implementadores de serviços públicos de difícil acesso às populações sejam, de fato, resolutivos, eficientes e com ações humanizadoras.

Nesse sentido, Silva *et al.* (2017) afirmam que os municípios brasileiros, sobretudo os de pequeno porte, enfrentam dificuldades para oferecer serviços de saúde de qualidade à população sobre sua responsabilidade. Com o processo de descentralização proposto pelo SUS, essas dificuldades se agravaram, emergindo a

necessidade de elaboração de estratégias de produção para efetivação das políticas públicas, tais como a cooperação intermunicipal ou de “cooperativismo horizontal”.

A cooperação intermunicipal demonstra ser importante ferramenta para efetivação das ações de saúde nos municípios, pois é capaz de gerar estratégias locais e regionalizadas reduzindo possíveis fraquezas dos governos municipais e fortalecendo sua ação conjunta para atingir objetivos comuns (ABRUCIO, 2017).

As ações de saúde devem ser compreendidas e vislumbradas pela lógica da complexidade e, portanto, torna-se necessária a integração de outras áreas e ciências. O processo interativo e a intensidade das trocas entre as diferentes ciências produzem forças e estratégias para transpor barreiras em termos de resolutividade.

A complexidade do conceito de saúde exige a adoção de novas posturas em relação à produção do conhecimento; o campo da saúde, em especial a área da saúde pública, é demarcado pela correlação de forças de diferentes disciplinas que tentam se articular, sem perder o foco da consciência social e política.

A esse respeito, Scherer e Pires (2009) afirmam que a busca pela resolução de problemas que inquietam a humanidade abre caminho para a interdisciplinaridade, considerada pelas autoras peça-chave para a resolutividade de problemas, pois a utilização dos conhecimentos de diferentes ciências é indispensável para a compreensão dos fenômenos que acontecem no mundo e a intervenção sobre os mesmos.

Assim, vale-se hoje da interdisciplinaridade como meio de aproximar, comparar, relacionar e integrar os conhecimentos e promover uma filosofia de trabalho coerente com as diversas problemáticas interligadas e demandas atuais. De acordo com Japiassu (1976) e Gomes e Deslandes (1994), a interdisciplinaridade se efetiva pela energia das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa. A integração das áreas de conhecimento enriquece e transforma os conceitos, possibilitando rever a *práxis* e a busca de resolução de problemas concretos.

Considera-se que, no âmbito do poder público ou do conhecimento, as iniciativas setoriais não devam ser dissociadas, pois as ações de associação entre as

diferentes políticas sociais e as ciências geram e fortalecem os recursos que serão implementados para pensar e resolver os problemas da sociedade em diferentes territórios. Assim, pode-se promover melhorias às condições de vida da população, possibilitar o acompanhamento das necessidades e a implementação de ações integradas e mais condizentes aos anseios da sociedade, garantir a integralidade da atenção e do cuidado, melhorar o acesso da população e, talvez, assim, obter resultados graduais, mas efetivos no sentido da redução de desigualdades entre os povos.

3.2 Saúde e Território

O conceito de território perpassa por discussões em diferentes áreas do conhecimento, tais como a Geografia, a Antropologia, a Sociologia, a Ciência Política, a Ecologia, a Biologia, a História, entre outras. Cada uma, com suas particularidades, definem território a partir de seus instrumentos de pensamento. Cada ciência atribui ao conceito de território significados próprios na tentativa de compreender e explicar as relações complexas que se estabelecem entre os diferentes atores que nele atuam. A partir dessa compreensão, buscou-se ampliar a conceituação de território no sentido de dialogar com novos autores e incorporar novos conhecimentos ao debate.

É importante considerar a definição original dos termos existentes e a procedência de novos termos que estão sendo incluídos, para que não haja conflitos entre as acepções ou conteúdos teóricos que a eles subjazem.

Schneider e Tartaruga (2004) afirmam que o conceito de território surgiu a partir do pensamento do geógrafo alemão Friedrich Ratzel, considerado pioneiro na conceituação de território durante o processo de unificação alemã que ocorreu por volta de 1871, momento de legitimação da institucionalização da Geografia como Ciência nas variadas universidades da Europa. Os autores complementam que na visão de Ratzel, o conceito de território faz alusão e referencia-se ao Estado–Nação.

Os mesmos autores afirmam, de acordo com o pensamento de Jean Gottmann, geógrafo norte americano, que o conceito de território se modificou. Para Schneider e Tartaruga (2004), o território é um espaço que se caracteriza por sustentar as diversas

relações que se estabelecem entre diversas pessoas, de acordo com as condições geográficas, políticas e econômicas. Complementam que, todavia, no pensamento de Gottmann o território também se refere ao Estado.

Importante ressaltar que o território estatal, como utiliza Gottmann e mesmo Ratzel, não perdeu sua centralidade no cenário mundial, 7 ele é apenas um tipo específico de território. 8 Ao mesmo tempo, em que os múltiplos territórios de pequena dimensão, porém não desprezíveis numericamente, se multiplicam e se fortalecem como sustentáculos para a existência social do indivíduo (SCHNEIDER; TARTARUGA, 2004, p. 5).

Schneider e Tartaruga (2004) consideram que o território pode ser acessado pelas pessoas por diferentes formas, e complementam, ainda, que o território pode se manifestar em múltiplas e diferentes escalas, principalmente quando se pensa em território com flexibilidade e amplitude.

Este autor coloca que a maioria dos territórios tende a ser fixo no espaço, mas alguns podem mover-se – territórios móveis. Além disso, destaca que uma área pode ser utilizada como um território em um momento ou período qualquer e perder esta qualidade em outro. Em outros termos, uma área para ser território necessita de um esforço constante para manter as estratégias para influenciar e controlar o acesso através de seus limites, e quando estas cessam o atributo territorial também cessa. (SCHNEIDER; TARTARUGA, 2004, p. 5).

Schneider e Tartaruga (2004) afirmam que a geografia foi pioneira a utilizar o conceito de território e destacar sua relevância, ressaltando que tal conceito se relaciona com o processo de construção e transformação do espaço geográfico.

Monken e Gondin (2008, p. 4) participam desse diálogo afirmando que o conceito pode ser utilizado em diferentes matrizes geográficas:

Na geografia, pode-se identificar duas grandes matrizes do termo território: a primeira — jurídico-política — deriva da geografia política clássica e estabelece uma ligação vital entre Estado e território; a segunda — etológica — considera que a territorialidade humana é análoga à animal e está na base da constituição de territórios (MONKEN; GONDIN, 2008, p. 4).

Fuini (2014, p. 23) contribui com essa discussão:

Território não apenas se define, mas se compreende a luz dos processos históricos e socioespaciais. E por conta disso o conceito fica exposto a diferentes concepções autorais e dimensões constitutivas. Uma primeira é a que diferencia a concepção materialista do território, identificada com teorias naturalistas (ou etológicas), econômicas e jurídico-políticas; a segunda é a caracterização idealista que compreende processos de apropriação simbólica do espaço como fenômeno territorial construtor de identidade e, a terceira, é a caracterização integradora que reúne todas as dimensões e que concebe o território como definido por relações de poder, multiescalar, híbrido, em rede e indissociável da prática dos grupos sociais.

Para as ciências humanas o território é compreendido como espaço ao qual os seres humanos divididos em diferentes grupos sociais, estabelecem contatos, se relacionam e interagem. Já para as ciências naturais, o território é “identificador do habitat, biomas e/ou ecossistemas para os seres vivos” (LIMA; SILVA; DAL, 2014. p. 4).

Na lógica da biologia naturalista a concepção de território possui relação com a vida das espécies, evidenciado a seguir nos depoimentos de Monken e Gondon (2008, p. 4):

Inspirado nos estudos da biologia dos naturalistas, do final do século XVIII, o território está ligado inicialmente à vida de uma espécie, onde esta desempenha todas as suas funções vitais ao longo do seu desenvolvimento. Assim, tendo como dimensão a vida, enquanto natureza em si, a flora e a fauna, o território liga-se historicamente à noção original do conceito de ambiente e sua relação com a sobrevivência das espécies, ou seja, as condições vitais existentes sobre a superfície terrestre para continuidade da vida.

Percebe-se que ao longo do tempo, o conceito de território como conceito científico passou por diversas transformações. Dentro da Geografia, já constituiu seu principal objeto de estudo e, atualmente, ocupa um importante lugar na base teórica-conceitual do saber geográfico e de outras ciências.

Nos estudos relacionados às áreas da saúde pública, especificamente a ESF, constata-se a incorporação de conceitos da geografia, em especial, o conceito de território, que vem sendo amplamente privilegiado e utilizado nos debates sobre a saúde.

Com a finalidade de expandir os conhecimentos a respeito do conceito, a seguir, outras conceituações de território serão enunciadas, junto aos conceitos derivados de territorialização e territorialidade.

3.2.1 Território, territorialização e territorialidade

A sociedade habita diversos espaços geográficos, tais como, a casa, o local de trabalho, lugar para encontrar os amigos, comprar alimentos etc. Nesses espaços, utilizam diferentes recursos para facilitar sua subsistência. Vivendo em sociedade, o homem necessita se adaptar e acompanhar as transformações que acontecem no mundo contemporâneo, a exemplo de mudanças comportamentais, espaciais, temporais, na morbidade e mortalidade, que podem exercer influências na vida e na saúde das pessoas.

A compreensão sobre o conceito de território torna-se cada vez mais necessária no contexto de um projeto político que tenta alcançar a totalidade em termos de cobertura dos serviços de saúde da população brasileira. Nesse sentido Gondim e Monken (2017. p. 23) afirmam que:

Para compreender saúde e doença, nos âmbitos individual e coletivo, é necessário localizar pessoas, grupos e eventos no tempo e no lugar. Nessa perspectiva, diferentes civilizações, ao longo da história, incorporaram conhecimentos que contribuíram, gradualmente, para explicar as diferentes formas de viver, de adoecer e de morrer de populações. Nesse processo, foi incorporado, no campo da saúde, o conhecimento geográfico com a finalidade de informar sobre a localização e a influência de elementos do terreno e da população que contribuem, positiva ou negativamente, para a ocorrência de eventos de saúde.

Na área da saúde, a discussão sobre território emerge da necessidade de se compreender a relação entre as áreas da geografia, epidemiologia e saúde coletiva, especialmente a partir do olhar dos gestores em saúde, estudiosos em administração dos serviços e, também, dos próprios trabalhadores destes serviços, principalmente os que atuam na linha de frente implementando as políticas públicas em saúde (MONKEN; GONDIN, 2008).

Para Faria (2013), os conceitos de território e território usado estão intimamente ligados ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e atribuem significados às condições sociais da saúde:

[...] as variações nos modos de uso do território determinam as variações nos modos de produção e distribuição da enfermidade. Dessa forma, o ponto de partida para a construção de uma contribuição geográfica à saúde se fez no sentido de entender os usos do território, uma vez que estes se apresentavam para nós como o conteúdo contextual explicativo da doença e da morte. Assim foi feito, e o território passou a ser tomado como o “laboratório diagnóstico” para se entender essas variações espaciais das condições sociais de saúde [...] (FARIA, 2013, p. 9).

O objetivo maior da aproximação entre território e saúde está na prevenção dos riscos e danos à saúde, a partir do diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Dessa forma acredita-se que o território pressupõe limites, organização e participação, onde as trocas e pactuações são elementos que compõem os espaços de saúde e, por conseguinte, atuam na qualidade de vida da sociedade promovendo o bem-estar, tal como afirmam Monken e Gondin (2008).

Para os autores, território é também:

o território suporte da organização das práticas em saúde; - o território suporte da organização dos serviços de saúde; - o território suporte da vida da população; - o território da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem estar; - o território da responsabilidade e da atuação compartilhada (MONKEN; GONDIN 2008, p. 16-17).

Para Sá (2009) o território é base das iniciativas de articulação intersetorial na área da saúde, pois por meio dele, o profissional tem a oportunidade de atuar na identificação de situações que podem deixar a população vulnerável. Portanto, para que tal perspectiva de fato se efetive, considera-se necessário que se compreenda o território na sua totalidade, não apenas como um espaço geográfico físico e material/econômico, mas, sobretudo, com todos os seus sentidos e dimensões simbólicas, que, possivelmente, influenciam os condicionantes de saúde da população. Essa melhor compreensão do território cria possibilidade de definição de estratégias para enfrentá-los.

Monken e Gondin (2008) afirmam que existem vários fenômenos que contribuíram para a compreensão do território na perspectiva da saúde:

Vários motivos podem ter contribuído para este fenômeno. Em primeiro lugar, constata-se que a "Reforma Sanitária Brasileira", em particular o projeto de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), motivou uma reflexão sobre o funcionamento dos serviços e, com isso, de sua base territorial, levando a um maior interesse sobre os critérios de delimitação de territórios para a saúde. É sob essa ótica gerencial que se invoca o conceito de território, concebido, assim, como área político-administrativa, com maior ênfase na repartição do espaço do que nos processos que aí se desenvolvem. [...] Em contrapartida, esta reflexão propiciou a redefinição do próprio conceito de território utilizado nas políticas públicas de saúde, dando lugar a propostas mais amplas do que a de território político administrativo, conferindo-lhe maior densidade teórico-metodológica (MONKEN; GONDIN, 2008, p. 15).

Infere-se que a definição de saúde realizada pela Carta de Ottawa (1986) favoreceu a aproximação da área da saúde como o campo da geografia, uma vez que tal definição leva à ideia de totalidade, que é um conceito fundamental para compreensão de território usado:

As condições e requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social, e equidade. Qualquer melhoria da saúde há de ter como base, necessariamente, estes pré-requisitos. Para alcançar um estado de bem-estar físico, mental e social, um grupo deve ser capaz de

satisfazer suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Na área da geografia, Milton Santos possui vasta produção teórica que se tornou destacada no campo das ciências da saúde, com forte aderência à área da saúde pública, sobretudo no campo da Epidemiologia (SILVA, 1985). Sua teoria também se difundiu no campo do planejamento territorial, trazendo significativas contribuições.

Faria e Bortolozzi, (2016) corrobora dizendo que, a partir das definições de território enunciadas por Milton Santos, foi possível compreender as dinâmicas que nele acontecem e, por conseguinte, a elaboração de propostas de implementação de sistemas de saúde local. Destas, surgiram as primeiras propostas de territorialização no país e, por meio da criação do SUS, na década de 1980, foram introduzidos os serviços de saúde em diferentes territórios (FARIA; BORTOLOZZI, 2016).

A esse respeito Backschat e Lanza (2014) afirmam que o SUS foi implementado com a finalidade de criar estratégias de organização da saúde nos territórios, tal como evidenciado a seguir:

O Sistema Único de Saúde – SUS - implantado em todo território nacional, está organizado sobre uma base territorial reorganizando todo o modelo de atenção à saúde nos últimos anos. Apesar das diversas nomenclaturas utilizadas para as diferentes configurações espaciais, aproximar e conhecer o território tem se tornado fundamental para as equipes de saúde e gestores municipais quando se trata da organização dos serviços e ações de saúde (BACKSCHAT; LANZA, 2014, p. 1-2).

Ainda a esse respeito, Gondim e Monken (2017, 32) fazem a seguinte afirmativa:

Com a implantação do SUS, nos anos 1990, consolidam a orientação do funcionamento e a organização de rede de serviços de saúde de base territorial, para atuação junto à população, firmando critérios de delimitação de áreas para a saúde. Na perspectiva não só de ampliar essa ótica gerencial de organização dos serviços e a repartição do território por meio da definição de áreas político-administrativas para

uso e controle da saúde, mas também de incorporar as múltiplas dimensões de território (política, econômica, social, cultural, sanitária).

Compreende-se que as dinâmicas estabelecidas nos diferentes territórios definem as necessidades da população que neles se insere. Na área da saúde, o que delinea o modelo de saúde e da vigilância em saúde é seu construto operacional para atender os problemas de saúde da sociedade. A aproximação entre os conceitos de território e saúde tornou-se desafiadora para os gestores em saúde, pois, a dimensão territorial possui relevância no processo de identificação dos determinantes sociais de saúde, conforme se evidencia a seguir:

No campo da saúde, a dimensão territorial também tem uma relevância na medida em que procura aproximar-se dos lugares onde as pessoas vivem procurando conhecer os determinantes sociais no processo de saúde e doença e organização dos serviços de saúde (BACKSCHAT; LANZA, 2014, p. 1-2).

Na área da saúde pública, o território é o local onde as ações são desenvolvidas, onde se materializam as diferentes histórias de vida e as configurações espaciais singulares onde se insere as populações, compatíveis com a organização político-administrativa e institucional para os serviços (MONKEN; GONDIN, 2008).

Luiz Jacinto Silva (1985) participa desse debate afirmando que a área da saúde, especificamente a Epidemiologia, mudou seu olhar em relação à sua maneira usual de análise centrada na doença para compreender as condições que contribuem para que elas ocorram relacionadas ao meio ambiente, ao território. Isso permite melhor compreensão sobre os diferentes processos de ocorrência e distribuição das enfermidades nos territórios.

A ESF planeja o território de atuação para os profissionais, e esse planejamento de território é denominado territorialização, ou seja, separa-se, por meio de cadastros, as micro áreas, juntamente à população que se vinculará à área de abrangência,

permitindo a elaboração de estratégias para o desenvolvimento da atenção integral à população.

O território micro-área é uma subdivisão do território-área sob a responsabilidade da equipe de saúde e atualmente é usado na Saúde da Família. Normalmente é assimétrico, delimitado segundo a concentração de grupos populacionais mais ou menos homogêneos de acordo com as condições objetivas de existência. Nele se localizam os domicílios, ou territórios-moradia, que é o local, espaço da vida, que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoa, sendo o lócus para o desencadeamento de ações de intervenção (BACKSCHAT; LANZA, 2014, p. 10).

Nessa modalidade de atenção, a gerência do território deve ser exercida por profissionais com perfil de liderança. A equipe que atua na ESF realiza atividades de gerenciamento do território. Essas atividades realizadas pelos profissionais possuem caráter transformador e democrático. Como se percebe, essa modalidade de atenção à saúde se constitui por meio de bases organizativas dos processos de trabalho dentro dos sistemas locais de saúde. Essa prática exige antes de tudo o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, uma vez que estes materializam, de diferentes formas, as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na intersetorialidade (ALBUQUERQUE, 2006).

A área da geografia tornou-se importante domínio do conhecimento instrumental para a área da saúde, precisamente no que se refere à análise do território, conforme ressaltou Renata Dias Junqueira (2009, p. 8):

Para a Geografia da Saúde a abordagem de Santos se tornou importante assim que as análises das doenças ou causas que levam as doenças passaram a ser relacionadas, não apenas a fatores biológicos ou climáticos, mas com os fatores socioeconômicos, as condições de trabalho, a idade, os recursos aplicados na melhoria da saúde pública, seu planejamento, a qualidade de vida e outros aspectos tão importantes e que às vezes não eram levados em conta.

Ainda a esse respeito, Guilherme Otávio Gallo e Gabriella Carvalho (2011, p. 8) afirmam que:

A Geografia da Saúde visa contribuir na análise do espaço considerando suas dinâmicas, na ampliação de conhecimento sobre o habitat, na caracterização de ambientes degradados que podem propiciar eclosão de epidemias e otimizar processos de prevenção e combate aos problemas de saúde, como por exemplo o sensoriamento remoto e o geoprocessamento que contribuem no monitoramento e vigilância do território a ser analisado. Tratando da visão social, a Geografia da Saúde dá base para estudos que visam o mapeamento dos serviços de saúde ofertados e sua relação com os que fazem uso desses serviços, o que resulta em mapas de localização de núcleos de atendimento, abrangência dos serviços e localização dos pacientes visando o acesso ao atendimento.

De acordo com Raul Borges Guimarães (2005), atualmente a Geografia busca relacionar os diferentes fatores que podem exercer influências na ocorrência de patologias, o que permite a elaboração de estratégias de combate e erradicação de doenças. A geografia da saúde tem como intuito apontar as causas e os focos que possam desencadear doenças, por meio dos denominados “mapas inteligentes”, permitindo que os profissionais que implementam as políticas públicas de saúde tenham visão panorâmica e, ao mesmo tempo, detalhada sobre o território em que os serviços de saúde estão sendo implantados.

Como se percebe, a área da saúde apropriou-se de conceitos da Geografia, mais especificamente da Geografia da Saúde, com a finalidade de encontrar metodologias que abarquem o tratamento das problemáticas da saúde, ligadas aos processos e às dinâmicas sociais que se desenvolvem nos territórios. Por muito tempo, o termo saúde esteve ligado apenas ao conceito de doença e à ausência de doença. Porém, novos estudos foram realizados caracterizando a saúde em perspectiva mais ampla, como um processo de bem-estar físico-psíquico e social. Atualmente enfatiza-se também a qualidade de vida da população e o ambiente em que se insere.

O território está em constante transformação e, por conta disso, se apresenta instável. Ele possui caráter dinâmico, por ser construído e desconstruído constantemente. Suas características são definidas pelo ritmo dos processos sociais de produção e circulação. O território deve ser entendido a partir de seu fator relacional, pois traz em seu escopo a ideia de movimento, fluidez e conexão entre as

diferentes dimensões sociais, sejam elas políticas, econômicas, culturais etc. (HAESBAERT, 2004). O conceito de território em Haesbaert (2004) distancia-se das ideias de enraizamento, estabilidade, limite e/ou fronteira tradicionalmente associado ao mesmo.

O mesmo autor complementa que os territórios se organizam por diferentes combinações de elementos funcionais e simbólicos. Afirmar que os homens realizam suas ações e produzem significados em relação ao seu território. Por isso, o território deve ser considerado na acepção de proteção, abrigo (lar) ou, ainda, como fonte de recursos naturais e sociais para o desenvolvimento (HAESBAERT, 2004).

Marco Aurélio Saquet (2007) considera importante compreender as dinâmicas que acontecem no território e diz que a compreensão dessas dinâmicas é necessária para melhor compreensão da sociedade. Os territórios são concebidos e apropriados por meio de acordos e/ou conflitos, interesses socioeconômicos e culturais. O território expressa, de maneira geral, a relação dos indivíduos com a natureza, a sociedade, a economia, a política, a cultura, as identidades e as representações coletivas.

Entender o território pressupõe compreender as dinâmicas que nele acontecem. É necessário, portanto, observá-lo e analisá-lo por diferentes ângulos, com lentes que permitam verificar as relações que nele se estabelecem. Dessa forma, torna-se possível desvendar os diferentes interesses de diversos agentes sociais que se relacionam entre si. Nessa perspectiva, Diego Salvador (2009) afirma também que o território deve ser compreendido na sua dimensão social, uma vez que guarda,

em si, as marcas do trabalho humano, das relações de poder dos homens entre si e com o meio circundante. Além disso, o território usado também revela as ações estatais que são postas em tela em diferentes contextos, privilegiando, geralmente, os interesses das classes hegemônicas (SALVADOR, 2009, p. 112).

Nas falas de Spósito (2004, p. 111), “o conceito de território é constantemente confundido com o de espaço por aqueles que ainda não debruçaram em leituras mais profundas”. Santos e Silveira (2001, p.19) compartilham dessa discussão afirmando que “a linguagem cotidiana frequentemente confunde território e espaço”.

Diego S. Candido de Oliveira Salvador (2009) complementa que o território pode ser entendido como sinônimo de espaço habitado pelo ser humano, onde ocorrem as relações, os usos e as disputas de poder.

Milton Santos (1994) complementa que o território usado é coincidentemente material e social, composto por um diálogo com o espaço geográfico. O território-forma é, portanto, o espaço material e o território usado é o espaço material mais o espaço social. O território usado se constitui a partir do território-forma e seu uso, por meio da apropriação, produção, ordenamento e organização, e das relações entre os diferentes atores que nele atuam incluindo o próprio Estado, além dos cidadãos.

A respeito de território usado, Almada (2014, p. 3) faz a seguinte afirmação:

Ao pensarmos na semântica do termo “território usado” temos o verbo “usar” que subentende algum objeto e alguma ação, estabelecendo uma ordem de acontecimentos, pois, quem usa, usa alguma coisa de algum modo para alguma finalidade.

Para Santos (1996) o território possui fluidez e, constantemente, pode ser alterado; portanto, compreendê-lo na lógica social não é simplesmente compreendê-lo como território em si, formas, mas a partir de seu uso.

Desta forma, cabe aqui a seguinte inferência sobre o território: ele pode ser considerado o ambiente vivo, local dinâmico onde as diferentes relações acontecem com certa frequência, sejam elas ligadas aos usos sociais do mesmo, sejam elas relações de disputa ou poder, o que se evidencia no discurso de Sandro Pereira Silva (2013):

A partir desse debate, pode-se estabelecer uma definição sintética de território como um espaço de construção social e poder instituído, porém não imutável, caracterizado por recursos físicos específicos, naturais e industriais, e por valores históricos e culturais que estabelecem elementos de identidade aos sujeitos que nele habitam. Considera-se também que o território é formado tanto por lugares contíguos (relações de vizinhança) como por lugares em rede (processos sociais que ligam lugares diferentes). Sob este

entendimento, o território constitui uma base flexível sobre a qual agem distintas forças endógenas e exógenas, de maneira que ele se encontra continuamente submetido a relações de poder – conflitivas ou cooperativas – nos processos históricos de apropriação e dominação do território, bem como a pressões por mudanças, que podem implicar expansão ou deslocamento (SILVA, 2013, p. 14 -15).

Salvador (2009, p. 125) diz que “território usado é síntese histórica de investimentos sociais e condição da *práxis* criadora. O uso do território faz com que esse não seja apenas condição de ação tática e estratégica, mas também uma dimensão da experiência humana”.

Entende-se, portanto, que o território dá sustentação a um conjunto de esquemas de compreensão e percepção, não dependendo apenas da vontade de transformá-lo, pois inclui a luta das pessoas pelo amplo direito à saúde e comporta influências da sociedade ou grupo de pessoas que detêm o poder de influenciar e/ou controlar determinada área, constituindo-se, assim, a territorialização (ALBUQUERQUE, 2006).

A territorialização é considerada um importante instrumento de organização da vida das pessoas, aqui, no aspecto das condições de saúde. Por meio dela é possível conhecer as implicações sobre o processo de saúde e doença na vida das pessoas e, ainda, prever as ações de saúde que serão implementadas sobre uma base territorial, territórios previamente delimitados, representativos da distribuição populacional (FARIA, 2013).

A esse respeito Faria e Bortolozzi (2016, p. 304) afirmam que:

O conceito de território em Milton Santos foi amplamente incorporado nas propostas de territorialização dos serviços de saúde do SUS. A descentralização dos serviços, associada à progressiva municipalização da gestão, colocou a necessidade de uma política sistematizada de planejamento territorial.

Gondim e Monken (2017, p. 36) consideram a territorialização como Processo pelo qual populações, pessoas, grupos, organizações e instituições se fixam em um

espaço, “em determinado tempo (espaço temporal), e no qual organizam e estabelecem relações sociais que possibilitam criar identidade, vínculo e pertencimento ao lugar”.

Os mesmos autores afirmam ainda que:

A territorialização em saúde pressupõe análise de contextos, o que impõe desenvolvimento de estratégias de investigação e elaboração de instrumentos de coleta de dados para a realização de diagnóstico, de planejamento, de intervenções sanitárias e consiste em: • coleta e análise sistemática de dados e produção de informações (social, econômica, política, cultural, epidemiológica, sanitária e do sistema de saúde); • localização e distribuição de riscos, vulnerabilidades e potencialidades de territórios (GONDIM; MONKEN, 2017, 37).

Gondim e Monken (2017) consideram que os elementos acima citados possibilitam a compreensão das dinâmicas da sociedade nos territórios, ou seja, permite compreender como as pessoas vivem, circulam, trabalham, adoecem e morrem, eventos que podem agilizar e facilitar a tomada de decisão por parte dos gestores e trabalhadores de saúde no que se refere à elaboração e implementação de estratégias que busquem melhoria das condições de saúde da população, no âmbito individual e coletivo.

Essa relação dos indivíduos com o território expressa pelo comportamento remete a outro significado importante denominado territorialidade. Na concepção de Lucas Fuini, a territorialidade engloba a relação do território com “aquilo que fixa o homem aos lugares e aquilo que os impele para fora do território (entre o fixo e o móvel; entre o que dá segurança e o que projeta a liberdade)” (FUINI, 2014, p. 229).

RAFFESTIN (1993, p. 159) define territorialidade como “a conduta característica adotada por um organismo para tomar posse de um território e defendê-lo contra os membros de sua própria espécie”. O autor entende, ainda, que a territorialidade vai além da simples relação do homem com o território, abarcando a relação social entre os sujeitos.

Para Raffestin (1993), os seres humanos vivem, simultaneamente, os processos e produtos territoriais a partir dos diferentes processos de relações

existenciais e/ou produtivas. Em sua visão, essas relações denotam a ideia de poder, pois, podem produzir transformações nas relações de poder diante da natureza ou nas relações sociais, podendo proporcionar também modificações nos próprios atores sem que eles as percebam. Para ele a territorialidade deve ser compreendida como:

[...] um conjunto de relações que se originam num sistema tridimensional sociedade-espaco-tempo em vias de atingir a maior autonomia possível, compatível com os recursos do sistema. [...] essa territorialidade é dinâmica, pois os elementos que a constituem [...] são suscetíveis de variações no tempo. Essa territorialidade resume de algum modo, a maneira pela qual as sociedades satisfazem num determinado momento, para um local, uma carga demográfica num conjunto de instrumentos também determinados, suas necessidades em energia e em informação (RAFFESTIN, 1993, p. 160-61).

Ferreira, Penteado e Silva Junior (2013, p. 812) afirmam que:

[...] o conceito de território possui outros significados, na medida em que múltiplos poderes determinam múltiplas territorialidades que se sobrepõem e convivem exprimindo a relação que um grupo mantém com uma porção do espaço. Entretanto, [...] pode ser observado a partir das relações que o compõem e o transformam em território. Estas características ganham importância quando se menciona a possibilidade de haver: um território fruto de uma mistura de identidades ou ainda da sobreposição de identidades, organização social das ações manifestadas no cotidiano hospitalar, e a organização dos pensamentos e desejos que as diferentes identidades estabelecem no território em que manifestam sua territorialidade. [...] então, [...] o território [...], é a expressão concreta e abstrata do espaço apropriado, produzido, formado em sua multidimensionalidade, pelos atores sociais que o (re)definem constantemente em suas cotidianidades, num campo de forças relacionalmente emaranhado por poderes nas mais variadas intensidades e ritmos.

Assim, a compreensão ampliada de territórios e contextos socioculturais correspondentes está diretamente interligada à capacidade e às habilidades que os profissionais implementadores das políticas públicas de saúde desenvolvem ou podem desenvolver em suas atividades nos diferentes territórios. As estratégias de aperfeiçoamento dos serviços e da própria política de saúde exigem um reconhecimento das interfaces entre saúde, sociedade e território, em seus padrões

complexos e dinâmicos de transformação pela ação do próprio ser humano que ora é produtor, ora produto do território.

Infere-se que o território em saúde e as políticas de saúde pública são elementos interligados que contribuem para a redemocratização da sociedade, pois contêm as possibilidades de seu fortalecimento, uma vez que interferem nas diretrizes e decisões que possam garantir o exercício da cidadania às populações em todo o país.

O processo de territorialização assume papel relevante para o fortalecimento do sistema de saúde, por se tratar de uma dimensão articuladora da política e metodologia de organização de gestores e profissionais. Aqui reside o grande potencial de aprimoramento das análises e da própria política de saúde, no caso, considerando a ESF, particularmente.

Desta forma, cabe aqui inferir que o território é considerado objeto de construção social e política, tal como reforça o entendimento de Silva (2013, p. 14-15a):

A partir desse debate, pode-se estabelecer uma definição sintética de território como um espaço de construção social e poder instituído, porém não imutável, caracterizado por recursos físicos específicos, naturais e industriais, e por valores históricos e culturais que estabelecem elementos de identidade aos sujeitos que nele habitam. (...) Sob este entendimento, o território constitui uma base flexível sobre a qual agem distintas forças endógenas e exógenas, de maneira que ele se encontra continuamente submetido a relações de poder – conflitivas ou cooperativas – nos processos históricos de apropriação e dominação do território, bem como a pressões por mudanças, que podem implicar expansão ou deslocamento.

3.2.2 Conceitos normatizados de território e região de saúde

Em consulta ao Decreto 7.508/11 (Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), no Art. 2º considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; (BRASIL 2011b).

Analisando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) constata-se que a Saúde da Família é entendida como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo, reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais. A Política ressalta a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017).

No que diz respeito às diretrizes da Atenção Básica, destaca-se, inicialmente, a regionalização e hierarquização, associadas aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e às regiões de saúde, entendidas, estas, como

um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos (BRASIL, 2017).

Além disso, a territorialização e adstrição constitui outra diretriz da Atenção Básica no sentido de

permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele (BRASIL, 2017).

Entende-se, então, o território como “a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, os territórios são destinados a dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas (BRASIL, 2017).

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se preocupe com a definição de território e territorialização.

A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc. Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo (BRASIL, 2017).

Entende-se, assim, que a territorialização e os territórios, nos termos da PNAB, são unidades de planejamento e desenvolvimento das ações que possibilitam acompanhamento e avaliação de seus impactos “nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade” (BRASIL, 2012, p. 20).

Em relação à ESF, percebe-se a preocupação em operacionalizar o conceito de território sem que se discutam, no entanto, os seus múltiplos sentidos. Dessa forma, ao se considerar determinado local definido pelas equipes da ESF, compreende-se que se trata de uma configuração territorial à qual foram incorporados atributos e significados. Essas características naturais elaboradas pelo homem dão sentido ao ambiente, que, por sua vez, podem exercer influências no processo saúde-doença da sociedade como um todo. Pereira e Barcellos (2006) reconhecem que a

busca de compreensão da relação dos homens com o território seria um passo importante para a incorporação de conceitos da geografia nas práticas da ESF. Assim, considera-se que “o território, nesse caso, seria mais do que um depositário de atributos da população; seria também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada” (SANTOS; RIGOTTO, 2011, p. 393).

3.3 A Perspectiva Teórica das Representações Sociais

3.3.1 Representações sociais: origens, conceitos e processos geradores.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) e os fenômenos que se associam a este campo das representações são igualmente complexos, por envolver ações de diferentes atores e cenários. Após décadas da publicação da obra de Serge Moscovici, denominada *La Psychanalyse, Son Image et Son Public* (1961), a TRS mostrou-se importante ferramenta de entendimento da sociedade, pois vem se adequando às complexidades dos fenômenos sociais da contemporaneidade e na vida das pessoas (PATRIOTA, 2007).

Com essa especificidade teórica torna-se difícil encontrar uma definição sem ambiguidade sobre a TRS. A esse respeito, Chamon e Chamon (2007) afirmam que não se deve buscar uma única definição em relação às Representações Sociais (RS) e sim, pistas ou “elementos de definição” que possam auxiliar na compreensão desse conceito, pois cada um dos elementos ilumina o conceito sob um ângulo diferente e revela uma nova faceta.

A TRS emerge no campo da Psicologia Social, por meio de um trabalho realizado por Moscovici (1978), que se baseou nos escritos de Durkheim, autor das Representações Coletivas (RC) (PINHEIRO FILHO, 2004).

Na concepção de Durkheim, a RC, traduz o consenso, ou seja, o modo como um determinado grupo se percebe mediante as relações e os objetos. Por meio dessa teoria é possível compreender como a sociedade representa a si própria e ao mundo que a cerca. Portanto, o que deve ser considerado é a natureza da sociedade e não apenas dos indivíduos, uma vez que é por meio das ações coletivas que as pessoas

decidem o modo de agir, pensar ou sentir, apresentando-se como um produto que engloba espaço e tempo (PINHEIRO FILHO, 2004; DURKHEIM, 2007).

Ainda a esse respeito, Arruda (2002) faz a seguinte afirmação em relação às RC:

As representações coletivas em Durkheim apresentavam razoável estabilidade e um relativo estancamento no tocante às representações individuais, configurando-se em algo semelhante ao *group mind*, como diria Moscovici. Consistiam em um grande guarda-chuva que abrigava crenças, mitos, imagens, e também o idioma, o direito, a religião, as tradições (ARRUDA, 2002, p. 134).

Arruda (2002) afirma que tal conceito, considerado lacônico e amplo foi, portanto, negligenciado pelos estudiosos:

[...] tal abrangência tornava, porém, o conceito pouco operacional. Apesar do seu interesse teórico, ele foi deixado de lado pela própria sociologia. A antropologia e, mais recentemente, a história das mentalidades abraçaram o conceito de representação, colocando sobre ele o foco do simbólico, por parte da primeira, e da memória, por parte da segunda. Tratava-se, note-se bem, de uma aplicação da noção em plagas distantes ou tempos passados. Graças a ela, o conceito sobreviveu e atestou seu interesse para as ciências humanas. Mas não foi além de um conceito, e permaneceu a lacuna no que se refere ao aqui e agora (ARRUDA, 2002, p. 134-35).

Serge Moscovici (1978), um dos pioneiros a estudar a TRS, não a considera um modelo, tampouco um padrão de análise, ressaltando que, muito embora possua sentido mais amplo, não é menos limitante. Para Moscovici a compreensão da RS depende da ampliação dos olhares de quem a estuda, pois só assim será possível visualizar os diferentes ângulos e contextos sociais aos quais as relações acontecem (PHILOGENE, 2011).

Moscovici propôs a adoção de novas posturas para estudos relacionados às RC, cuja finalidade era preencher as lacunas existentes (ARRUDA, 2002):

Moscovici vai proceder à remodelagem do conceito durkheimiano e assim buscar preencher essa lacuna. Ele caminhou guiado pela necessidade de atualizar o conceito, trazê-lo para as condições de hoje, de sociedades contemporâneas imersas na intensa divisão do trabalho, nas quais a dimensão da especialização, bem como a da informação tornaram-se componentes decisivas nas vidas das pessoas e dos grupos. Atualizar significava, ao mesmo tempo, tornar o conceito operacional para ser aplicável em sociedades com essas características, sociedades em que a velocidade da informação não lhes outorga o tempo de sedimentar-se em tradição, na quais se impõe um processamento constante da novidade, nas quais se conhece por delegação, uma vez que ninguém tem acesso a todo o saber (ARRUDA, 2002, p.135).

Embora encontre-se na literatura relatos que a TRS tenha sua origem no seio da psicologia social, nota-se que ela não está restrita apenas a esse campo de conhecimento; ao contrário, seu conceito tem sido debatido e pesquisado sobre o olhar de estudiosos de diversos campos do conhecimento (EICHER, *et al.*, 2011).

A TRS permite a articulação entre as diversas ciências humanas e sociais, uma vez que, por meio das Representações Sociais (RS), é possível estudar a relação dos mecanismos sociocognitivos do pensamento social, como a ideologia, a linguagem, os signos, significados e o imaginário, considerada campo fértil de pesquisa para essas áreas do conhecimento (JODELET, 2001).

Moscovici (1978) recorreu a vários outros teóricos para subsidiar a construção do saber prático relacionado à TRS, como Piaget (importante pesquisador de educação e pedagogia, que se especializou em psicologia), Lévy-Bruhl (filósofo, nomeado à cátedra de história da filosofia moderna) e Freud (fundador da Psicanálise). Na atualidade, percebe-se que estudos relacionados às RS alcançaram as áreas da antropologia, sociologia, ciências políticas, linguística, saúde, educação, história, comunicação, serviço social, dentre outras (ARRUDA, 2002; ALMEIDA, 2009).

Assim, sobre a ótica de Moscovici, a TRS apresentou-se como opção inovadora para estudiosos das diversas áreas e ciências, pois contribui para a compreensão e construção do conhecimento e do pensamento sobre o senso comum, em especial no conjunto de elementos que contribuam para compreender as interações sociais que se desenvolvem em contextos contemporâneos (ALMEIDA, 2009).

Ainda a esse respeito, Patriota (2007) faz a seguinte consideração sobre a TRS:

É um campo de estudo que surge de uma crítica que tenta romper com a forma de pensamento tradicional e hegemônico fortemente presente na América do Norte e Grã-Bretanha, que concebia o sujeito separado do seu contexto social. Essa postura crítica assumida por Moscovici constitui o ponto de partida para construção da nova teoria, que afirma não existir separação entre o universo interno do indivíduo e o universo externo a este. A teoria propõe uma articulação entre o psicológico e o social, considera inseparáveis sujeito, objeto e sociedade (PATRIOTA, 2007, p. 1).

Para Moscovici (2003), a formação das RS constitui-se de percepções individuais permitindo determinar a forma pela qual é possível interpretar os propósitos do pensamento social; para o autor o individual e o social são indissociáveis, onde todo conhecimento é construído a partir de experiências que as pessoas experimentam ao longo de suas histórias em seus contextos culturais (MOSCOVICI, 2011).

A TRS é utilizada quando se pretende compreender aquilo que faz parte do senso comum. Moscovici utilizou-a porque desejava tornar a Psicologia Social menos individualista, valorizando o fenômeno social, de uma forma mais flexível e dinâmica frente a realidade humana (RUCHDESCHEL, 2019).

A RS é um conceito relevante a ser utilizado como recurso metodológico, pois pode ser aplicado em diferentes contextos. É uma importante ferramenta a ser utilizada quando se pretende investigar e obter respostas relacionadas às questões sociais específicas de um determinado grupo ou população; contribui na compreensão de eventos sociais, principalmente quando o pesquisador busca entender os motivos pelos quais as pessoas pensam, o que pensam e como agem (OLIVEIRA; PERES, 2009).

Os processos de ancoragem e objetivação são considerados elementos geradores de representações, como ressaltam Oliveira e Peres (2009):

Para assimilar o não familiar, há dois processos geradores de Representações Sociais: o processo de ancoragem e o processo de objetivação. Por meio da ancoragem, o indivíduo classifica uma pessoa, ideia ou objeto de modo que se encaixe em algo familiar. Se algo não se encaixa, faz com que entre em determinada categoria para ser codificado. Por meio da objetivação, o indivíduo procura mudar uma ideia para uma imagem que passa a ser cópia da realidade, próprio da vida em sociedade (OLIVEIRA; PERES, 2009, p. 41).

Para Moscovici (2011), ancoragem significa classificar algo ou alguma coisa que ainda não está classificada, que são estranhas ou ameaçadoras. Dessa forma, para o autor, o processo de ancoragem possibilita tornar familiar aquilo que não nos é familiar. A partir desse processo, a representação passa a ser exequível e o objeto passa a ser comum, conhecido e não mais estranho.

Santos e Valente (2012) participam desse debate fazendo a seguinte afirmação a respeito da ancoragem:

[ancoragem] é classificar, dar nome a algo, é tornar conhecido algo desconhecido ou, ainda como um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que seja mais apropriada (SANTOS; VALENTE, 2012, p.180).

Cabe aqui um exemplo para elucidar o conceito de ancoragem. De acordo com Santos e Valente (2012), o aparecimento e o crescimento rápido da Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS), em meados da década de 1980, foi um processo assustador, de difícil compreensão e classificação para toda sociedade. Esta se valeu do senso comum para classificá-la; a ancoragem da doença como uma epidemia foi o meio que se utilizou para a compreensão dos riscos e ameaças que tal doença ocasionava à população.

Em relação ao processo de objetivação, ela ocorre com a transformação de um determinado conceito em imagem, deixando-o mais explicativo, uma vez que se desloca do abstrato para o concreto ou do imaginário para o real. Sobre o conceito de objetivação, Chamon e Chamon (2007) explicam da seguinte forma:

A objetivação é o processo que torna concreto o que é abstrato, que materializa a palavra, que transforma o conceito em objeto e os torna intercambiáveis. Na realidade, ela substitui o conceito pelo que é percebido, o objeto pela sua imagem, a imagem tornando-se o objeto e não sua representação. A imagem é sempre uma simplificação, necessariamente deformada, do conceito que lhe deu origem. (CHAMON; CHAMON, 2006, p. 23).

Trindade, Santos e Almeida (2014, p. 145) enfatizam, a respeito do conceito de objetivação, que ele “transforma um conceito em imagem de uma coisa, retirando-o de seu quadro conceitual científico. Trata-se de privilegiar certas coisas em detrimento de outras, simplificando-as”. Tal processo de transformação acontece a partir daquilo que é novo e ainda abstrato, modificando-o em imagem concreta e significativa. Todo esse processo acontece a partir daquilo que o sujeito tem como familiar.

Por meio do processo de objetivação, torna-se possível compreender que as influências dos mecanismos sociais transformam o abstrato em quase concreto. Os objetos e ideias não familiares se tornam palpáveis em formas de compreensão, tornando aquilo que antes era mental em algo quase tangível (MOSCOVICI, 2011).

Nova e Machado (2014) fazem a seguinte afirmação sobre o processo de objetivação:

No processo de objetivação ocorrem, simultaneamente, a classificação ou seleção, a formação de um núcleo figurativo e a naturalização. A seleção é responsável por elencar informações ou elementos referentes ao objeto a representar. Essa seleção não é realizada de maneira arbitrária, mas sofre influências de critérios socioculturais e normativos (NOVA; MACHADO, 2014, p. 96).

Chamon e Chamon (2007) complementam que os processos de objetivação e de ancoragem são aspectos das RS e que podem ser compreendidos da seguinte forma: a “objetivação cria a realidade em si e, a ancoragem, lhe dá significação” (CHAMON; CHAMON, 2007, p.), muito embora os dois processos pareçam opostos, eles se complementam.

Vieira (2010) e Emiliani (2009) afirmam que a TRS norteia e direciona a ação do cotidiano, uma vez que, por meio dela, é possível obter conhecimentos sobre as questões desenvolvidos nas práticas e nos costumes entre os grupos sociais e que, por meio desses conhecimentos, torna-se possível conhecer, prever eventos e orientar comportamentos das pessoas nos grupos sociais aos quais se inserem.

Dias *et al.* (2012) demonstraram que o estudo das RS é essencial para a percepção de duas realidades: quando se apresenta na condição de produtos, as RS configuram-se como construtos mentais demarcados pela estrutura psíquica das pessoas; e quando se apresenta na condição de processos sociais, as RS são definidas pela estrutura social. Para Moscovici (2011), essas realidades demonstram que as pessoas não são receptoras passivas nem estanques; ao contrário, frequentemente procuram se reestabelecer, se reorganizar frente as realidades que enfrentam, passando pelo processo de transformação que vivenciam, ou seja, recebem o novo ou o diferente e o transformam em algo conhecido que concilie e se conecte com seu mundo e sua forma de compreensão.

A RS é a maneira de se interpretar determinada situação ou realidade cotidiana. Por meio dela, torna-se possível a familiarização com situações a partir de experiências de dois ou mais sujeitos ou grupos. Dessa forma, cabe aqui inferir que o social interfere nas RS, uma vez que as relações interpessoais, culturais, valores, ideologias, símbolos são elementos que podem exercer influências significativas sobre o contexto em que as pessoas se inserem. Em resumo, o estudo das RS é “conhecimento prático, que dá sentido aos eventos que são normais, forja as evidências de nossa realidade consensual e ajuda a construção social de nossa realidade” (SEGA, 2000, p. 128-129).

Ainda a esse respeito, Segal (2000, p. 129) afirma que:

A representação é sempre a atribuição da posição que as pessoas ocupam na sociedade, toda representação social é a representação de alguma coisa ou de alguém. Ela não é cópia do real, nem cópia do ideal, nem a parte subjetiva do objeto, nem a parte objetiva do sujeito, ela é o processo pelo qual se estabelece a relação entre o mundo e as coisas.

Para Jodelet (1986), a RS está interligada ao processo de interação social e, principalmente, às situações a partir das quais os conhecimentos científicos podem propagar. Em sentido mais amplo, a autora ressalta que a RS pode ser considerada como forma de pensamento social que, por sua vez, pode ser vislumbrado como a realidade, expressa por diversas pessoas dos diferentes segmentos de um grupo ou sociedade, e esses significados viabilizam a constituição de pontos de vistas comuns.

Morera *et al.* (2015) faz a seguinte consideração a respeito da RS:

A Representação Social é o reflexo das relações complexas, reais e imaginárias, objetivas e simbólicas que o sujeito mantém com o objeto. Essas relações fazem da representação um sistema simbólico organizado e estruturado, cuja função primordial é a apreensão e o controle da realidade, permitindo sua compreensão e interpretação (MORERA *et al.*, 2015, p.1160).

Spink (2011) considera a RS um recurso pelo qual as pessoas interpretam a realidade. Além de nortear as relações entre os indivíduos e o seu entorno físico e social, a RS torna possível conhecer os comportamentos, as condutas e práticas pessoais. Enfim, a RS orienta as ações e as relações sociais que se estabelecem, transforma a realidade, estabelece um conjunto de antecipações e expectativas.

Moscovici (1978, p. 26) corrobora com as afirmações do parágrafo anterior definindo a RS como “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”. O autor afirma que, na prática, a RS orienta as relações interpessoais, as relações com o mundo e com os outros. Para Jodelet (2001), a RS contribui para a constituição de uma realidade consensual de um grupo social.

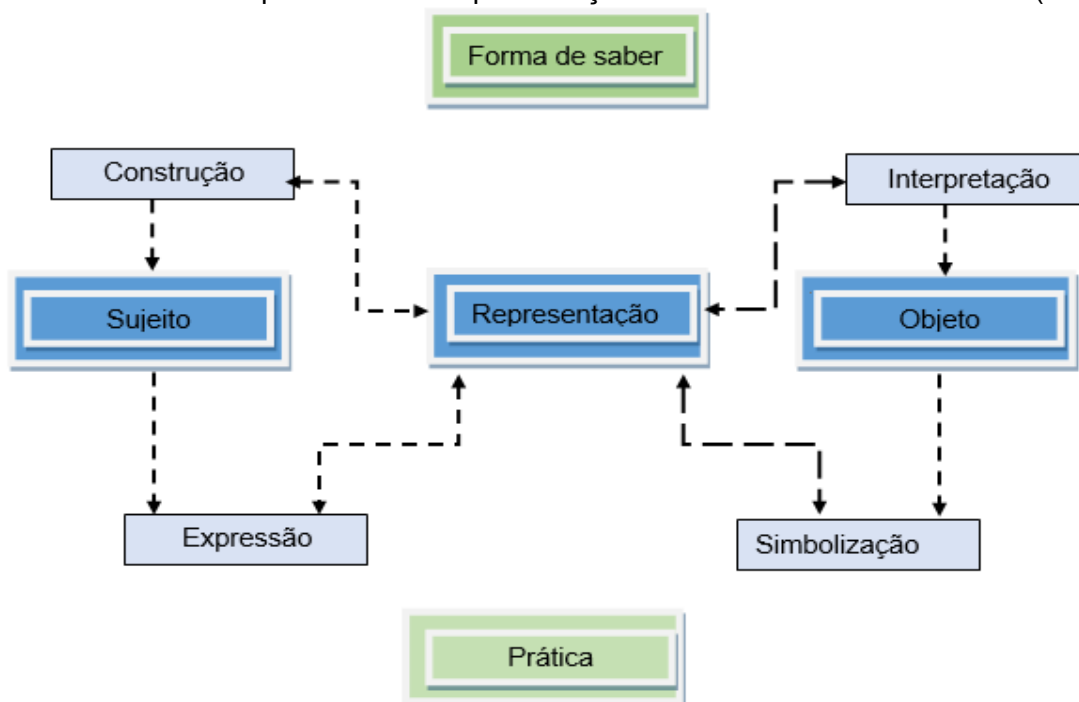
Dessa forma, infere-se que a RS seja enunciada por um conjunto de conceitos, afirmações e explicações que permitem que as pessoas interpretem e compreendam as próprias realidades, representem os objetos de seu mundo e, ainda, compreendam a realidade de outras pessoas e do mundo que a cerca. Para Banchs (2014, p. 318), as RS são “ao mesmo tempo forma e significado, estruturas e processos. São, simultaneamente, icônica e simbólica”. Alaya (2019) completa que as RS não devem

ser consideradas o retrato da realidade e, sim, a projeção de uma realidade transformada a partir de elemento que os sujeitos acrescentam ou retiram. Alaya (2014) considera que exista fortes relações entre a representação de algo ou alguma coisa com a realidade modificada.

Para Castro (2014), o processo de RS pode ser considerado tanto conservador quanto inovador; a partir dele, um grupo de pessoas tem a possibilidade de compreender o contexto em que se insere e possibilita trabalhar com os possíveis problemas que possam identificar nas relações ao longo do tempo.

Jodelet (2001) afirma que toda representação carrega consigo uma imagem e um sentido simbólico, permitindo evocar um dado acontecimento, pessoa ou objeto, como resultado de interações sociais. Em relação ao objeto, a RS relaciona-se com simbolização; o objeto é interpretado e a ele são atribuídas significações, frutos da atividade de representação que a pessoa constitui e expressa. Por meio da RS é possível compreender a atividade mental do grupo, que pode resultar de processos ideológicos que permeiam os sujeitos. A autora afirma que cada grupo constrói seus próprios significados a partir de conhecimentos que vivenciam e compartilham e sobre os eventos e ocorrências adaptam-se ao contexto (JODELET, 2001). A Figura 03 esquematiza o processo de RS.

Figura 3 - Processo esquemático da Representação Social de acordo com Jodelet (2001).



Fonte: Elaborada pelo autor, com base em Jodelet (2001).

As RS não são estáticas, são dinâmicas; modificam-se e se constituem no tempo e no espaço; trata-se de um processo de constante metamorfose, com significados e signos diferentes. Estudar a RS possibilita a compreensão dos modelos de cognição social, pois permite identificar também os diferentes mecanismos sociais e cognitivos que possam exercer influências no pensamento social.

3.3.2 Representações sociais e contextos sócio territoriais

Os profissionais atuantes na linha de frente da implementação de política pública na ESF compartilham a prática de trabalho no contexto de vida das pessoas, conforme o seu modo de vida. Eles são responsáveis por possibilitar o acesso aos serviços de saúde com qualidade, elegendo os indivíduos, as famílias e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem e reconhecendo a saúde como direito de cidadania e não mais como ato de caridade.

Com base em Araújo e Reis Júnior (2012), busca-se compreender os saberes envolvidos nas práticas diárias dos profissionais atuantes na linha de frente de implementação da ESF, por considerar esta atuação um trabalho complexo a ser realizado em meio às interações com diferentes atores, nas quais os sujeitos podem

se influenciar reciprocamente com seus valores e representações sociais. Ou seja, as diferentes pessoas ou famílias, em seus territórios de vida, influenciam ou podem influenciar as ações dos referidos profissionais no momento do atendimento, e vice-versa; os profissionais também podem influenciar ou influenciam de fato aqueles que são por eles atendidos.

Optou-se, neste estudo, pela perspectiva teórica das representações sociais, segundo o enfoque da psicologia social, para compreensão e tratamento das questões relacionadas à subjetividade dos atores envolvidos nos contextos sócio territoriais da ESF.

Para isso, além do entendimento histórico e de conceituações gerais da teoria, enfatiza-se, mais adiante as relações entre os homens e o espaço, seguido do conceito de espaço e suas relações com o conceito de território, a psicosfera e por fim salienta-se as teorias de Sandra Jovchelovitch (2004), que aborda mais diretamente as relações entre representações sociais e contextos socioculturais, extensivos, portanto, aos territórios de vida.

Considera-se também, na composição do referencial teórico, que as representações sociais são variáveis significativas na constituição do que Santos (1994) denomina de psicosfera, em suas relações dinâmicas com a tecnosfera, considerados, ambos, psicosfera e tecnosfera, categorias de análise do próprio território usado que, no caso em estudo, subentende a escala de territórios urbanos específicos dentro de duas cidades.

Nesta perspectiva, considerando-se que o ser humano é dotado de vontade e desejos próprios, possui discernimento sobre si mesmo e sobre as pessoas do entorno, interage e modifica o espaço onde se relaciona com outros seres, essa rica subjetividade é o que o caracteriza e o torna imensurável. Essas questões podem ser observadas por meio de atitudes expressas pelos sujeitos, junto ao meio em que se inserem e mediante manifestações simbólicas, o que permite inferir, como afirmam Araújo e Reis Júnior (2012), que se está em uma instância pertencente à geografia das representações sociais.

Para melhor entender as relações entre os diferentes atores e o contexto em que elas se estabelecem, faz-se necessário, primeiramente, compreender dois

elementos fundamentais para a efetivação da dinâmica de inter-relações: de um lado, tem-se o sujeito a ser analisado individual ou coletivamente, produzindo ações e representações, materiais ou não, levando a diferentes formas interpretativas do mundo humano com manutenção ou produção de novos significados ao longo das gerações; de outro lado, percebe-se a existência do ambiente, o espaço, o território produzido objetivamente por toda complexidade de relações sociais, também comportando significações resultantes das relações subjetivas e objetivas dos sujeitos com a realidade objetiva do espaço ou território (ARAÚJO; REIS JÚNIOR, 2012).

Nesse conjunto de relações complexas, de práticas concretas e simbólicas entre os sujeitos e o meio em que habitam, evidencia-se uma espécie de mosaico composto por pequenas peças de representações sociais, tornando-se mais evidentes nos discursos de interpretação, significação e valoração do homem em relação ao entorno e espaço em que vive (ARAÚJO; REIS JÚNIOR, 2012). Assim sendo, considera-se que a transformação do espaço se dá pelas ações de trabalho do homem para o seu desenvolvimento, o que tende a revelar o sentimento de pertencimento do homem e a constituir a identidade dos sujeitos que nele transitam, inserem-se e organizam dado espaço geográfico.

Santos (2006a, p. 85) participa desse debate dizendo que:

Ao papel que, no mundo natural, é representado pela diversificação da natureza, propomos comparar o papel que, no mundo histórico, é representado pela divisão do trabalho. Esta, movida pela produção, atribui, a cada movimento, um novo conteúdo e uma nova função aos lugares. Assim, o mundo humano se renova e diversifica, isto é, reencontra a sua identidade e a sua unidade enquanto os seus aspectos se tornam outros.

Perceber o espaço, é reconhecê-lo como espaço biofísico habitado pelo homem, que procura adaptar-se na busca de sobrevivência diante das diferentes condições naturais e sociais, às vezes, as mais extremas ou críticas. Assim, considera-se que o ser humano deve ser visto como um ser social por primazia, pois, por meio de sua evolução, percebe-se que é capaz de realizar constantes mudanças sociais em cada lugar ou território de vida (SANTOS, 1997a).

Assim sendo, entende-se que a relação dos indivíduos com o espaço seja um fator determinante, pois os homens têm a oportunidade de realizar mudanças no espaço objetivando produzir melhorias qualitativas para sua subsistência, em seu espaço habitado. Ao mesmo tempo em que o sujeito transforma o espaço no qual transita e habita, simultaneamente modifica sua percepção como forma de adaptar-se (SANTOS, 1997b).

Os geógrafos humanistas ressaltam que o conceito de espaço geográfico está imbricado às questões culturais (elementos do espaço social de um lugar), individuais e coletivas dos seres humanos e, mais do que isso, o espaço é o meio em que as pessoas coabitam e, constantemente, registram suas impressões, proporcionando novos rearranjos e permitindo novas leituras à medida que a compreensão do mundo vai se modificando (SANTOS, 1997b).

Para Henri Lefebvre (2000), o espaço não é algo dado, ele é produzido historicamente por meio da ação do homem, a partir da transformação da natureza e por seu trabalho. As relações sociais acontecem em diferentes épocas e, de diversas formas, integram o espaço e transformam a natureza. As relações sociais são determinadoras da produção do espaço. Com isso, cruzando conceitos de espaço, considera-se que ele deva ser estudado, conforme propõe Santos (1979), a partir de diferentes processos, estruturas, formas e funções sociais que o compõem, acrescentando atributos aos preexistentes, oriundos de diferentes tempos e lugares.

Lefebvre (2000, p. 5), complementa que a noção de espaço designa “um conjunto de relações”, um produto social que ao mesmo tempo motiva na produção das práxis. Para este autor (2000, p. 66), a caracterização de uma cidade como espaço acontece por meio das “atividades sociais” que a modelam, a configuram e ao mesmo tempo a ocupam ao longo de um processo histórico, produzindo-a, assim, simultaneamente. O autor complementa ainda que a realidade dada no espaço se revela e se explica por um conjunto de fatos ou elementos que acontecem em determinado tempo, assumindo um papel relevante, para o entendimento da cidade, de sua historicidade e suas atividades sociais que ali acontecem; isto é, a articulação entre tempos históricos, ou melhor, o passado, o presente e o “possível”.

Na lógica de Lefebvre (2000) espaço pode ser compreendido como um produto social, onde a vida urbana não pode ser explicada simplesmente por conta da forma espacial de determinada cidade, mas sim, em função dos efeitos advindos da mobilidade social relacionada com um mundo de significados organizado em torno das pessoas e de suas experiências.

Na teoria lefebvriana, a produção do espaço pode ser compreendida sobre uma tríade a que o autor denomina de espaço percebido, representado pelos sentidos das pessoas, em relação à realidade do cotidiano, à vida privada, trabalho e lazer; as representações do espaço (espaço concebido) são as formas concebidas de um espaço dominante, por agentes como cientistas, planejadores, artistas, urbanistas, tecnocratas dentre outros; e por fim, os espaços de representação (espaço vivido) são os espaços das representações; representam o simbólico dos espaços produzidos pela sociedade, pelos habitantes em suas relações de familiaridade, tratando-se, portanto, do espaço dominado e suportado que, por vezes, a imaginação tenta transformar e apropriar (LEFBVRE, 2000).

Santos (1979) também considera ser impossível pensar isoladamente na evolução do espaço e do tempo, pois espaço é tempo, é resultante de processos da história e do acontecer social dinâmico que, constantemente, se desfaz e renova, dando novos significados aos lugares. Não se trata de um processo social estanque, mas em permanente movimento, pois o entendimento do espaço compreende as diversas modalidades de organização socioespacial.

A despeito das noções conflitantes do conceito de espaço, pode-se dizer que o espaço geográfico representa a intervenção do homem sobre o meio, que ora pode ser visto como um produto, ora como um fator de produção, a depender da abordagem ou do ângulo que se olha. Nesse sentido, Santos (2008, p. 46) afirma que o espaço é:

algo dinâmico e unitário, onde se reúnem materialidade e ação humana. O espaço seria o conjunto indissociável de sistemas de objetos, naturais ou fabricados, e de sistemas de ações, deliberadas ou não. A cada época, novos objetos e novas ações vêm juntar-se às outras, modificando o todo, tanto formal quanto substancialmente.

Ainda em relação ao espaço, Santos (1997a, p. 163) considera que

Não há produção que não seja produção do espaço, não há produção do espaço que se dê sem o trabalho. Viver, para o homem, é produzir espaço. Como o homem não vive sem trabalho, o processo da vida é um processo de criação do espaço geográfico. A forma de vida do homem é o processo de criação do espaço.

O espaço, portanto, é dinâmico, social e criativo, em constante transformação pelo homem. Nessa linha de pensamento, a construção simbólica de um espaço designa o lugar, e assim, os lugares só existem como tal devido a dinâmicas da vida social que acontecem e fazem sentido ao quadro de referências das pessoas, onde cada indivíduo constrói os seus sentidos identitários e representações sociais sobre quem ele é, como as pessoas o veem, como o sujeito percebe as pessoas em seu entorno numa dada situação, espaço ou território (AUGÉ, 2012).

Deduz-se, com isso, que o território engloba lugares interligados, constitui o lugar onde as ações acontecem, pois forças, fraquezas, paixões, poderes se edificam e concretizam. Enfim, o território é o conjunto de circunstâncias e histórias em que o homem pode exprimir sua existência e sua história. A esse respeito, Abrão (2010), em seu estudo, traz a seguinte contribuição:

Nas perspectivas críticas do pensamento geográfico, espaço e território estão intrínsecos, e assim, expressam-se como produto do processo histórico, social e ao mesmo tempo, condição para o devir. A partir da década de 1990, os estudos sobre espaço e território recebem contribuições da Geografia cultural num momento em que surge a necessidade de compreender que as realidades sociais são influenciadas por elementos histórico-culturais de grupos responsáveis pela apropriação e construção de determinado espaço geográfico, aspecto este, relevante para a compreensão das dinâmicas dos locais em que se destacam os sentimentos, as intuições, os ideais, os anseios, as experiências e os símbolos de vida cotidiana como elementos territorializantes (ABRÃO, 2010, p. 47).

Para Santos (2006a), o território possui identidade, pois o referido autor não o considera apenas como um local em que as coisas são postas, mas também como elas se desdobram. Na visão do autor, ele deve ser percebido e analisado como território usado, como se evidencia em seus discursos:

O território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostas. O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida (SANTOS, 2006a, p. 8).

Para Silva, Paim e Schraiber (2014), o entendimento de território tem a ver com poder, mas não simplesmente com o mero “poder político”. Território diz respeito também ao poder no sentido mais concreto, de domínio/predomínio quanto ao poder no sentido simbólico, de apropriação. Na compreensão de Haersbaert (2004), território é o “espaço vivido ou um sistema percebido, sinônimo de apropriação é o conjunto de projetos e representações.

Para Santos (2006b), o mundo globalizado e a modernização alteraram o espaço geográfico, uma vez que este se condiciona às possibilidades de transformação pelo homem em função do desenvolvimento.

O autor afirma que, atualmente, o espaço é um sistema de objetos cada vez mais artificiais e a esfera natural vem sendo substituída a passos largos pela esfera técnica; de modo que esse fenômeno de crescimento técnico, o espaço como um todo e as condições da técnica atual (informacional) resultem em um meio geográfico técnico-científico-informacional, pois a ciência, a tecnologia e a informação são elementos que constituem a base técnica da vida social moderna.

Santos (1994) complementa que o meio técnico-científico atual é composto por dois elementos: a tecnoesfera e psicoesfera. A tecnoesfera resulta da artificialização do meio natural, mediante os mais diversos sistemas técnicos criados pela sociedade para organizar e edificar o espaço construído, nas cidades e espaços adjacentes, com

características rurais. Já a psicosfera se relaciona com as crenças, desejos, vontades, hábitos e comportamentos, porém as relações interpessoais são consideradas um dado empírico não material, que sugere o reino de liberdade. Isto é evidenciado no discurso de Santos (1994, pp.13-14):

A tecnoesfera é o resultado da crescente artificialização do meio ambiente. A esfera natural é crescentemente substituída por uma esfera técnica, na cidade e no campo. A psicoesfera é o resultado das crenças, desejos, vontades e hábitos que inspiram comportamentos filosóficos e práticos, as relações interpessoais e a comunhão com o Universo. Ambos são frutos do artifício e desse modo subordinados à lei dos que impõem as mudanças.

Ainda em relação aos conceitos de tecnoesfera e psicoesfera, Santos (2006b) afirma que:

Ao mesmo tempo em que se instala uma tecnosfera dependente da ciência e da tecnologia, cria-se, paralelamente, e com as mesmas bases, uma psicosfera. A tecnosfera se adapta aos mandamentos da produção e do intercâmbio e, desse modo, frequentemente traduz interesses distantes; desde, porém, que se instala, substituindo o meio natural ou o meio técnico que a precedeu, constitui um dado local, aderindo ao lugar como uma prótese. A psicosfera, reino das ideias, crenças, paixões e lugar da produção de um sentido, também faz parte desse meio ambiente, desse entorno da vida, fornecendo regras à racionalidade ou estimulando o imaginário. Ambas - tecnosfera e psicosfera - são locais, mas constituem o produto de uma sociedade bem mais ampla que o lugar. Sua inspiração e suas leis têm dimensões mais amplas e mais complexas (SANTOS; 2006b, p. 172).

O fenômeno da psicoesfera conversa diretamente com as Representações Sociais (RS), pois, como citado anteriormente, a psicoesfera se constitui a partir das relações interpessoais entre os sujeitos e o meio social em que se inserem, envolvendo os elementos da cultura e da época, e a criação de sentidos, de representações sociais.

De acordo com Moscovici (2011), a RS compreende o conjunto de explicações, crenças e ideias que permite tornar algo presente pelo exercício da memória, imaginação de um dado acontecimento, pessoa ou objeto. Estas representações são

resultantes da interação social entre indivíduos ou grupo de indivíduos em relação ao universo em que se insere e transita.

Os estudos referentes à teoria das representações sociais despertam interesse, pois se trata de uma opção para a descrição e o entendimento sobre os fenômenos sociais, sendo possível, por meio delas, analisar pensamentos e comportamentos comuns nas relações interpessoais de um grupo de indivíduos, influenciando na construção do conhecimento que é compartilhado (MORAES, 2013).

Em Jovchelovitch (2004) tem-se a aproximação entre as representações sociais e o contexto sociocultural e, por extensão, o territorial. A autora considera a psicologia social como uma ciência das interpelações. Isso significa dizer que o lugar privilegiado do inquérito psicossocial não acontece por dissociação entre o indivíduo e sociedade, sendo preciso considerar o resultado da relação e da aproximação de elementos totalmente diferentes.

Para construir um conhecimento sobre RS na perspectiva psicossocial, Jovchelovitch (2004) fez análises e conexões entre os diversos mundos pessoais, interpessoais e socioculturais, considerando os territórios nos quais os atores interagem, produzem e reproduzem a vida social. A autora considera que, no centro desse processo situa-se a análise da representação entendida como forma dialógica, gerada pelas inter-relações eu-outro-objeto-mundo.

O foco no “entre” é, obviamente, um componente da teoria das RS, que sempre deve ser analisado, pois, frequentemente, inova-se e transforma-se, com a finalidade de se adaptar e se readaptar às mudanças de condições do mundo. Embora os resultados das relações aparentem ser acabados ou fechados, tão logo se começa a escavar sua superfície e sua realidade, transformam-se, dando espaço para novos elementos, redes móveis mais complexas de relações (JOVCHELOVITCH, 2004).

A referida autora considera que, na zona do “entre”, reside a esfera psicossocial, onde surgem novas e diferentes categorias como a identidade, o eu, o discurso, a representação e a ação. Existe a convicção da autora de que este espaço constitui o objeto específico do inquérito psicossocial e que, por isso, o entendimento detalhado deste espaço deve ser o objeto que a psicologia social deve investigar de maneira mais aprofundada (JOVCHELOVITCH, 2004).

Esses conceitos auxiliam na compreensão de imagens mentais que são exteriorizadas e evidenciadas por meio das atitudes e ações dos sujeitos. Fundamentando-se ainda em Jovchelovitch (2004), afirma-se que, ao teorizar os diferentes espaços de mediação social, a psicologia pode servir de base para os debates sobre representações, identidades, linguagem e, ao mesmo tempo, para a compreensão das relações entre esses elementos, que constituem a vida em diferentes contextos da sociedade humana.

A noção de representação social é central para a constituição e a teoria dos saberes sociais, pois traz, em seu bojo, a reflexão geral em torno da natureza, das etapas e dos limites do conhecimento humano, principalmente nas relações que se estabelecem entre os sujeitos e objetos investigados, polaridades tradicionais do processo de construção do conhecimento (JOVCHELOVITCH, 2004).

Jovchelovitch (2004, p. 22) ainda considera que:

O problema da representação se inicia com a não-imediaticidade do mundo existente para os humanos. Quando me refiro ao mundo existente, note, não estou me referindo a alguma realidade externa que é independente do saber humano. Estou me referindo a tudo aquilo que existe para as pessoas, incluindo o próprio Eu, o Outro, objetos físicos e artefatos culturais, saberes acumulados, enfim, a tudo que constitui o existente.

A RS é considerada um processo de desenvolvimento em constante movimento e trocas, colocando algo no lugar de algo. É por meio das inter-relações entre os diferentes sujeitos e territórios que ocorrem mudanças na forma de se perceber o universo, revelando novas ressignificações sobre alguém ou algo. A teoria também demonstra a concepção das relações entre a construção do simbólico e a cultura, sendo esta última um acúmulo de significados e símbolos que se constroem e se solidificam ao longo do tempo (JOVCHELOVITCH, 2004).

De acordo com Moscovici (2011), as RS devem ser observadas como um modo específico de compreender e comunicar o que já se sabe. Segundo Jodelet (2001), para se entender a riqueza da TRS, precisa-se compreender a complexidade dos

diferentes e diversos fenômenos psicossociais que compõem a representação de um grupo ou da sociedade sobre o estado da realidade, como se lê a seguir:

[...] as representações sociais são fenômenos complexos sempre ativados e em ação na vida social. Em sua riqueza como fenômeno, descobrimos diversos elementos (alguns, às vezes, estudados de modo isolado): informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens etc. Contudo, estes elementos são organizados sempre sob aparência de um saber que diz algo sobre o estado da realidade (JODELET, 2001, p. 21).

Assim, compreende-se que os sujeitos são responsáveis pela construção do território, pois o transformam pela ação do seu trabalho, no seu processo de reprodução histórica das condições materiais e simbólicas da existência social. O homem, assim, é o agente fundamental da produção dos espaços de vida social e da concepção ampla da organização social do espaço.

Desta forma, pode-se considerar que os agentes implementadores das políticas públicas de saúde de base territorial são, também, produtores de espaço, pois, por meio das dinâmicas de trabalho e das relações sociais que se estabelecem com as populações atendidas, as políticas públicas podem ser redesenhadas, qualificadas e, assim, consolidadas. Considera-se que esses profissionais possam significar o quadro de referências das pessoas beneficiárias do serviço de saúde. Cada um entra com sua história, nessa relação, e tem a possibilidade de trocar experiências e atribuir novos sentidos aos contextos socioterritoriais onde atuam.

4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

4.1 Políticas públicas: origens

O termo “política pública” é frequentemente utilizado em discursos de pesquisadores, gestores e líderes da sociedade civil, mas seu real significado ainda é pouco compreendido. Conhecer a origem de uma área do conhecimento é de grande importância, pois possibilita melhor compreensão sobre seus desdobramentos, sobre o caminho percorrido e suas perspectivas (SOUZA, 2006). A política pública, na qualidade de área de conhecimento e disciplina acadêmica,

nasce nos EUA, rompendo ou pulando as etapas seguidas pela tradição europeia de estudos e pesquisas nessa área, que se concentravam, então, mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção dos governos. Assim, na Europa, a área de política pública vai surgir como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e de uma das mais importantes instituições do Estado - o governo -, produtor, por excelência, de políticas públicas. Nos EUA, ao contrário, a área surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos (SOUZA, 2006, p. 21-22).

As últimas décadas registraram o crescente interesse dos estudiosos com relação às áreas que envolvem políticas públicas, bem como as instituições, regras e modelos que controlam sua elaboração, implementação e avaliação.

Urge mencionar que, em dado momento da história moderna, foi necessário repensar sobre a atuação do Estado na promoção do crescimento econômico e garantia da ordem social, pois constatou-se a intrínseca relação da manutenção da ordem com o agravamento das desigualdades sociais. A necessidade de política pública emerge dessas necessidades.

As políticas públicas são aqui compreendidas como as de responsabilidade do Estado – quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolve órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada. Neste sentido, políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas estatais. E políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico (HOFLING, 2001, p. 30).

O Estado é responsável pela promoção do bem-estar da sociedade, e para tanto, os governos utilizam as Políticas Públicas para desenvolver ações em diferentes setores públicos. Estudo aponta que, ao longo da história a função do Estado passou por inúmeras transformações para atender as necessidades da sociedade conforme se evidência a seguir.

o Estado brasileiro conseguiu, de certa forma, dar respostas às demandas sociais por meio de um conjunto de intervenções públicas visando à promoção de bem-estar a partir de um sistema de saúde amplo, universal e gratuito, envolvendo a participação popular nas várias esferas de decisão colegiada (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015, p. 10).

As políticas públicas se consolidaram no século XX com base em um corpo teórico-analítico, com a finalidade de compreender os fenômenos de natureza político-administrativa. Assim sendo, compreende-se como política pública o conjunto de medidas que o Estado adota para intervir e regular as tarefas de interesse público que produzem impactos, sobretudo nas relações sociais de produção. Dentre elas, destacam-se: as políticas de educação, saúde, assistência social, transporte e habitação, entre outras (JUBILUT; FRINHANI; LOPES, 2017).

Para Souza (2003), o campo da política pública é aquele que busca, ao mesmo tempo,

"colocar o governo em ação" e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações e/ou entender por que e como as ações tomaram certo rumo (variável dependente). Em outras palavras, o processo de formulação de política pública é aquele através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas e compreender por que e como os governos agem em determinada direção (SOUZA, 2003. p. 5).

Ainda em relação às políticas públicas, Santos (2009) complementa que:

Apesar de surgir como uma concepção universalista, por exemplo, na França pós-revolução de 1789, com o passar do tempo vai ganhando uma conotação mais focalizada – destinada aos mais “desfavorecidos”, como políticas compensatórias promovidas pelo Estado para minimizar a “questão social” (a forma como as elites político-econômicas chamavam as epidemias, os enormes contingentes de desempregados, a violência urbana e as manifestações populares contra a pobreza e a exploração fabril). Somente no século XX, em especial na Europa Ocidental após a Segunda Guerra Mundial, é que ressurge a ideia de política pública como um direito que todo cidadão possui, independente da sua condição social (SANTOS, 2009, p. 2).

Infere-se daí que as políticas públicas visam direcionar e estabelecer estratégias que auxiliem a população a minimizar suas carências mediante a criação de programas e ações do Estado.

O processo de elaboração das políticas públicas consiste em uma sequência de etapas ou ciclos, tais como: entrada do problema na agenda pública, estruturação do problema, conjunto das soluções possíveis, análise dos pontos positivos e negativos das mesmas, tomada de decisão, implementação e avaliação, como se comprova na Figura 04 a seguir:

Figura 4 - Ciclo de Políticas Públicas



Fonte: Vázquez, Delaplace (2011). Adaptado pelo autor da tese.

Os ciclos de políticas públicas são organizados sequencialmente e de forma interdependente. Destaca-se que se trata de um processo em constante transformação, que se realimenta sistematicamente. A partir de problemas individuais, surgem os problemas sociais, e esses serão entendidos como problema público somente quando for inserido na agenda pública, sendo essa inserção considerada a primeira fase do ciclo das Políticas Públicas. Nem todo problema social terá *status* de problema público mesmo que afete um número considerável de pessoas (VÁZQUEZ; DELAPLACE, 2011).

Tudo começa com o surgimento de um problema, não de qualquer problema, mas de um considerado “público”. Esse elemento é essencial porque existem problemas que, embora afetem muitas pessoas (problema social), podem não ser considerados públicos. Por exemplo, o status subordinado das mulheres durante muito tempo não foi considerado um problema público, assim como a violência contra a

mulher também não era considerada um problema público, mas um problema que deveria ser resolvido na esfera privada e no qual o Estado não deveria intervir. O que atualmente é considerado problema público, provavelmente antes não era e possivelmente depois não será, pois, a formação da agenda pública é mutante. Quando um problema tem o status de público? Quando é recuperado por alguma das múltiplas instituições que integram o governo (VÁZQUEZ; DELAPLACE, 2011, p, 37).

Dessa forma infere-se que o problema público só assumirá este *status* a partir do momento em que muda os rumos sociais, ou seja, afeta a sociedade e impõe ao Estado a elaboração de medidas e estratégias para enfrentá-los e soluções para resolvê-los ou amenizá-los.

Após ser constituído o problema público, o passo seguinte é a estruturação do problema e a construção das múltiplas possíveis soluções. A estruturação do problema é a elaboração de um diagnóstico onde são especificadas as causas e as possíveis soluções do problema. Assim, de acordo com a forma em que um problema for estruturado, dependerão as diversas soluções a serem dadas ao mesmo: um problema não tem uma solução única. A estruturação dos problemas e o desenho das múltiplas soluções, junto com a tomada de decisões, são os momentos mais “políticos” do ciclo de vida da PP, onde a ideologia, os interesses e os saberes em conflito ou concorrência se superpõem (VÁZQUEZ; DELAPLACE, 2011, p, 37).

Estruturar o problema e inseri-lo na agenda política não significa resolvê-lo; mantê-lo como um problema público é um processo, devendo passar por constantes análises. O mundo social é complexo e os fatores interferentes nas PP são muitos. O orçamento público não consegue atender a todas as necessidades sociais, e para isso é necessário eleger prioridades, as possíveis soluções de enfrentamento, denominado tomada de decisão. Após essa etapa a política pública segue para a sua implementação.

Após estruturar o problema público e tomar a decisão sobre a forma de resolvê-lo, põe-se em andamento a PP; este é o momento da implementação. Esse momento do ciclo é tão importante quanto os anteriores (na verdade não há uma hierarquia entre as partes que

integram o ciclo). Em muitas ocasiões o problema público é devidamente estruturado e a decisão governamental não só é politicamente viável, mas também é a mais adequada para resolver esse problema. Contudo, os resultados não são os esperados. Em grande parte, isso se deve ao fato de que a realidade é complexa e nem sempre é possível prever todas as causas que modificam ou intervêm em uma PP. Também pode ter havido uma má implementação como, por exemplo, o fato de que os operadores não estejam de acordo com os objetivos da PP; isto pode acontecer com políticas muito polêmicas, como a legalização do aborto em lugares com um alto número de médicos religiosos que se neguem a praticar o procedimento clínico. Também pode suceder que, mesmo estando de acordo com os objetivos e fins da PP, a administração pública seja tão complexa em seu funcionamento que haja graves problemas de informação, de tal forma que entre os comandos superiores e os comandos operacionais as metas e os procedimentos não consigam fluir de forma clara (VÁZQUEZ; DELAPLACE, 2011, p. 37).

Dessa forma, a fase de implementação é o momento que de fato se coloca em prática a política pública previamente estudada, analisada e escolhida como possível solução para o problema público. Por fim, para fechar o ciclo das políticas públicas é realizada a avaliação, o que não supõe o encerramento da política, uma vez que se trata de um processo dinâmico e mutável, devendo, portanto, estar em constante avaliação, considerada esta, um indicador do andamento da política em curso (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015).

Assim, ressalta-se que a implementação das políticas públicas se torna fundamental, pois está intimamente ligada à transformação da realidade: elas partem de uma insatisfação e visam estabelecer uma situação ideal ou próxima do ideal. Elas são como uma ponte entre a situação existente e aquela aonde se quer chegar. O Estado tem um papel fundamental nos espaços onde ocorrem essas políticas públicas (STUCKY, 1997).

Santos (2009) afirma que o orçamento das políticas públicas se define conforme as receitas acumuladas pelo Estado, por meio de arrecadação de impostos pagos pela sociedade (pessoas física e jurídica). Dessa forma, os impostos arrecadados formam um fundo público, com o qual o Poder Executivo deve administrar as receitas e, delas, retirar as despesas das intervenções revertidas para a sociedade.

A formulação e implementação de uma política pública geralmente partem de iniciativas dos poderes Executivos e Legislativos, de forma isolada ou conjunta, a partir de necessidades e anseios da população. Muito embora as políticas sejam inicialmente instituídas pelos governos, elas surgem a partir da necessidade da sociedade, e assim, não deve ser vista como assunto exclusivo de uma hierarquia governamental e administrativa, devem estar interligadas em redes, das quais devem fazer parte outros atores (SCHNEIDER, 2005). Em suma, a política pública resulta da interação de muitos e diferentes atores, sendo que a própria esfera estatal é considerada pelo autor como um sistema de múltiplos atores.

Medeiros (2013) compartilha desse debate, afirmando que, muito embora o Estado seja responsável pela elaboração, implementação e controle das políticas públicas que garantam melhorias e direitos da população, é preciso considerar a participação de outros atores no processo da elaboração dessa política.

Portanto, ao se pensar em política pública considera-se necessário vislumbrá-la a partir de parcerias públicas, privadas, participação de redes de organizações internacionais e transnacionais, organizações não governamentais, sociedade civil; todas atuando junto ao governo, em meio a tensões e conflitos, na tentativa de solucionar ou amenizar os problemas (SCHNEIDER, 2005).

A CF, 1988 abriu espaço a outros atores para participarem da elaboração das políticas públicas. Ou seja, além da participação da burocracia estatal, composta por funcionários de carreira, concursados e políticos eleitos pela população - os quais tinham a liberdade de contratar outros funcionários nos chamados “cargos de livre provimento”, conta-se também com o apoio de empresas fornecedoras de insumos e serviços ao poder público. Tais fornecedores são contratados por meio de licitação, com a finalidade de participar na execução de políticas sociais à população (SANTOS, 2009).

A sociedade civil também passa a participar do processo de elaboração da PP, pois existe uma multiplicidade de interesses daí advindos, sejam dos usuários dos serviços quanto das organizações que trabalham em prol dos direitos dos cidadãos, conforme explicita Santos (2009).

A participação da sociedade na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas, em especial na área da saúde, acontece por meio da participação em conselhos em nível municipal, estadual e/ou federal, sendo esse direito assegurado pela Lei Complementar n.º 131, denominada Lei da Transparência como evidenciado a seguir.

- I – incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos;
- II – liberação ao pleno conhecimento e acompanhamento da sociedade, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira, em meios eletrônicos de acesso público (BRASIL, 2009a).

Infere-se que o orçamento participativo é um mecanismo que vislumbra democracia participativa. Entende-se que tal processo confere autonomia aos cidadãos, pois permite a emissão de opiniões, exercer influências e até mesmo decidir sobre os orçamentos públicos, provenientes de investimentos de prefeituras municipais para resolução de problemas locais.

A esse respeito, Rodrigues (2011) e Lambertucci (2009) afirmam que a participação social é denominada Processo de Gestão Democrática, devendo ser organizada de forma democrática em ambiente favorável à participação de diferentes atores e grupos e estimulada a fim de permitir a formulação de estratégias e ações de governo fortalecendo ainda mais as políticas públicas.

Partindo da compreensão de que as políticas públicas são ações para o bem comum e que a proposta de sua elaboração leve em consideração as demandas da sociedade, acredita-se que seja importante a participação social de diferentes esferas do governo nas distintas etapas do processo de gestão, elaboração e implementação da política pública, em especial de saúde, de modo a corroborar com a sua eficácia. Assim, entende-se que todos esses atores assumiriam importantes responsabilidades pela execução das políticas.

Do ponto de vista teórico-conceitual, Souza (2006) afirma que as políticas pública e social são áreas multidisciplinares, cujo foco é a explicação de sua natureza e seu processo: “por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia” (SOUZA, 2006, p. 25). As políticas públicas podem produzir reflexos sobre a sociedade e o campo da economia, a partir das inter-relações entre os diferentes atores da sociedade, economia, Estado e a própria política; fato que impõe uma discussão multidisciplinar (SOUZA, 2006). A respeito disso, Souza (Idem, p. 26) destaca duas consequências:

A primeira é que [...] a área torna-se território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos. Assim, apesar de possuir suas próprias modelagens, teorias e métodos, a política pública, embora seja formalmente um ramo da ciência política, a ela não se resume, podendo também ser objeto analítico de outras áreas do conhecimento, inclusive da econometria, já bastante influente em uma das subáreas da política pública, a da avaliação, que também vem recebendo influência de técnicas quantitativas. A segunda é que o caráter holístico da área não significa que ela careça de coerência teórica e metodológica, mas sim que ela comporta vários “olhares”. Por último, políticas públicas, após desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação.

Para que haja melhor compreensão a respeito das políticas públicas, é importante considerar dois momentos: o primeiro, relaciona-se à forma pelas quais são pensadas; o segundo, a quando são colocadas em ação, momento no qual são implementadas. Nesse último, as Políticas Públicas ficam em evidência, ou seja, são acompanhadas e submetidas a diferentes avaliações que podem, inclusive, promover reformulações.

Por envolver uma discussão multi e interdisciplinar, diversos estudiosos discutem o papel do Estado e as temáticas que estão, direta ou indiretamente, ligadas às Políticas Públicas. Tais discussões iluminam a compreensão das “Políticas Públicas” e os principais elementos que as compõem.

4.1.1 Tipologias como processo avaliativo de Políticas Públicas

De acordo com Heringer (2018, p. 26),

As tipologias são importantes para auxiliar no estabelecimento de um conceito preciso. Podemos construir conceitos partindo da análise e classificação dos objetos, racionalmente selecionando similaridades e distinções, características próprias de cada objeto ou ser, de modo a elaborar, a partir de tipos, as definições de instâncias.

Secchi (2012, p. 16) a esse respeito ressalta:

Uma tipologia é um esquema de interpretação e análise de um fenômeno baseado em variáveis e categorias analíticas. Uma variável é um aspecto discernível de um objeto de estudo que varia em qualidade ou quantidade. Uma categoria analítica é um subconjunto de um sistema classificatório usado para identificar as variações em quantidade ou qualidade de uma variável.

Infere-se, portanto, que a tipologia se constitui como ferramenta avaliativa, ou seja, por meio da tipologia de Política Pública é possível classificar os atores, os estilos, a qualidade e a quantidade no processo da própria Política Pública e analisar as estratégias implementadas para auxiliar a população a minimizar as carências, mediante a criação de programas, leis, decretos e ações do Estado.

De acordo com Secchi (2012), na década de 1970 Lowi propôs um modelo de tipologia composto por quatro formatos. O primeiro, denominado Política Regulatória, estabelece os padrões e comportamentos aos quais os atores públicos devem se basear. O autor exemplifica: a lei de trânsito que obriga a utilização de capacete pelos motociclistas; a lei que proíbe o aborto, a eutanásia, enfim, atuam como elementos reguladores.

O segundo modelo, chamado de Política Distributiva, relaciona-se às tomadas de decisão pelo governo que alcançam determinados grupos sociais, como por exemplo, a distribuição de recursos, a gratuidade de taxas, incentivos fiscais etc.

O terceiro modelo, a Política Redistributiva, subentende as políticas sociais mais universais. Dentre os formatos de Políticas Públicas, esse é o que alcança o maior número de pessoas; como exemplo, cita-se a reforma agrária, o sistema previdenciário e o sistema tributário, que visa a distribuição de rendas por meio da arrecadação de impostos sobre as classes de maior poder aquisitivo e distribuição dos valores arrecadados para famílias carentes.

Por fim, para completar as tipologias, o quarto formato consiste nas Políticas Constitutivas, que definem as competências e as regras de disputa políticas e a elaboração das Políticas Públicas. Como exemplo, menciona-se a distribuição de competência entre os poderes (SECCHI, 2012).

Heringer (2018) destacou três outros tipos de tipologias. A primeira, a tipologia de Wilson, cuja atenção volta-se para a análise de custo-benefício para a sociedade e seus diversos segmentos. Essa tipologia atenta para as relações entre os envolvidos, atores e beneficiários, bem como o processo de formação da Política Pública.

A outra tipologia, citada por Heringer (2018), é a de Gormley. De acordo com o autor, essa tipologia se preocupa com a complexidade da Política Pública e está diretamente ligada às questões avaliativas, com a necessidade de elaboração de estratégias que estimulem o conhecimento especializado para formulação e implementação da política.

Por fim, a tipologia de Gustafsson, que se preocupa com a distribuição dos conhecimentos, busca compreender as intenções e propósitos dos *policymakers* (formuladores de políticas) e possui maior efetividade no campo da análise política da política pública e menor efetividade no que se refere à análise técnica dos resultados alcançados.

Evidencia-se que as tipologias de Políticas Públicas são modelos avaliativos, constituídos por diferentes estágios dinâmicos que possuem função de acompanhar desde a formulação e implementação até a efetividade das Políticas Públicas.

4.2 Percurso da Política Pública de Saúde em contexto brasileiro

Nessa seção apresenta-se um breve relato sobre alguns serviços que foram se constituindo ao longo da história do Brasil e que, de certa forma, representam ações para melhoria e efetivação da atenção básica da população.

No âmbito das políticas sociais no Brasil, a saúde faz parte de um dos direitos inerentes ao cidadão, garantido pela promulgação da CF de 1988.

No contexto histórico brasileiro, encontram-se registros de que a área da saúde passou por diversas transformações no início do século XIX como forma de se adaptar às novas determinações mundiais impostas pelo liberalismo. Com a vinda da família real portuguesa na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1808, as autoridades constataram a necessidade de se organizar e implantar serviços de saúde pública que fossem minimamente estruturados para garantir atendimento ao poder que se instalava (COSTA, 1986).

O final do século XIX fez com que a cidade do Rio de Janeiro se tornasse o centro de ações sanitárias, pois este foi um período em que o país vivenciava influências da revolução industrial inglesa e o desenvolvimento urbano advindos da imposição de novas relações de trabalho livre. Nesse mesmo período, nota-se uma crescente demanda social, de condições sanitárias e de infraestrutura, oriunda do aumento da migração e da imigração, que impulsionam as intervenções sanitárias conduzidas por médicos higienistas (COSTA, 1986; ARAÚJO *et al.* 2010).

O início do século XIX foi um período marcado por crise socioeconômica e sanitária. As condições de higiene, sobretudo nos portos, eram precárias, o que facilitava a entrada de novas doenças e, com isso, as epidemias. Dentre as doenças infectocontagiosas da época, destaca-se a febre amarela, que ameaçava a economia agroexportadora brasileira prejudicando, principalmente, a exportação do café, uma vez que os navios estrangeiros se recusavam a atracar nos portos brasileiros, devido

às condições ruins de saneamento, o que também reduzia a imigração de mão de obra (SCLIAR, 1987).

A situação alarmante do início do século XX induziu a ações para diminuir as epidemias que assolavam a população e evitar o caos. No entanto, foram instituídas ações sanitárias rudimentares de caráter autoritário que se assemelhavam às campanhas militares. Um exército, composto por aproximadamente 1500 pessoas, exerceu atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre-amarela (SCLIAR, 1987). As pessoas acometidas por doenças consideradas contagiosas, sobretudo pela varíola, eram encarceradas e retiradas do convívio social. Conforme Scliar (1987), este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, pois era configurado dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios e que o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação.

Ressalta-se que, nesse momento, na cidade do Rio de Janeiro, uma onda de insatisfação se agravou com a medida de Oswaldo Cruz, respaldada pela Lei Federal n. 1261, de 31 de outubro de 1904, a qual instituiu a vacinação antivariólica obrigatória em todo o território nacional. Entre os dias 10 e 16 de novembro de 1904, um grande movimento popular de revolta, conhecido na história como “revolta da vacina”, se opõe à obrigatoriedade ocupando as ruas e demonstrando completa insatisfação (SCLIAR, 1987; PORTO, 2003).

Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos na época, o modelo campanhista alcançou importantes vitórias em relação ao controle das doenças epidêmicas, com êxito na erradicação da febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto, que se tornou predominante como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas (KLETEMBERG; SIQUEIRA, 2003).

Ainda no início do século XX, segundo Stutz (2010), Oswaldo Cruz organizou a área da saúde pública por meio de alguns serviços, tais como: estudo estatístico referente à população, o que possibilitou a análise de diversas informações como o perfil dos homens, mulheres, crianças e idosos; estudo sobre onde e em que condições viviam essas pessoas, denominado de seção demográfica; criação de um

laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitaria e profilática da febre-amarela; inspetoria de isolamento e desinfecção e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz.

No ano de 1917, após a morte de Oswaldo Cruz na cidade de Petrópolis, no Rio de Janeiro, Carlos Chagas, também médico sanitaria, foi chamado à direção do Departamento Nacional de Saúde Pública, exercendo essa função até meados de 1926, quando coordenou a campanha contra a epidemia de gripe espanhola, contribuindo significativamente para elaboração e organização de um programa de Saúde Pública (STUTZ, 2010).

Na reforma, Carlos Chagas criou órgãos especializados, tais como o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), e foram institucionalizadas as práticas sanitárias dirigidas a doenças específicas, ainda mantendo a lógica da organização fragmentada, na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar, infantil, e a higiene industrial se destacaram como problemas individualizados. Expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados, favorecendo mudanças nas políticas de saúde e de educação no país (STUTZ, 2010; OGUSSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011).

Entre as décadas de 1910 a 1920, a economia brasileira era basicamente agroexportadora, assentada na monocultura do café. A acumulação capitalista advinda do comércio exterior deu início ao processo de industrialização em território brasileiro, em especial no eixo Rio-São Paulo, seguido da urbanização advinda da chegada de imigrantes experientes para servirem de força de trabalho em diversas áreas, sem quaisquer garantias trabalhistas, tais como férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria.

Como proposta para garantir a seguridade social, com vistas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social da sociedade, em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, considerada o marco inicial da previdência social no Brasil (SEGURA, 2017; WESTIN, 2019). Por meio desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's).

Já nos anos de 1930, no governo de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, que, em 1953, tornou-se Ministério da Saúde. Esse

Ministério nacionalizou e padronizou normas de atenção à saúde. Com o fim do regime ditatorial de Vargas, o contexto de crise pós segunda guerra mundial e os planos de industrialização no país, as cidades passaram a ser o alvo das pessoas oriundas do campo, provocando, dessa forma, as aglomerações urbanas. Surgiu, então, mais uma vez, a necessidade de se evitar que doenças advindas desses eventos se disseminassem entre a população, mão de obra do país, e provocasse crise nos setores produtivos (RIZZOTTO, 2006).

Esses eventos se refletiram na área da saúde, culminando na criação de novos hospitais. A população passou a ter um pouco mais de acesso a cuidados em saúde, o que impulsionou o aumento de profissionais da saúde, sobretudo médicos e enfermeiros que atendessem às novas necessidades (OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011).

O aumento do número de hospitais e serviços de saúde em território nacional reafirmou o modelo biomédico, cuja assistência prestada possuía caráter curativista, centrada na figura do médico. Muito embora houvessem essas iniciativas, os resultados não foram suficientes em termos de oferta de assistência à população, acessibilidade e cobertura (OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011).

As décadas de 1930 e 1940 foram marcadas pelo regime político brasileiro denominado “Estado Novo” e pelo fim do regime ditatorial de Vargas:

O Estado Novo foi o período da história brasileira, entre 1937 e 1945, no qual o país foi governado por Getúlio Vargas sob regime ditatorial. Durante oito anos, as instituições políticas, culturais, policiais, jurídicas e econômicas foram controladas de modo autoritário pelo Estado. Em 10 de novembro de 1937 foi publicada, no Diário Oficial da União, a Nova Constituição, composta de vários elementos repressivos e garantindo poder absoluto ao presidente. A partir de sua promulgação, foi declarada situação de emergência em todo território nacional, o que significava que era permitido ao Estado ordenar prisões, exílio, invasão de domicílios e a legalização da censura de todas as formas de comunicação (SANTOS; SANTOS, 2007, p.1).

Este período foi marcado pelo controle social quando o Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), órgão que controlava os meios de comunicação,

permitia a divulgação de propagandas e mensagens favoráveis ao governo e repressão dos chamados inimigos da “ordem pública” (SANTOS; SANTOS, 2007).

No processo de redemocratização, após o período da ditadura de Vargas, narrativas sobre a “iminência” de implantação do socialismo passaram a promover políticas de contenção de seu avanço, culminando no golpe militar de 1964. Durante vinte anos de ditadura militar se instaurou a consolidação do modelo assistencial curativo, biologicista e medicocêntrico no campo da saúde. Em 1970 houve a criação do Ministério da Saúde e da Divisão Nacional de Epidemiologia; em 1971, a elaboração do Plano Nacional de Controle da Poliomielite e a criação da Central de Medicamentos (CEME), com a produção e distribuição de medicamentos e imunobiológicos; em 1975, houve a realização da Campanha Nacional de Vacinação contra a Meningite Meningocócica; em 1976 regulamentou-se a Lei nº 6.259/75 que organizou as ações de Vigilância Epidemiológica, e o Programa Nacional de Imunizações, que estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, dentre outros eventos (RIZZOTTO, 2006; FUNDAÇÃO NACIONAL..., 2017).

Ressalta-se que esses foram alguns acontecimentos que contribuíram para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Caminhando um pouco mais à frente na linha do tempo, entende-se que tais movimentos se combinavam a outros movimentos sociais e à redemocratização. No final dos anos 1970, momento em que a assistência hospitalar encontrava-se deficitária, houve mobilização de vários setores da sociedade pela busca de formas alternativas de correção das distorções que ocorriam (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Segundo Rosa, Saes e Abuleac (2012), a década de 1980 foi um período marcado pela participação social, um momento em que a população foi às ruas lutar por mudanças. Assim, a reforma sanitária foi um importante movimento para o alcance de melhorias na tentativa de diminuir as desigualdades, pois a sociedade civil teve a oportunidade de clamar por medidas que transformassem o cenário da época.

As conquistas e as melhorias nas condições de vida da população são resultantes de uma série de movimentos da sociedade ocorridos no país, demarcando a expressão de um Estado democrático de direitos e a busca pela universalização do acesso à saúde (ROSA; SAES; ABULEAC, 2012).

Nesse contexto, as políticas públicas deveriam centralizar seus esforços nas necessidades da sociedade com o objetivo de direcionar a atenção e o pensamento na elaboração de estratégias e serviços que exercessem influências na vida dos cidadãos. A implementação e manutenção da política pública são de responsabilidade do Estado, dando-se sua efetivação por meio de processos de tomada de decisão que incluam a participação de diferentes setores, órgãos públicos, organismos e agentes da sociedade que estejam diretamente ligados às ações e peculiaridades de cada política pública (SOUZA, 2006).

Movimentos desencadeados por iniciativas de intelectuais serviram de mola propulsora para outros eventos importantes para a evolução da saúde no país, como a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Nessa reunião, discutiu-se sobre os pilares que, mais tarde, estruturariam o sistema de saúde vigente, a saber, a universalidade, a integralidade e a equidade das ações (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Ainda nessa mesma década, precisamente no ano de 1988, houve a promulgação da CF, 1988 e, posteriormente, a elaboração de leis que vão amparar o SUS. Com o objetivo de fortalecer e assegurar os direitos dos cidadãos, a CF de 1988, vigente até os dias atuais, limita o poder, organiza o Estado, prevê direitos e garantias fundamentais para todos e a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, com o propósito de diminuição das desigualdades entre os povos em contexto nacional (BRASIL, 1988).

Sendo assim, a CF constitui um marco político-institucional importante para a democracia brasileira, pois, por meio dela, buscava-se garantir o Estado democrático de direito e a justiça social. Ela foi elaborada em um contexto no qual eram esperadas transformações no Estado e na sociedade, almejando-se o fortalecimento de valores democráticos e o crescimento econômico do país (SILVA, 2012).

Com a promulgação da CF houve redefinição do modelo de proteção social como componente de Seguridade Social, incorporando as ações de saúde, previdência e assistência social. A CF atribui a responsabilidade de financiamento dessas ações aos Orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e das contribuições sociais. A literatura aponta que o final da década de

80 e início da década 90 são datas importantes que fortaleceram o processo de reorganização do sistema de saúde, pois esse momento foi considerado o período de transição para a implantação do SUS (BRASIL, 1988).

Primeiramente, veio o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); depois, a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao MS (Decreto n. 99.060, de 7 de março de 1990); por fim, visando à promoção, proteção e recuperação da vida e da saúde, com foco nas assistências preventivas, foi criada a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990), resultando, assim, na fundação do SUS. Em poucos meses, foi lançada a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características – o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. Já o INAMPS, só foi extinto em 27 de julho de 1993, pela Lei n. 8.689 (BRASIL, 1990).

Na tentativa de reorganizar o sistema de saúde, o Brasil passou e continua passando por mudanças no campo das políticas públicas. Após a implantação do SUS observa-se que ocorreram avanços nas questões relacionadas à saúde, no entanto, o maior desafio para os gestores é tornar os serviços de saúde mais acessíveis à população, aumentar a cobertura, oferecer assistência de qualidade, organizar um sistema de saúde que, de fato, responda aos anseios e às necessidades da sociedade brasileira (BRASIL, 1990).

4.3 Processo de formulação e implementação do SUS

Em relação à saúde pública, o Brasil possui um importante histórico, ainda que longe de ser ideal. No entanto, evidenciam-se tentativas políticas de organização do sistema de saúde, como a implementação de ações e a criação e extinção de órgãos com a finalidade de prevenir e controlar as doenças em território brasileiro.

A esse respeito Souza (2002) afirma que:

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção

de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária (SOUZA, 2002, p. 24).

Dentre os principais movimentos e conquistas em prol dos direitos da população e, em especial a organização do sistema de saúde brasileira, cita-se a CF de 1988 que, em seu texto, destacou a saúde como direito inerente a toda a população. Apesar dos problemas de administração da saúde pública, não se pode negar que o SUS, sistema de saúde vigente, foi um modelo de saúde voltado a atender as necessidades da população em geral, resgatando o compromisso do Estado em relação ao bem-estar social, especificamente no que tange à saúde coletiva, corroborando com a consolidação dos direitos da cidadania e sinalizando para a universalidade da cobertura do SUS (SILVA, 2016).

O SUS emerge da necessidade de atender às necessidades da população. Esse Sistema foi vislumbrado para reorganizar a implementação de ações e serviços de saúde de órgãos públicos que compõem as três esferas do governo, federal, estadual e municipal. Sua administração se dá de forma direta e indireta por meio das fundações alimentadas pelo poder público (SILVA, 2016).

Em 28 de dezembro de 1990 foi elaborada a Lei n. 8.142, que imprimiu ao SUS uma de suas fundamentais características, o controle social, ou seja, a população passou a participar do processo de gestão dos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 1990).

Muito embora naquela época se observem efeitos positivos com a implementação desse novo modelo de atenção à saúde da população, o SUS ainda não foi capaz de suprir as demandas de saúde e é, por isso, considerado deficitário, sobretudo quando a assistência e a atenção à saúde da população se voltavam somente para a doença e para os aspectos biológicos do indivíduo e as intervenções se centravam na figura de um único profissional, o médico.

Embora não fosse a fórmula mágica para solucionar de vez os problemas da atenção à saúde da população, estudos apontam que, após a implantação do SUS, esse cenário começou a tomar novas formas, pois o foco na atenção à saúde se

voltou à prevenção, promoção, reabilitação e educação da população. As intervenções na saúde da sociedade passaram a acontecer em menor tempo, a partir das práticas de intervenção antes mesmo do adoecimento do indivíduo. A atenção à saúde da população deixou de ser baseada apenas no indivíduo em seu aspecto biológico, passando a se preocupar com o ser humano em sua totalidade como um ser bio-psico-social (CONSELHO NACIONAL..., 2011).

Em relação ao financiamento do SUS, a legislação estipula que este seja financiado a partir do orçamento da Seguridade Social da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios, além de se valer de outras fontes, conforme o art. 195 da CF/88. Já o Art. 199 da CF (1988) recomenda que a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada, de tal modo que as instituições privadas possam participar de forma complementar ao SUS (FUNDAÇÃO..., 2011).

A cobertura dos serviços de saúde pública, as ações e as necessidades de investimento do SUS ocorrem por conta do governo Federal, cabendo-lhe o repasse de recursos financeiros junto ao Distrito Federal, aos Estados e aos Municípios, com proibição de repasse de recursos a instituições privadas ou com fins lucrativos. No que se refere às competências do SUS, o Art. 200 da CF (1988) estabelece que a ele cabe:

I. controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II. executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III. ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV. participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V. incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI. fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano; VII. participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII. colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988, p. 120).

Diante disso, infere-se que o SUS é formado pelo conjunto das ações e serviços de saúde com gestão pública. Esse sistema de saúde é ordenado em redes regionalizadas e hierarquizadas, opera no território nacional em sentido único, em

todas as esferas de governo. Para promoção dos direitos básicos de cidadania, o SUS atua em conjunto com outras políticas e insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, além de tratar das questões de saúde que envolvem a previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2011b).

A organização do SUS ocorre de forma democrática (MORAZ, 2011). Participam de sua gestão os membros da população, prestadores de serviços de saúde e os gestores em saúde por meio das comissões Bipartite e Tripartites (MORAZ, 2011).

A esse respeito, a Lei nº 12.466, de 2011, em seu Art. 14, inseriu, na Lei 8080 que “as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite possui os seguintes objetivos:

- I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;
- II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;
- III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contra referência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados (BRASIL, 2011d, p. 43-44).

Diante do exposto, infere-se que o SUS foi uma conquista para a sociedade e se constitui como direito universal para todos os cidadãos, sendo o Estado responsável por suas ações. Gerido pelas três esferas do poder, na gestão do SUS participam ainda a sociedade, em uma hierarquia que vai do conselho municipal de saúde ao Ministério da Saúde.

No esforço de superar as dificuldades que foram surgindo ao longo da história

e da gestão do SUS, os gestores assumiram compromisso público com a sociedade elaborando o Pacto pela Saúde que, de forma articulada, organiza e prioriza as ações em saúde. Faz parte desse processo o Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

Nesse sentido o quadro 1 apresenta, de forma sintetizada, o Pacto pela Saúde elaborado no ano de 2006, com as prioridades de funcionamento de cada elemento nos seus respectivos pilares: o Pacto Vida, o Pacto em Defesa do SUS, e o Pacto de Gestão do SUS.

Quadro 1 - Pacto pela Saúde e suas Diretrizes.....(continuação...)

Tipo	Diretrizes / Prioridades 2006
I – O Pacto pela Vida	SAÚDE DO IDOSO: Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral. CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA: Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama. MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA: Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias. DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA: Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias. PROMOÇÃO DA SAÚDE: Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS
II – O Pacto em Defesa do SUS	IMPLEMENTAR UM PROJETO PERMANENTE DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COM A FINALIDADE DE: Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional; Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde. Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas. ELABORAR E DIVULGAR A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS.
III – O Pacto de Gestão do SUS	DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação. ESTABELECEER AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Fonte: Brasil (2006b). Adaptado pelo autor da Tese.

Após a criação do SUS, a sociedade brasileira passou a contar com serviços de assistência à saúde de forma mais organizada, e o programa trouxe, em seu bojo, alguns conceitos que, até aquele momento, não eram praticados sistematicamente. Dentre eles, citam-se: a universalidade, que prevê o acesso ao programa por todos os cidadãos; a equidade, que visa o atendimento a todos, conforme a necessidade de cada indivíduo e/ou comunidade em sua integralidade; o indivíduo é atendido em todas as suas necessidades, ou seja, a partir de então, o conceito ampliado de saúde foi incitado (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Dentre os serviços que compõem o SUS cita-se os da atenção básica, média e alta complexidade, atenção hospitalar, serviços extra hospitalares, que respondem pelo atendimento às demandas de urgências e emergências como Serviço de Atendimento Móvel à Urgência (SAMU), ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, assistência farmacêutica, dentre outros (BRASIL, 2020a).

Infere-se, ainda, que, com o SUS, passou-se a prever a descentralização político-administrativa e a participação da população, pois tal modelo assistencial tem como proposta a realização do atendimento das pessoas mais próximas dos pontos de atendimento. Nesse modelo de atenção, portanto, a população tem participação ativa na gestão deste sistema (BRASIL, 1990).

Com a implementação do SUS em território brasileiro, o sistema de saúde tornou-se mais acessível à maioria da população. Modificou-se também a compreensão do conceito de saúde, antes compreendido como “não-doença”, bem como as políticas e os tratamentos dispensados que se voltavam apenas para as enfermidades. Com o SUS, a prevenção dos agravos passou a fazer parte do planejamento das políticas públicas de saúde.

4.3.1 Princípios doutrinários do SUS

O SUS foi criado para atender as necessidades da sociedade segundo os preceitos da CF, 1988. O funcionamento do SUS se norteia por princípios doutrinários e de organização (POLIGNANO, s.d).

A **Universalidade** é o princípio que garante o acesso às ações e equipamentos de saúde, indo além do direito à saúde garantido pelas políticas públicas. Ele sinaliza para os direitos à vida e à igualdade de acesso a toda população sem extinção de religião, sexo, idade, raça, partido político ou qualquer outra forma de discriminação (MATTA, 2007).

Sobre o princípio da **Equidade**, Polignano (s.d) afirma que ele assegura a justiça social garantindo a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza, visando às necessidades reais da sociedade sobre sua responsabilidade. De acordo com Matta (2007, p. 69),

o princípio da equidade é fruto de um dos maiores e históricos problemas da nação: as iniquidades sociais e econômicas. Essas iniquidades levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. Portanto, o princípio da equidade, para alguns autores, não implica a noção de igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior. [...] O princípio da equidade identifica o espaço da diferença, não o espaço da igualdade. É a concepção de um espaço regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atentar para as iniquidades ou diferenças. Isto é reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e nas suas potencialidades.

Para Polignano (2015), o princípio da **Integralidade** foi pensado para considerar o ser humano como um todo, promovendo ações de saúde que atendam a essa premissa, de acordo às necessidades das populações. Matta (2020, p. 71) argumenta que

a integralidade apresenta-se como uma ruptura histórica e institucional partindo da crítica à dicotomia entre ações preventivas e curativas, cindidas historicamente desde a origem da formalização das políticas de saúde no Brasil até a extinção do modelo Inamps. A Constituição afirma que o atendimento integral deve priorizar as ações preventivas, sem prejuízo das ações de assistência. Isso significa afirmar que o usuário do SUS tem o direito a serviços que atendam às suas necessidades, ou seja, da vacina ao transplante, com prioridade para o desenvolvimento de ações preventivas. Esta ênfase se deve ao quase abandono dessas ações de cunho coletivo e preventivo em

saúde durante toda a ditadura militar. Por isso, a denominação Sistema Único de Saúde. Não há dois sistemas, um para prevenção e outro para ações curativas. Isso significa dizer que na direção do SUS em cada esfera de governo devem ser organizadas ações e serviços que visem a integralidade.

Os princípios doutrinários derivam em princípios organizacionais do SUS, a saber:

HIERARQUIZAÇÃO - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra referência;

PARTICIPAÇÃO POPULAR - ou seja a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde no chamados Conselhos Municipais de Saúde;

DESENCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA - consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS (POLIGNANO, 2015, p. 23).

Disso resulta que as ações do SUS devem ser organizadas em níveis crescentes de complexidade, restrita a determinada área geográfica, planejadas a partir de critérios epidemiológicos, com base na definição e conhecimento da população sobre sua responsabilidade.

4.4 Descentralização e Regionalização em Saúde: princípios organizativos do SUS

A implantação do SUS em território brasileiro foi uma decisão sábia dos sanitaristas, sobretudo por prever o processo de descentralização das ações, hierarquização da assistência e as pactuações que esclarecem e definem, de forma clara, papéis e atribuições de cada esfera de governo nos níveis federal, estadual e municipal (CERRI, 2011).

Trata-se de um processo contínuo amplamente construído sob amparo das políticas públicas e uma gestão apoiada na relação entre municípios e estados, “visando a cooperação de entes federados no âmbito regional (federalismo cooperativo), formado por sólidas bases técnicas para garantir a melhoria no acesso e na qualidade da atenção à saúde” (CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2011, p. 1).

O processo de implantação do SUS na década de 1990 foi marcado pelo movimento de descentralização, cuja proposta original era redefinir as responsabilidades entre os diferentes atores envolvidos, transferindo as funções de gestão, antes centralizadas na União, para os Estados e, principalmente, aos municípios. O processo de descentralização foi considerado importante para a expansão da cobertura dos serviços e redistribuição dos recursos públicos de saúde em território nacional (ESCOLA..., 2014).

Artigo 2 O SUS foi criado em contexto histórico de abertura política, ampla mobilização social e reorganização da estrutura federativa brasileira, com o reconhecimento do município como ente federativo. Orientado pelo conceito ampliado de saúde, tem como princípios (valores) a universalidade, a equidade e a integralidade, e como diretrizes, a descentralização, a regionalização (e hierarquização) e a participação da comunidade, em busca de oferecer serviços de qualidade que atendam às reais demandas das populações de diferentes territórios do país (POLIGNANO, 2015).

O processo sócio-histórico que engendra a proposição do SUS não foi um processo que se desenvolveu sem tensionamento de interesses, posições e pressões políticas e, ainda, o respaldo de proposições conceituais e de reformulação política apresentadas em debates acadêmicos e profissionais. Em contraposição à tendência de mercantilização da saúde, conforme as orientações do desenvolvimento econômico estabelecidas pelo governo militar, a nova lógica de construção social da política de saúde, alinhada ao direito à saúde, estava em consonância com as lutas gerais pela democratização do país (BAPTISTA, 2007).

Após a criação do SUS, na década de 1990, houve rearranjo do modelo de saúde anteriormente vigente por meio de uma nova estrutura institucional e decisória,

definição de competências e responsabilidades distintas, articulações e compartilhamento no que se refere à gestão, possibilitando a descentralização das ações e dos serviços de saúde (CONSELHO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2011).

Embora a descentralização proposta para reorganizar os serviços de saúde expresse diferentes significados, Lavras (2011) afirma que se deve entendê-la como um processo pelo qual são delegados poderes políticos, fiscais e administrativos a outros órgãos federativos; ou seja, a proposta reconhece os municípios como entes federados e inclui o repasse de recursos pela união e estados para a gestão de seus serviços de saúde.

O princípio da descentralização direciona o SUS nas diferentes esferas de governo, outorgando aos municípios mais autonomia e responsabilidade, além de garantir condições técnicas, administrativas e financeiras para gerir os próprios serviços de saúde oferecidos à sociedade. Para melhor organizar e orientar as ações dos gestores, elaboraram-se normas com a finalidade de consolidar o processo da descentralização. Desde sua criação, o SUS passou por várias adaptações, sendo um dos maiores avanços, em termos organizacionais promovidos pelo sistema de saúde ainda no início de sua criação, o processo de descentralização político-administrativa consagrado por meio da transferência de responsabilidades e de recursos que assegurassem maior autonomia em suas tomadas de decisões. Os processos de organização do SUS foram orientados por diretrizes operacionais, as “Normas Operacionais Básicas (NOBs)” 1/93 e 1/96, definidas e implementadas pelo Ministério da Saúde (MS) (LAVRAS, 2011).

A NOB 1/93 trouxe resultados positivos aos municípios, porque consolidou a transferência de recursos “fundo a fundo”, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde. Criaram-se as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), espaços estaduais onde acontecem a pactuação política de reorientação e regulamentação da descentralização entre os estados e municípios, com representação de membros do estado e secretários municipais de saúde (LAVRAS, 2011).

De acordo com Lavras (2011), a NOB 1/93 elaborou, também, as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), espaço de articulação de dimensão federal, composto

por representantes das três esferas de governo, tendo paritariamente representantes do M.S, do Conselho Nacional de Estadual de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASEMS). Nesse espaço de articulação, as decisões são tomadas por consenso e não por votação, trazendo aos municípios maior autonomia em termos de gestão dos serviços de saúde (LAVRAS, 2011).

Já a NOB 1/96 promoveu avanços significativos em relação à descentralização entre estados e municípios. Além de acrescentar ao Piso de Atenção Básica (PAB) recurso do governo federal aos municípios para implementação das ações de saúde pública, a NOB 1/96 instrumentalizou o processo de Regionalização (LAVRAS, 2011).

A descentralização foi uma das formas de reorganização dos serviços de saúde nos diferentes contextos e territórios visando a atender às necessidades da população, como se evidencia no discurso de Beltrammi (2008) a seguir:

Um dos aparatos da descentralização, quiçá sua mais importante ferramenta operacional, é a regionalização. Uma premissa em fase de implementação em contexto nacional, cujos principais atores são os Estados e Municípios, instâncias do Poder Executivo mais próximas do cidadão e conseqüentemente mais aptas a fomentar o reconhecimento, definição e dinâmica dos espaços locais, nos quais serão desenvolvidas ações sanitárias articuladas visando à satisfação das necessidades de saúde e ao bem-estar da população pertencente a esses espaços vivos (BELTRAMMI, 2008, pp. 159-160).

De acordo com Viana *et al.*, (2008) a descentralização pode também ser compreendida como:

um mecanismo de aceleração da redemocratização do país no contexto de um ambiente governamental cooperativo, isto é, em que Estados e municípios se unem para elaboração da nova Constituição e organização do poder democrático. Na saúde, esse período é caracterizado pela difusão dos modelos de territorialidade dos sistemas de saúde (distritos locais de saúde), pela ampliação das transferências intergovernamentais de recursos financeiros e pela universalização gradativa dos serviços oferecidos à população (VIANA *et al.*, 2008, p. 94).

Na busca de descentralização, a regionalização ganha destaque no que se refere às diretrizes que orientam a implantação do SUS. Trata-se de um processo técnico caracterizado pela definição de recortes espaciais, cuja finalidade é organizar, planejar e gerir as redes de serviços de saúde (ESCOLA..., 2014).

O processo de descentralização possui relação direta com a gestão das ações na extensão territorial do Brasil e a alocação de recursos de forma igualitária em vista de atender as demandas locais. Destaca-se que a regionalização se articula diretamente à descentralização.

Nesse sentido autores fazem a seguinte consideração:

A descentralização e sua face regionalizadora são de suma importância para o processo de planejamento do território nacional. A imensidão do Brasil e suas históricas desigualdades requerem políticas públicas de fôlego para a diminuição das iniquidades atrelada a um projeto nacional de desenvolvimento. E para que essas políticas sejam efetivas e coerentes com a realidade de cada lugar, a regionalização se mostra um instrumento imprescindível para o planejamento (VIANA *et al.*, 2008, p. 98).

Contel (2015) participa deste debate afirmando que a regionalização em saúde está vinculada à estratégia de descentralização dos serviços de saúde e esse processo sofre influências das diferentes áreas do conhecimento e institucionais, mas no caso específico da saúde, liga-se principalmente às redes urbanas, com duas grandes dimensões para seu entendimento: realocação mais igualitária no que se refere à prestação de serviços de saúde e desenvolvimento regional por meio dessa redistribuição.

Assim, a regionalização em saúde supõe compreensão sobre o processo de descentralização do poder para os municípios que fora outorgado pela CF de 1988, considerada uma importante estratégia política para a criação do SUS. A dimensão de uma rede de saúde pode ser reorganizada diante de critérios geográficos, administrativos, demográficos, epidemiológicos, sociais e culturais, de acordo aos territórios e necessidades das populações locais, bem como os recursos de saúde disponíveis nas regiões de saúde, que facilitam a atuação dos atores (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2019).

4.5 Regionalização como ferramenta de divisão territorial: instrumentalizando o processo de territorialização

O tema regionalização se estabelece como um eixo central do pensamento progressista no campo da saúde e pauta-se nos princípios norteadores do SUS, integralidade, coordenação, descentralização e universalidade (MELLO; VIANA, 2012).

Cerri (2011) considera a descentralização e a regionalização da saúde processos complexos e dinâmicos, que requerem profundo e simultâneo esforço coletivo entre os diferentes atores governamentais.

Considerando os diversos movimentos do SUS que visam aperfeiçoar o sistema de saúde brasileiro, foram elaboradas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) 01 e 02, para orientar a definição de estratégias para a implementação de ações de natureza organizacional. A NOAS ampliou o conceito da Regionalização, momento em que as microrregiões e macrorregiões foram definidas (BELTRAMMI, 2011).

A esse respeito, considera-se que a NOAS-SUS 01/2001 foi um importante passo para o processo de implantação do SUS. Pois orientou o processo da macroestratégia de regionalização que, sem dúvida, tornou-se um desafio para os gestores em saúde, na medida em que disponibiliza instrumentos de reorganização do sistema na tentativa de garantir a equidade em relação ao acesso às ações e os serviços de saúde nos variados níveis de atenção e complexidade (BRASIL, 2002b).

A implantação do NOAS 01/2001 sinalizava três grupos de estratégias prioritárias que, de forma articulada, contribuíram para a reestruturação da área da saúde por meio da organização e elaboração de planos diretores e de regionalização da saúde, com vistas a fortalecer cada vez mais o sistema de saúde, tal como evidenciado a seguir:

- Elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis. •

Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, que compreende um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema,

- Atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS, visando torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas. (SOUZA, 2001, p. 453-454).

Já a Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS 01/2002, emerge com a proposta de assegurar a manutenção das diretrizes propostas pela NOAS-SUS 01/2001, oferecendo alternativas de superação das dificuldades de sua implementação. Em seu capítulo primeiro, normatiza o processo de regionalização em saúde:

1. Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.
 - 1.1. O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001a, p. 34).

Como se vê, a implementação das NOAS assumiu papel fundamental para a sociedade brasileira, uma vez que estimulou o alcance dos princípios do SUS por intermédio da regionalização da saúde. Embora tenham sido observados resultados positivos com a implantação das NOAS, o Pacto pela Saúde surge a partir da necessidade de superar os mecanismos de habilitação de estados e municípios que ainda estavam contidos nas NOAS - SUS anteriores. Trouxe novas propostas de redefinição e redirecionamento das responsabilidades coletivas, com a coparticipação de gestores e foco nas necessidades de saúde da sociedade, aspirando a descentralização do sistema na perspectiva da solidariedade, cooperação e autonomia dos órgãos federados (BRASIL, 2006b).

Gil, Licht e Yamauchi (2006) argumentam que a regionalização é uma,

estratégia prioritária [...] para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais; promover a equidade e a integralidade da atenção; racionalizar os gastos e otimizar os recursos; e potencializar o processo de descentralização. Com vistas a operacionalizar o processo de regionalização, [...] (GIL; LICHT; YAMAUCHI, 2006, p.10).

Para Beltrammi (2011) o processo de regionalização se configurou como estratégia constitucional de reorganização do sistema de saúde desde meados dos anos de 80, resultando na Lei Orgânica da Saúde (8.080) de 1990, que teve finalidade estruturante e operacional para o SUS, validado pela NOB de 1993. A NOB de 1996, além de fortalecer o processo de descentralização, trouxe à luz instrumentos de Regionalização, tais como a Programação Pactuada Integrada (PPI). Trata-se de um processo instituído pelo SUS que, em conjunto com o processo de planejamento, quantifica e define as ações de saúde a serem implementadas à população de determinado território, garantindo acesso da população aos serviços de saúde.

A Regionalização em Saúde operacionaliza e estrutura a distribuição espacial dos serviços em saúde, mediante subdivisão do universo espacial, com a finalidade de oferecer ampla cobertura dos serviços e facilidade de acesso à população. Busca a eficiência das intervenções sociais, de modo a exercer influências benéficas sobre o processo dinâmico de saúde-doença. E tem como propósito funcional compor as denominadas Regiões de Saúde, a fim de organizar a rede de serviços de modo articulado e integrado para atingir sua finalidade de oferta de ações de qualidade (BRASIL, 2006b; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2019).

Desse modo, a Regionalização em Saúde se define pela subdivisão do universo espacial e populacional, objeto do Sistema de Saúde, e que também esteja inserida no processo de descentralização/centralização, permitindo a sua organização e operacionalização no que se refere ao acesso e a cobertura. A regionalização em saúde vislumbra a organização das ações realizadas nos serviços a fim de serem compatíveis a atender as demandas de saúde tanto de forma individual quanto coletividade dos cidadãos, influenciando de forma positiva as condições de saúde da população em geral (BRASIL, 2006b).

Para Viana *et al.*, (2008, p. 97) a “regionalização é uma delimitação do território usado, feita a partir de critérios técnicos e políticos que buscam coerência nas diferenciações espaciais e que têm por objetivo a instrumentalização política da dinâmica territorial”.

A Regionalização em Saúde tem sido utilizada para orientar a organização das redes de atenção à saúde; fornecer dados para realização de cálculos referentes aos recursos e monitoramento dos indicadores de saúde; abarcar os princípios da equidade e da integralidade (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011). Assim espera-se que com essas estratégias, os cidadãos possam ter acesso aos serviços de saúde de maneira igualitária, conforme as necessidades locais e individuais.

4.6 Estruturação da Política Nacional de Humanização

O conceito de humanização tornou-se um tema importante nas discussões da agenda dos gestores em saúde e uma proposta de trabalho do Ministério da Saúde (MS). O ato de humanizar a prática em saúde pressupõe envolvimento e troca de saberes entre os atores envolvidos (pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais para que, juntos, possam traçar estratégias de trabalho para a equipe e propor construções coletivas por meio da reunião de pessoas.

Nesse sentido, o MS corrobora com o seguinte esclarecimento:

É neste ponto indissociável que a Humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade [*sic*] dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004a, p. 7).

Assim, na tentativa de atender às necessidades da população e às demandas do sistema de saúde, entre os anos de 1999 a 2000, criou-se o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), cuja proposta é a elaboração de ações integradas com a finalidade de modificar o padrão da assistência oferecida aos usuários em ambientes hospitalares, por meio de estratégias que melhorem a qualidade dos serviços ofertados à população, sendo seu principal objetivo criar bom relacionamento entre profissionais e usuários (BRASIL, 2004a).

Posteriormente, na década de 2003, esse programa passou a ser considerado política pública de saúde, denominado Política Nacional de Humanização (PNH), cuja proposta é melhorar a qualidade dos serviços realizados à população, por meio da indicação de ações que possam amenizar ou solucionar as dificuldades dos profissionais e beneficiários, tais como: dificuldade de acesso, desvalorização dos trabalhadores, precarização das relações nos locais de trabalho, baixo investimento. A PNH ainda propõe atualização dos profissionais por meio da educação permanente e incentivo à participação destes na gestão dos serviços, buscando fortalecer o vínculo entre os envolvidos, profissionais, população beneficiária e contextos territoriais, conforme informações contidas em Brasil (2004a).

Dentre os diversos movimentos que aconteceram em prol do fortalecimento do SUS, a PNH surgiu com a finalidade de defender a sociedade, o direito à saúde, sendo sua missão a defesa da vida e da democracia nas organizações, atendendo às necessidades da sociedade que clama por humanização na atenção à saúde e na sua gestão (BRASIL, 2004a). Portanto, a PNH deve se fazer presente em todas as políticas, programas e ações do SUS, deve promover comunicação entre profissionais, usuários e gestores, suscitar debates que viabilizem a implementação de estratégias de melhorias no que se refere à forma de cuidar e a organização do trabalho.

Navarro e Pena (2013) participam desse debate afirmando que a PNH, ao mesmo tempo em que analisa as práticas clínicas e de gestão no SUS, sem separá-las, possui também efeito de reorganização de movimentos das instituições e da sociedade.

A partir da implantação da PNH, a temática humanização ganhou nova inflexão, uma vez que seu conceito e suas ações deixaram de ser limitados apenas aos programas importantes dentro da área da saúde, tais como: Parto Humanizado e Humanização da Atenção Hospitalar. A PNH nasceu com a proposta de se constituir como uma política que abarca diversos e diferentes setores e programas do MS, sendo a dimensão humana o foco central dessa política, visando à qualidade nas ações em saúde e à dignidade do ser humano, informa Brasil (2009a). A PNH surgiu, então, como proposta de atendimento às necessidades da sociedade e à reformulação das ações realizadas pelos gestores e profissionais do SUS até os dias atuais.

A PNH não foi elaborada apenas para definir as características, costumes e comportamentos dos atores envolvidos em situação de assistência na área da saúde, mas também para estar presente nos territórios e nas inter-relações entre profissionais, beneficiários e gestores, e na formulação das políticas públicas em saúde, porque faz aproximação entre a ética e a política institucional, promovendo mudanças nos modos de gerenciamentos da saúde coletiva (NAVARRO; PENA, 2013).

A PNH foi elaborada para fortalecer os princípios do SUS e melhorar a qualidade das ações realizadas em prol da sociedade, portanto, trabalha para consolidar suas principais metas (BRASIL, 2004a, p. 10):

1. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
2. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.
3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Por ser uma política elaborada para atender às demandas da sociedade e do SUS, a PNH possui, como um de seus princípios definidos na CF, a participação social, ou seja, a população deve ter participação ativa nesse processo de gestão em saúde de forma democrática, conforme Brasil (2009a).

Considerando a descentralização das estratégias de gestão e organizativas do SUS, a Lei n.º 8.142, segundo Brasil (1990), como forma de operacionalizar a participação da população no que se refere à gestão do SUS, orienta que sejam criados conselhos nas esferas estadual e municipal do governo. Tais conselhos são constituídos por 25% de profissionais da saúde e 25% de gestores de saúde, ocupando os usuários 50% do número de vagas total disponível no conselho. As representações dos membros do conselho, usuários e trabalhadores Municipal, Estadual e Nacional de Saúde, devem ter legitimidade e compromisso político com seus representados.

Ainda a esse respeito sobre a participação da população e dos trabalhadores de saúde na gestão do SUS a PNH estimula,

a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013, p. 3).

Dessa forma, entende-se que, para garantia da representatividade e da legitimidade, por meio da participação social, a população deve ser consultada em relação aos resultados da atuação do conselho antes do final do mandato, que perdura por quatro anos, sendo que, ao término destes, são escolhidos novos componentes.

O conselho deve estimular a prática de reuniões ordinárias com a finalidade de se discutir as melhores diretrizes a serem estabelecidas para o cuidado em saúde da população. Os gestores das três esferas do governo, os quais compõem o conselho de gestão do SUS, devem criar espaços e estratégias para a pactuação, prática que

permite a discussão de interesses comuns e individuais de saúde da população (BRASIL, 2009a).

A participação democrática na gestão do SUS se destina à instituição de uma política institucional que prima pela aplicação dos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade na prática assistencial em benefício do bem comum, tanto da população que se beneficia quanto dos profissionais da saúde, visando melhorar a comunicação e a integração entre diferentes setores e serviço de saúde da comunidade, criando estratégia para que os profissionais atuantes nas ESFs possam, de fato, implementar a política pública de saúde com qualidade no território de atuação.

4.6.1 Métodos e Princípios da Política Nacional de Humanização

Analisar e qualificar as práticas de gestão e de atenção do sistema de saúde são propostas desafiadoras, por envolver a perspectiva de humanização. Exige novos olhares e atitudes dos atores envolvidos tais como os profissionais, usuários e gestores; e soma-se, ainda, a elaboração de estratégias, adoção de posturas éticas no trabalho, incluindo o campo da gestão e das práticas de saúde para superação dos problemas e desafios do cotidiano (PASCHE; PASSOS;2010).

Pasche e Passos (2010) complementam que é necessária a articulação entre as equipes regionais de apoiadores, secretarias estaduais e municipais de saúde para que planos de ações sejam elaborados conjuntamente e estimulem inovações nos modos de fazer saúde.

A PNH, também conhecida como Humaniza SUS, traz o seguinte significado de Método: trata-se da condução de um processo ou o seu modo de caminhar (meta = fim; hodos = caminho), para enfatizar que caminha no sentido da inclusão e participação de diferentes agentes implicados no processo de produção de saúde. De acordo com a PNH, trata-se de um “método de tríplice inclusão” apresentado a seguir:

- Inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e coresponsabilidade. Modo de fazer: rodas;

- Inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Modo de fazer: análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises.
- Inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. Modo de fazer: fomento das redes (BRASIL, 2011e, p. 25).

Infere-se que a comunicação entre os atores do SUS serve como mola propulsora para discussões, provoca mudanças, identifica possibilidades de inclusão de novos recursos para a elaboração, produção e gerenciamento do processo de saúde.

E para tal, Silva (2019) afirma que a PNH se apoia numa tríade de princípios articulados e indissociáveis: a Transversalidade, Indissociabilidade e Protagonismo, como se evidencia a seguir.

A Transversalidade é o princípio que traduz a inserção da PNH em todas as políticas e ações do SUS, por meio da comunicação entre as pessoas e grupos, excluindo “as relações do poder de hierarquização reconhecendo que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido” (SILVA, 2019, p. 22).

Ainda a esse respeito, o MS complementa que de acordo ao princípio da transversalidade,

a Política Nacional de Humanização (PNH) lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a co-responsabilização [sic] entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada (BRASIL; 2009a, p. 3).

A sua vez, a Indissociabilidade liga-se à atenção e gestão dos instrumentos de saúde; busca compreender as informações relacionadas ao funcionamento das redes de saúde para os usuários e trabalhadores; prima pela participação desses dois atores no processo de tomada de decisão frente as organizações e ações de saúde coletiva

e, ainda, busca compreender o cuidado e a assistência em saúde na sua totalidade. Esse princípio deixa claro que as responsabilidades do cuidado e a assistência em saúde não são deveres somente dos profissionais de saúde, atribui-se ao usuário e sua rede sócio-familiar a responsabilidade sobre os cuidados de si e tratamentos, para que assumam o papel de protagonistas nesse processo (SILVA, 2019; BRASIL, 2020b).

O terceiro princípio é o Protagonismo; parte-se do princípio de que qualquer mudança dentro do sistema de saúde torna-se mais eficaz quando se estimula a autonomia e, quando as vontades das pessoas envolvidas no processo são consideradas, o princípio subentende compartilhar responsabilidades entre os sujeitos, reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos, estimula e valoriza sua atuação na produção de saúde (SILVA, 2019; BRASIL, 2020b).

Após essa sucinta abordagem sobre Método e Princípio da PNH, no próximo tópico apresenta-se as Diretrizes e os Dispositivos para implementação da PNH.

4.6.2 Diretrizes e Dispositivos para implementação da Política Nacional de Humanização

As diretrizes da PNH se caracterizam pela inclusão da população beneficiária, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde do SUS, que se expressam por meio de práticas, a saber: o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, a clínica ampliada, a coparticipação na gestão dos serviços, a valorização do trabalho entre outras. A implantação das Diretrizes e dos Dispositivos depende da especificidade dos serviços, ou seja, da análise da necessidade local e da necessidade de implementação de processos específicos de trabalho (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Dessa forma, infere-se que cada indivíduo possui necessidades específicas a depender da região e do contexto que se insere, e que as necessidades nunca são as mesmas, sempre se diferem; portanto, as ações devem ser pontuais e atender cada necessidade em específico. A PNH propõe a articulação de um conjunto de referenciais e instrumentos, articulados e indissociáveis, que orientam o processo do

cuidado com a finalidade de resolver prováveis problemas que possam surgir. A seguir apresenta-se as Diretrizes que orientam as ações PNH para efetivação das ações do SUS.

O **Acolhimento** é um princípio importante para consolidação do SUS; permeia a relação equipes/serviços e usuários/populações, portanto, deve estar presente para que se estabeleça um elo de confiança e compromisso entre os envolvidos no processo. O processo de escuta qualificada tornou-se uma ferramenta importante para efetivação do acolhimento, uma vez que auxilia na identificação dos pacientes vulneráveis e que necessitam de atendimento prioritário e mais rápido, em razão de risco de vida (SILVA, 2019).

A **Gestão Participativa e Congestão** significa a inclusão de novos atores no processo de gestão do SUS, permitindo a análise dos diferentes contextos, com a proposta de identificar problemas e decidir a melhor intervenção a ser adotada. Nessa lógica, o prefixo “co” indica experimentação da gestão, tanto em termos de inclusão de novos atores nos processos de análise e tomada de decisão, quanto à ampliação das tarefas da gestão que podem emergir a partir da análise dos contextos da política de maneira geral (SILVA, 2019).

O MS (2020) afirma que o termo **Ambiência** deriva da junção das palavras ambiente e vivência, cuja proposta é elaborar espaços agradáveis e saudáveis, preservar a privacidade, realizar encontros e discutir mudanças no processo de trabalho dos envolvidos. O conceito de **AMBIÊNCIA** segue primordialmente três eixos:

- O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia...–, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários.
- O espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
- O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. É importante ressaltar que esses três eixos devem estar sempre juntos na composição de uma ambiência, sendo esta subdivisão apenas didática (BRASIL, 2010c, p. 5).

Na **Clínica Ampliada e compartilhada**, o profissional tem a oportunidade de realizar atividades que não pertençam somente a sua área de atuação, mas que fazem parte das competências específicas de sua categoria profissional. Nessa lógica da Clínica ampliada as ações devem ser realizadas em conjunto, ou seja, com a participação de diferentes áreas ou especialidades, a interdisciplinaridade deve ser estimulada nessa modalidade de atenção à saúde (SILVA, 2019).

A Clínica Ampliada é considerada uma ferramenta teórica e prática, possui o propósito de considerar a singularidade do sujeito sem perder de vista a complexidade do processo saúde/doença, sem focar no adoecimento e sofrimento. Com a incorporação de outras áreas e disciplinas, a clínica ampliada se propõe a enfrentar a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde (SILVA, 2019).

O eixo **Valorização do trabalhador** reconhece as experiências do trabalhador como ponto positivo, destacando a capacidade de análise e incluindo-o no processo de tomada de decisão (SILVA, 2019). Assim infere-se uma atribuição de valor e dar voz a pessoa é, sem dúvidas, aumentar a autonomia e enfatizar seu papel de protagonista nos ambientes e espaços de trabalho.

Por fim, a **Defesa dos direitos do usuário** preconiza “o incentivo por meio dos serviços de saúde do conhecimento dos direitos garantidos aos usuários por lei e a garantia de que eles sejam cumpridos em todas as fases do atendimento” (SILVA, 2019, p. 23).

Os Dispositivos “são arranjos materiais (ex. uma reforma arquitetônica, um manual de instruções), e/ou imateriais (ex. conceitos, valores, atitudes) mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo” (PASCHÉ; PASSOS, 2008, p. 96). Para a produção de ações de saúde, a PNH traz em seu contexto diferentes arranjos a saber:

- Acolhimento com classificação de risco: recepção do usuário, desde sua chegada no serviço de saúde, com responsabilização integral por ele, priorizando-se a atenção de acordo com o grau de sofrimento e não pela ordem de chegada[...];
- Colegiados gestores: construção de espaços coletivos em que é feita a análise dos contextos, problemas e situações e a tomada das decisões tanto no que se refere à condução da organização, quanto

do cuidado. Sistemas colegiados de gestão, que incluem: Grupos de Trabalho de Humanização (GTH); Câmaras Técnicas de Humanização (CTH); Contratos de Gestão; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde (gerência de “porta aberta”, ouvidorias, pesquisas de satisfação, etc); • Programa de Formação em Saúde e Trabalho [...];

- Equipes de Referência e de Apoio Matricial; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva: trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto [...];
- Projetos de ambiência: envolve os ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva, humanizada e para a melhoria das condições de trabalho e de atendimento;
- Direito de Acompanhante e Visita Aberta;
- Construção de processos coletivos de Monitoramento e avaliação das atividades de humanização (PASCHE; PASSOS, 2008, p. 97).

Pasche e Passos (2008) afirmam que os Dispositivos são procedentes dos Princípios, Método e Diretrizes da Política de Humanização, constituindo-se em um todo coerente. A discussão da PNH, cada vez mais ganha forças nos diferentes espaços do SUS, demonstrando sua força em diferentes dimensões:

de reposicionamento dos sujeitos na perspectiva de seu protagonismo, da potência do coletivo, da importância da construção de redes de cuidados compartilhados, em contraste com o mundo contemporâneo caracterizado pelo individualismo e pela competição geradora de disputas (PASCHE; PASSOS, 2008, p. 97).

Dessa forma, acredita-se que o Humaniza SUS (PNH) surgiu com a missão de incluir os diferentes atores na gestão coparticipativa do SUS, conferindo mais autonomia aos trabalhadores e usuários, destacando-os como protagonistas nesse processo. Acredita-se também que essa experiência colaborativa seja a base para o enfrentamento dos complexos desafios e para efetivação de fato da humanização no contexto do SUS.

5 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

5.1 Breve contextualização da Atenção Básica à Saúde no Brasil

A literatura brasileira constantemente apresenta discussões referentes à nomenclatura ideal para o primeiro nível de atenção à saúde. Nessa seção pretende-se apresentar os diferentes olhares sobre as expressões “Atenção Primária à Saúde” (APS) e “Atenção Básica à Saúde” (ABS), terminologias que se referem às formas organizativas do sistema de saúde, cuja proposta é atender as necessidades das populações de diferentes territórios, de maneira contínua e sistematizada, por meio da integração de medidas preventivas e curativas.

O termo Atenção Primária (AP) foi utilizado pela primeira vez por volta dos anos de 1920 no relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em uma perspectiva organizacional, regionalizada e hierarquizada do sistema de saúde por níveis de complexidade da assistência (LAVRAS, 2011). Tal modelo impulsionou a criação do sistema de saúde britânico, por volta do ano de 1948, que serviu de modelo orientador para a reestruturação dos sistemas de saúde em diversos países do mundo (LAVRAS, 2011).

Esse modelo, utilizado pelo governo inglês para organizar os serviços de saúde, possui duas características:

A primeira seria a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como devem identificar as necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas (PEREIRA; LIMA, 2008, p. 45).

Na Declaração de Alma-Ata (1978), da Organização Mundial da Saúde (OMS), firmada em 1978 como resultado da “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, em seu Capítulo VI consta a seguinte informação sobre a ideia da APS:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO..., 1978, p. 1-2).

O termo Atenção Primária vem sendo utilizado na literatura internacional para definir o primeiro nível de atenção à saúde, ao passo que, no Brasil, a terminologia mais empregada é Atenção Básica (AB), tendência cristalizada na normatização do SUS e de suas principais normas operacionais, sem que haja uma explicação definida e dados para precisá-la. Acredita-se que possa ser uma opção ideológica e política (AROUCA, 2003).

De acordo com Pereira e Lima (2008, p. 44), o SUS adotou “a designação ABS para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde”.

No Brasil, o debate sobre a nomenclatura que define o primeiro nível de atenção à saúde ganhou contornos especiais. Diferente da inclinação internacional ao uso da terminologia de AP, a expressão AB foi oficializada pelo estado brasileiro, que passou a utilizá-la em seus documentos oficiais (BRASIL, 2006c).

Desde o início do século XX no Brasil, nota-se que ações de APS foram instituídas gradualmente. Essas experiências, somadas a movimentos importantes que se deram na década de 1980, tais como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal, a constituição do SUS e sua regulamentação, impulsionaram a elaboração de uma política de ABS que estimulasse a reorganização do modelo assistencial para tornar-se elo entre a população e o sistema de saúde. Dessa forma, entende-se que a AB se consolidou, a partir da elaboração dos princípios do SUS,

anteriormente já mencionados, a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação da população.

O SUS foi constituído por meio de movimentos sociais e da sociedade como um todo, contrapondo-se na época ao modelo de saúde excludente, sem equidade e com visão dicotômica entre assistência médica e saúde pública (SANTOS, 2013). O SUS foi fundamentado em princípios doutrinários e organizacionais para delinear e reestruturar as práticas assistenciais, primando pela estruturação de um modelo assistencial de saúde mais sólido, cuja prática estivesse fortemente relacionada à definição de APS, modelo proposto em Alma-Ata, com experiências bem-sucedidas em diversos países como Cuba, Espanha, Canadá, Portugal e Inglaterra (MEIRA, 2013).

A década de 1990 também foi um período marcado por grandes transformações, cujo fortalecimento do SUS possibilitou a implementação de importantes equipamentos de saúde. Uma das primeiras experiências desse modelo de atenção à saúde foi a criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que surgiu como estratégia abrangente de saúde pública estruturada. Na mesma década foi implementada o PSF, hoje ESF, considerada umas das principais estratégias de configuração da ABS e da saúde da família, que foi pensada como um instrumento balizador, para alinhar e ampliar a cobertura das ações em saúde em território nacional (PEREIRA; LIMA, 2008).

O PACS e o PSF foram criados como estratégias de reorientação dos serviços de saúde de atenção básica. As antigas práticas voltadas apenas para a doença foram deixadas e, por intermédio de novos princípios e novas práticas, direcionadas para a promoção e prevenção da saúde.

A partir de 2006, importantes documentos do estado brasileiro utilizaram as duas terminologias AB e AP para referenciar o primeiro nível de atenção à saúde, demonstrando certa flexibilidade de uso do termo. Nas “Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão” (BRASIL, 2006) constata-se o “Fortalecimento da Atenção Básica” como preferência no Pacto pela Vida. Neste documento não se percebe referência ao termo “Atenção Primária”. Em um outro documento denominado Nota técnica 06/2006, publicado pelo Conass (2006),

intitulado “Para entender o Pacto pela Saúde”, são mencionadas as duas terminologias, AB e AP, alternadamente, e Atenção Primária aparece na seguinte expressão: “Fortalecimento da Atenção Básica / Primária” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006, p. 8).

Diversos eventos fortaleceram a reestruturação do SUS. Dentre eles, destaca-se a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica pela Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, “estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica ao Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” (BRASIL, 2007, p. 9).

De acordo com o Brasil (2006a), a Atenção Básica:

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a, p.10).

Posteriormente, no ano de 2009 foi elaborada a Portaria nº 3.252/GM/MS, responsável pelo processo de integração das ações de vigilância em saúde e AB. Em 2010 foi implantada a Portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes e organiza a Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2011c).

No ano de 2011 foi aprovada a Portaria Nº 2.488, elaborada com a proposta de revisar e reorganizar a portaria anterior. Em substituição à portaria 2488, no ano de 2017 foi implementada a Portaria Nº 2.436, originando um documento denominado

Anexo XXII, como instrumento orientador que traz em seu texto formas de organização das equipes, funcionamento, atribuições dos profissionais, como se verifica a seguir:

De acordo com o Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017, todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, serão denominados Unidade Básica de Saúde – UBS. Tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2018, p. 3).

A Portaria Nº 2.436 organiza, em termos de princípios e diretrizes, o que a Portaria 2.488/2011 definia como fundamentos, diretrizes e funções na rede de atenção (BRASIL, 2017).

As diversas mudanças instituídas pela PNAB se deram nas formas de gestão dos municípios, que passaram a receber os recursos financeiros do governo federal de acordo com as ações de sua responsabilidade, na esperança de que as comunidades mais distantes também fossem beneficiadas por este aporte financeiro (ROSA, 2017). O Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017 trouxe novos arranjos para a política de atenção à saúde.

A seguir, apresenta-se um quadro comparativo com alguns pontos relevantes e as diferenças entre a Portaria de Consolidação (Anexo XXII) e a Portaria 2.488/2011, que se referem à Cobertura Populacional, Equipe da Atenção Básica (eAB), Equipe de Saúde Bucal (eSB) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), elaborado pela Coordenação Estadual da Atenção Básica do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2018):

Quadro 2 – Pontos que diferem na Portaria de Atenção Básica 2.488/2011 e no Anexo XXII da Portaria de Consolidação.

VARIÁVEL	Portaria 2.488/ 2011	Anexo XXII da Portaria de Consolidação da PNAB nº 2/2017	Observações
Cobertura populacional	- Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000. - Cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal: população/2.000.	- População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), de 2.000 a 3.500 Pessoas. - Saúde da Família com ou sem os profissionais de saúde bucal: população/2.400. - 4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.	
Equipe de Saúde da Família (eSF)	- São itens necessários à estratégia Saúde da Família: I - Existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou Técnico de enfermagem Técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe,	Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou Técnico de enfermagem Técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.	

	III- carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos (...); Dedicar no mínimo 32h para a ESF, podendo dedicar até 08h para atendimento na rede de urgência do município ou atividades de EP; IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais.	Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.	• Carga horária médica na 2.488/11: • 02 médicos com 30h – repasse Integral referente a 01 equipe • 03 médicos com 30h – repasse Integral referente a 02 equipes • 04 médicos com 30h – repasse integral referente a 03 equipes • 02 médicos com 20h – repasse equivalente a 85% referente a 01 equipe • 01 médico com 20h repasse equivalente a 60% referente a 01 equipe (<i>equipe transitória</i>)
	não previa	As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais	

Equipe da Atenção Básica (eAB)		como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais. O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.	
Equipe de Saúde Bucal (eSB)	Modalidade I - cirurgião + auxiliar Modalidade II - cirurgião + técnico + auxiliar Modalidade III - profissionais que operam em Unidade Odontológica Móvel	Modalidade I - cirurgião + auxiliar OU técnico Modalidade II - cirurgião + técnico + auxiliar OU Técnico	
Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)	II -a existência de um enfermeiro para até no máximo 12 ACS e no mínimo 04, constituindo assim uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde. Cada ACS deve realizar as ações previstas nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas	b. o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente. Cada ACS deve realizar as ações previstas nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas f. a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico. h. cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente.	

Fonte: Rio Grande do Sul, 2018, p. 4 - 11. Adaptado pelo autor da tese.

Rosa (2017) afirma que a PNAB de 2017 trouxe alterações significativas em relação ao financiamento da AB, com implementação de novos modelos de gestão na área da saúde. A PNAB autoriza ampliação do número de equipes financiadas pelo Ministério da Saúde, com a autorização do gestor de equipes de AB de acordo com as demandas e as características do território, priorizando a ESF.

Nota-se que, desde a criação da ESF, antigo PSF (1994), nunca foi implementada em nível federal uma secretaria específica para gerir a APS. Até então, o que existia era um Departamento que, além da APS, gerenciava a atenção especializada e hospitalar. Para reorganizar e priorizar a política de APS foi realizada reforma administrativa do Ministério da Saúde e, no ano de 2019, por meio da publicação do Decreto Nº 9.795, de 17 de maio de 2019, a APS passou a ser reconhecida como Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), no âmbito deste Ministério (BRASIL, 2019a). A partir dessa reorganização, a APS ganhou autonomia equivalente a outras secretarias.

De acordo com o Ministério da Saúde, a “APS brasileira se caracteriza por um grande número de Unidades de Saúde, com coexistência do modelo Estratégia Saúde da Família (ESF) e arranjos organizacionais heterogêneos” (BRASIL, 2020c, p, 8).

A literatura aponta que, até a primeira década do século XXI, houve significativa expansão das unidades de ESF em território brasileiro, e o modelo existente, até o presente momento, era considerado esgotado; havia dificuldade em aumentar o número de profissionais para cada equipe responsável da ESF, refletindo negativamente no acesso e na produção de melhores resultados para o sistema de saúde vigente (BRASIL, 2020c).

Soma-se a isso, ainda, a falta de fiscalização pelos órgãos controladores da saúde sobre o vínculo das da população beneficiária ao sistema de saúde operacional, uma vez que o recurso repassado ao município era calculado com base no tamanho populacional denominado de Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo. Esse recurso era direcionado para financiar as ações de ABS, sendo transferido mensalmente dos Fundos Nacionais de Saúde. Outro ponto a se considerar em relação ao financiamento vigente era o PAB Variável, que se refere ao recurso federal repassado ao município à medida em que as ESF realizam ações e implementam políticas de

saúde nos territórios municipais, tais como o consultório na Rua, implantado em 2011 pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com finalidade de ampliar o acesso e ofertar atenção integral a uma parcela da população considerada vulnerável por não possuir residência (BRASIL, 2020c).

Por fim, cita-se o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ), implantado em 2011, que surge com a função de melhorar a qualidade dos cuidados e ampliar o acesso à ESF. Apesar de ser um importante programa, ele apresenta algumas limitações, pois a coleta de dados e a definição de variáveis para análise aconteciam a cada dois ou três anos. De acordo com o Ministério da Saúde, o PMAQ gera “mais de 1.000 variáveis que compõem a avaliação final de cada equipe de ESF. Quando se pretende medir tudo, não se mede nada” (BRASIL, 2020c, p. 9).

Após a nomeação da SAPS, o Ministério da Saúde publicou suas estratégias, a saber:

a estratégia número 1 da gestão 2019- 2022 contemplaria a coordenação de estratégias e projetos referentes à APS, oferecendo as condições e o apoio necessário para que elas tivessem êxito. A partir daí, as principais ações do Ministério da Saúde no ano de 2019 corresponderam à APS. Outro ganho com a criação da SAPS foi a criação de dois departamentos: o Departamento de Saúde da Família (DESF) e o Departamento de Promoção de Saúde (DEPROS). O primeiro foi reforçado e passou a ser responsável por expandir em número e qualidade as equipes de APS, contando com uma coordenação responsável pela qualificação da informação, outra com responsabilidade exclusiva em analisar e propor o financiamento da APS brasileira e uma terceira cuja linha de trabalho é garantir a presença forte dos atributos essenciais e derivados da APS. O segundo, o Departamento de Promoção de Saúde (DEPROS) tinha como objetivo integrar todas ações de promoção de saúde do Ministério, além de propor a sistematização do cuidado assistencial das condições crônicas fortemente ligado às ações de promoção e prevenção. O foco maior das ações de promoção são aquelas ligadas à alimentação saudável, à prática de atividade física e à integração entre as ações de saúde com a escola e com as políticas sociais do Governo (BRASIL, 2020c, p. 13).

Starfield (2002) afirma que a organização do sistema de saúde realmente só se efetivará a partir do momento em que os responsáveis pelos serviços de saúde estabelecerem metas que atendam, de fato, às necessidades da população. O autor

considera importante a otimização da saúde da população e a compreensão dos determinantes de saúde e doença. Complementa que a acessibilidade da população aos equipamentos de saúde, o aumento da cobertura da população, a melhora das condições de vida e bem-estar da população são formas que podem diminuir as disparidades e evitar que as pessoas fiquem em desvantagem.

Nesse sentido, infere-se que a APS se caracteriza por oferecer diferentes serviços de saúde tais como: o diagnóstico, o tratamento, a prevenção de agravos, a reabilitação e a redução de danos, entre outros. Esse nível de atenção busca compreender e atender o sujeito na sua individualidade e relação com a coletividade. O potencial desse modelo de saúde é realizar assistência integral à população por meio da aproximação da ESF, profissionais, territórios e ambientes em que vivem, visando sempre a redução de danos e a manutenção da saúde e da vida. A seguir apresenta-se o contexto de implementação da ESF como articuladora da APS.

5.2 Contexto e implantação da Estratégia da Saúde da Família

A saúde, como direito do cidadão e dever do Estado, não é um objeto de estudo recente. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986 e a Constituição Federal de 1988 são consideradas marcos de conquista que asseguraram à população, além do direito à saúde, o direito à educação, à habitação, à segurança, dentre outros. Tais eventos marcaram o retorno do país ao regime democrático. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida na década de 1980, contou com a participação ativa da população, pois, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil saíram às ruas para discutir um novo modelo de saúde a ser implantado em território brasileiro (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

No contexto da busca de implantação de um estado de bem-estar social, a Constituição Federal, promulgada no ano de 1988, transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, o SUS. A partir desse momento, iniciaram-se debates sobre a atenção básica à saúde e a área da saúde coletiva, com proposta de melhoria

das condições de vida dos cidadãos, expressando fortemente os desejos da sociedade pelo processo de democratização e dos direitos universais (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Os movimentos sociais, somados às experiências de alguns municípios, como Montes Claros (MG), Londrina (PR), Campinas (SP), que implantaram ações junto às suas comunidades, serviram de molas propulsoras para as novas discussões em saúde. Mesmo de forma tímida e inexperiente, essas discussões desenharam, em escala nacional, o PACS e o PSF que, ao longo da história, vêm sendo implantados em território brasileiro como um modelo de reorganização das políticas de saúde desde aproximadamente a década de 1990 (PESSOA, 2005).

Dessa forma, percebe-se que essas estratégias emergiram da necessidade de se reestruturar o setor da saúde, que se encontrava sucateado devido à falta de ações efetivas do Estado em relação à oferta de serviços funcionais de saúde à população e, ainda, pela não aproximação desses serviços aos territórios sociais e sanitários relacionados às diferentes formas de viver das pessoas, famílias e comunidades.

O PACS foi um dos primeiros programas instituídos após a criação do SUS, considerado um programa de reorganização da saúde na atenção básica. Esse programa deu autonomia para a aproximação dos ACS junto aos usuários em seus domicílios. O programa estimula que esses profissionais sejam alocados em uma unidade básica de saúde próxima da atuação de seus territórios de abrangência e sejam supervisionados por um enfermeiro (BRASIL, 2009b).

Para que o ACS exerça suas atividades é necessário que se desenvolvam algumas competências e habilidades, a saber:

Conhecer o território; conhecer não só os problemas da comunidade, mas também suas potencialidades de crescer e se desenvolver social e economicamente; ser ativo e ter iniciativa; gostar de aprender coisas novas; observar as pessoas, as coisas, os ambientes; agir com respeito e ética perante a comunidade e os demais profissionais (BRASIL, 2009b, p. 27).

O PACS foi considerado um programa de transição para o PSF, o qual foi criado no Brasil em 1994, com a finalidade de reorientar, reorganizar, reformular e, sobretudo, melhorar a qualidade do modelo assistencial em saúde vigente na época.

Visava-se, também, mudar a concepção do processo de cuidar, totalmente centrado na fase da doença e no médico. Não se importava com o indivíduo na condição de sujeito com suas necessidades e direitos, não se avaliava o indivíduo em sua totalidade, nem tampouco se importava com a equipe multiprofissional de saúde, atores fundamentais no processo do cuidar. Tal modelo foi denominado de modelo médico-hegemônico. Em sua proposta de reorientação e reorganização, o PSF se apoiou nos princípios básicos do SUS: a universalização de acesso a que toda pessoa tem direito e a integralidade da assistência que garante assistência na sua totalidade (BRASIL, 2012b), como já mencionado antes.

Em relação ao terceiro princípio do SUS, Dalpiaz e Stedile (2011) afirmam que:

Os documentos defensores do PSF afirmam que o propósito de estender a cobertura assistencial às áreas mais pobres e de risco visam à equidade, através da proteção, da prevenção e da promoção da saúde. Entende-se que a equidade é princípio imprescindível na garantia de direitos, entretanto, pergunta-se a atenção básica porta de entrada para a rede assistencial em saúde não é para todos os cidadãos? Ou seja, mesmo que a essência do Programa seja louvável, é útil destacar que ao mesmo tempo em que visa à universalidade das ações em saúde, ele surge especialmente para a população pobre e de risco, ou seja, desenvolve ações focalizadas a uma parte da população, o que demonstra a influência da lógica neoliberal sobre o mesmo (DALPIAZ; STEDILE, 2011, p. 3).

No ano de 2006, o PSF deixou de ser um programa e passou a ser denominado de ESF, o qual, ao contrário do programa, possui ação constante e permanente. Ainda nesse mesmo ano, como forma de consolidação do SUS, foi implantado o Pacto pela Saúde, priorizando o fortalecimento da AB e, por conseguinte, a ESF segue ações na mesma lógica da atenção básica ou primária, com enfoque para as ações de prevenção e promoção da saúde (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Há na literatura evidências de que a ESF, além de seguir suas próprias estratégias, apoia-se nos mesmos pilares que norteiam o SUS e a AB. Todos se constituem de ações que garantem o que a Constituição preconiza na área da saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, dando acessibilidade e qualidade aos serviços, legitimando o SUS (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

A ESF, estratégia que compõe o SUS, se constitui por meio da realização das práticas em saúde à sociedade, em termos territoriais, populacionais e, ainda, pela mobilização da sociedade na participação organizacional e administrativa, pois a sociedade tem participação ativa no que tange à gestão deste programa (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Implantar e manter a qualidade de um programa nesse formato, inserindo-o nos diferentes contextos de variadas comunidades, cada uma com seus costumes e hábitos, portanto, não é uma tarefa fácil, pois exige dos profissionais olhares voltados para os diferentes grupos sociais considerando suas necessidades individuais ou coletivas.

É importante que o profissional atuante nessa modalidade desenvolva habilidades para enfrentar a complexidade das situações com que irá se deparar, tais como: quadros graves de enfermidades, desnutrições, condições de miséria, condições de relevo, geografia, falta de rede de saneamento, água potável, condições de habitação, dentre outras situações dos territórios sob sua responsabilidade. Isso exige dos profissionais da área de atenção à saúde o rompimento dos muros que cercam os serviços de saúde, visando a aproximação entre os implementadores e os beneficiários.

É necessário, também, que o profissional aprenda não só a manipular os recursos empregados na atenção básica para a prevenção e promoção à saúde, como a incorporar conhecimentos advindos de outras ciências, como Geografia, História, Psicologia, Antropologia, Sociologia, Economia, dentre outras, para melhor compreensão das especificidades do complexo processo saúde-doença, procurando sempre intervir na individualidade e na coletividade da sociedade.

5.2.1 Atribuições da equipe de profissionais da Estratégia da Saúde da Família

A composição da equipe de profissionais depende de alguns critérios, a saber: capacidade instalada da unidade; quantidade de pessoas que a equipe terá que assistir; análise dos determinantes do processo de saúde; número de pessoas

acometidas por doenças; integralidade da atenção; possibilidades e extensão da área, dentre outros (BRASIL, 2011c).

Recomenda-se, no entanto, que a equipe seja composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um dentista e um auxiliar de consultório dentário. Outros profissionais podem fazer parte dessa equipe, como psicólogos, assistentes sociais, dentre outros.

O Ministério da Saúde recomenda que os profissionais residam no município onde atuam. Em relação aos ACS, considera-se que devam residir próximo das localidades onde a ESF está implantada, porque se acredita que, assim, seja possível elevar o vínculo com as famílias e a comunidade local, componentes estruturadores da identidade cultural (BRASIL, 2011c).

A equipe que atua na ESF deve participar do processo de territorialização e mapeamento para identificar sua área de atuação, por meio das visitas domiciliares e/ou ambientes coletivos como escolas e creches, buscando identificar os diferentes grupos, famílias e indivíduos que possam estar expostos a riscos e vulnerabilidades. As equipes trabalham unidas, de maneira cooperativa, e procuram atender, ao máximo, às necessidades da população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2011c). Embora algumas atividades sejam comuns a todos os profissionais, existem atribuições específicas a cada categoria profissional. A seguir, descrevem-se algumas atribuições de acordo com a categoria profissional nessa modalidade de atenção à saúde.

Os ACS devem estabelecer vínculos entre a equipe e a população adscrita à UBS; realizar ações educativas com as famílias visando à promoção da saúde; cadastrar e manter o cadastro atualizado da população da micro área de sua responsabilidade; realizar atividades de promoção da saúde; fazer prevenção das doenças e dos agravos; identificar situações de riscos; realizar controle de doenças como malária e dengue por meio de campanhas; realizar ações isoladas e coletivas procurando atender às necessidades da população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2011c).

Os profissionais técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e enfermeiros são responsáveis por realizar assistência integral à população, primando pela promoção, proteção, prevenção de possíveis agravos que possam acometer a saúde da sociedade; realizar tratamentos das diferentes patologias; trabalhar a reabilitação e manutenção da saúde respeitando os limites de atuação de sua categoria profissional. Ao enfermeiro compete ainda a consulta de enfermagem; solicitação de exames complementares; diagnóstico precoce de patologias; prescrição de medicações conforme protocolos do Ministério da Saúde; planejamento; gerenciamento; coordenação; avaliação; supervisão; atividades de educação aos profissionais de outras categorias e à população dentre outras atividades (BRASIL, 2011c).

O médico possui, também, responsabilidade pela assistência integral; pelo diagnóstico e tratamento; pela reabilitação e manutenção da saúde da sociedade sob sua responsabilidade, assistindo-os de forma individual e coletiva em todo o ciclo vital, realizando consultas clínicas e procedimentos na ESF; atender, também, demanda espontânea de cirurgias ambulatoriais; urgências de menor complexidade; diagnósticos; tratamento, quando necessário, realizar encaminhamentos a serviços de média e alta complexidade; indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar (BRASIL, 2011c).

Os profissionais atuantes na saúde bucal, Auxiliar de Consultório Dentário (ACDs) e dentistas, devem realizar planejamento e programação para atenção da saúde bucal; identificar e atender precocemente possíveis problemas; atender às urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais respeitando os limites de sua categoria profissional; atenção integral em saúde bucal; encaminhamento e orientações aos usuários; desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe e a comunidade, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar. O dentista deve realizar supervisão do ACD, a quem cabe ainda proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados no atendimento bucal; preparar os insumos e instrumentais necessários; instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista nos procedimentos clínicos e cirúrgicos (BRASIL, 2011c).

Assim, dentro do contexto do ESF os profissionais possuem atribuições gerais e específicas de sua categoria profissional, atuam tanto na unidade de saúde da

família quanto na comunidade, oferecendo assistência integral e contínua nos diferentes locais; realizam ações de vigilância epidemiológica, práticas sanitárias, assistência básica em saúde junto à população sob sua responsabilidade; e organizam suas atividades de serviço à sociedade de forma individual e/ou coletiva.

Dessa forma, pode-se inferir que uma das principais finalidades dos profissionais que atuam nessa modalidade de atenção à ESF é oferecer assistência à população, buscando melhorar possíveis situações de desigualdades que possam existir em termos de assistência à saúde da sociedade, assim garantindo o atendimento a qualquer cidadão.

5.2.2 Processos e instrumentos de implantação da Estratégia de Saúde da Família

A ESF representa o primeiro contato entre profissionais e população por meio dos serviços municipais de saúde. Ela deve garantir assistência total a toda a sociedade, assegurar assistência completa aos usuários desde o momento do acolhimento à referência (encaminhamento dos pacientes aos serviços especializados) e contra referência (a devolução dos pacientes para unidade de origem). Essas ações são consideradas requisitos fundamentais para a Atenção Básica, estando diretamente interligadas às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência (BRASIL, 2002c).

A implantação da ESF (antigo PSF) deveria possuir caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização. Os estudos prévios para sua implantação exigiam, também, que se analisassem a adscrição da população; o cadastramento; a composição e as atribuições das equipes (BRASIL, 1997).

Em relação ao caráter substitutivo complementar nessa modalidade de atenção à saúde, é importante salientar que se trata de mudanças na AB tradicional. O que subentende, portanto, ser reorganizada de forma diferenciada, substituindo tudo aquilo que já existia por ações da ESF (que atua em âmbito da multidisciplinaridade), indo além da operacionalidade, e ainda devendo reorganizar os olhares dos gestores,

implementadores e usuários, uma vez que todos são envolvidos no processo de gerenciamento desse sistema de saúde (BRASIL, 1997; BRASIL, 2006b).

As diretrizes da ESF foram estabelecidas pelo MS no ano de 1997. Elas revelaram as formas operacionais, ou seja, a maneira pelas quais deveriam ser implantadas.

Na época, a ESF foi implantada com a finalidade de reorganizar as práticas de trabalho, fazer diagnóstico da saúde da comunidade, planejamento de ações para população local, complementariedade, trabalho desempenhado por equipe multiprofissional, fazer referência e contra referência da população, melhor capacitação dos profissionais por meio da realização de educação continuada, estimular a ação intersetorial, acompanhar, avaliar e realizar o controle social (BRASIL, 1997).

É importante que o território e seu entorno sejam cautelosamente estudados antes da implantação da ESF, objetivando encontrar prováveis situações de risco e vulnerabilidade das populações. Essa prática é denominada de “territorialização”, cujo foco é identificar a expansão territorial, relevos geográficos, acessibilidade (BRASIL, 2006b).

O Mapeamento é outro instrumento utilizado nessa modalidade de atenção à saúde. Consiste na identificação de equipamentos e condições favoráveis ou desfavoráveis para a população que ali se encontra, a exemplo de escolas, igrejas, mercados, laboratórios de análises clínicas, áreas com esgoto a céu aberto, pontos de drogas (BRASIL, 2006b).

Mapear significa, também, apropriar-se de outras variáveis, tais como, número de pessoas e de famílias, sexo, idade, doenças crônicas (diabetes, hipertensão), cadastro das famílias e indivíduos. Essas práticas garantem a qualidade dos serviços que serão ofertados, pois, por meio delas, o profissional tem a oportunidade de conhecer a população sob sua responsabilidade, o que facilita o direcionamento de ações e assistências assertivas à população adstrita (BRASIL, 2011a).

Uma das principais características da ESF é realizar atenção continuada à saúde da população, por meio da intervenção de uma equipe multiprofissional, com

todos os profissionais habilitados para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, ações características do nível da atenção primária à saúde (BRASIL, 1997).

Espera-se que as equipes de profissionais garantam atendimento a um número grande de pessoas que se encontram ora concentradas ora dispersas em dado território. Torna-se, portanto, necessária a prática do trabalho em conjunto, colaborativo, com envolvimento de todos os membros da equipe para a resolução de problemas territorializados e a busca de apoio de outras áreas de conhecimento. É importante lembrar que existem atividades comuns para toda a equipe e, também, atividades específicas de cada área a que pertencem os profissionais (BRASIL, 2011b).

5.2.3 Territorialização e Cadastro

Na área da saúde, o território é entendido como uma rede de serviços que se estrutura em regiões, municípios e seus territórios e pode possibilitar a efetivação do direito à saúde. Por isso, é importante que os territórios e seu entorno sejam bem estudados antes da implantação da ESF.

Essa prática é denominada de “territorialização” e seu propósito é reconhecer as condições físicas e sócio territoriais das áreas de atuação. O Mapeamento é instrumento correlato à territorialização (FARIA, 2013).

Essas práticas garantem a qualidade dos serviços que serão ofertados, pois, por meio delas, o profissional pode conhecer melhor a população que será por ele cuidada, o que facilita o direcionamento de ações e assistência mais assertivas à mesma.

Para garantir a qualidade de suas ações, a ESF deve definir territórios de sua atuação, pelos quais os ACS se responsabilizarão. A cada equipe e agentes cabe a responsabilidade por uma área e pelas famílias que ali residem.

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece que cada equipe da ESF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, com média recomendada de

3.000 por estratégia. Em casos de populações mais vulneráveis, esse número deve ser reduzido, em média para 2.000 pessoas por equipe, evidenciando que a estratégia deve ser flexível (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012).

A adscrição de usuários, outra ferramenta utilizada na territorialização, pode ser definida como processo de inscrição, cadastro, apresentação e criação de vínculos entre pessoas, famílias, comunidades e as equipes de profissionais, para reafirmá-los como referências para o cuidado da saúde. Esse processo contribui para a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o profissional da saúde.

Essa distribuição geográfica para a prestação de serviços diz respeito, então, aos territórios adstritos, lugar operacional para o qual as ações e os serviços das equipes de saúde são organizados para a promoção e prevenção da saúde da população.

Em termos práticos, a territorialização subentende o processo de aproximação ao território adscrito com um olhar mais abrangente e aprofundado, procurando-se identificar e analisar a localização geográfica e as características sociodemográficas, econômicas e culturais dos territórios; as condições de moradia da população cadastrada; as condições ambientais e de vulnerabilidade; a disponibilidade de equipamentos públicos e sociais; dados epidemiológicos da população e de doenças crônicas etc (FARIA, 2013).

Silva Junior *et al.*, (2010) ressaltam que a territorialização é a base do trabalho das Equipes da ESF, cuja principal finalidade é eleger prioridades para resolução de possíveis problemas identificados nos territórios de atuação, prática que estimula o estabelecimento de vínculos e, por conseguinte, reflete positivamente na acessibilidade da população aos serviços de saúde. Não se trata de uma simples técnica de coleta de dados de um dado território, mas da forma como estes serão interpretados e atualizados, periodicamente, pelas equipes com reflexos, portanto, na redefinição de estratégias e ações mais adequadas (BRASIL, 2008).

Na literatura consultada foram encontrados diferentes termos que representam a prática da divisão territorial realizada pela equipe da ESF, para orientar e operacionalizar ações em saúde: mapeamento, áreas adstritas, áreas de abrangência de unidades de saúde, microáreas e outros. Independente da nomenclatura, o

mapeamento dos territórios constitui um instrumento fundamental para o planejamento detalhado das ações em saúde e sua gestão (MÔRA *et al*, 2013).

Na ESF, mapear o território significa delimitar as microáreas (nos municípios) de atuação dos profissionais. Os profissionais da ESF elaboram mapas inteligentes que possibilitam melhor visualização para a equipe das situações diferenciadas das populações adstritas. O mapeamento das microáreas é realimentado por ações de territorialização e indicadores diversos, contribuindo, assim, para a realização do diagnóstico da comunidade e melhoria da qualidade da assistência ofertada.

Para elaboração do mapeamento, as equipes devem ir a campo para levantamento de informações. Após essa fase, os profissionais elaboram um mapa, utilizando cores diferentes previamente definidas pelo Ministério da Saúde com a finalidade de destacar o perfil e a vulnerabilidade das condições de saúde da população adstrita, indicados pelas doenças crônicas, a existência de hipertensos, diabéticos, acamados, alcoólicos, epiléticos, pacientes com necessidades especiais, obesos, gestantes etc (CARINE *et al*, 2011).

A etapa posterior consiste, primeiro, na identificação de pontos favoráveis (acesso, pontos de táxi, ônibus, farmácias, laboratórios, equipamentos culturais e de lazer) e, por fim, na identificação das microáreas de risco, pela probabilidade de alagamentos ou desmoronamentos.

O mapa inteligente qualifica os problemas e as questões passíveis de intervenções pela equipe, organiza o conhecimento dos territórios e facilita a visualização e comunicação das equipes da ESF no território. Para de fato funcionar como ferramenta de diagnóstico local, é importante que os profissionais, atuantes em diferentes territórios, considerem-no como elemento dinâmico em função da necessidade de permanente atualização.

Integrado à territorialização e ao mapeamento, o cadastro das famílias e pessoas é outro instrumento importante na implementação e avaliação da política e dos serviços. Ele é feito por meio de visitas domiciliares realizadas pelos profissionais, respeitando o preestabelecido na fase da adscrição do território, e possibilitando a identificação das condições familiares. Nessa fase, vínculos iniciais são estabelecidos entre os profissionais da saúde e a comunidade; os profissionais têm a oportunidade

de conhecer a população sob sua responsabilidade e informar sobre os serviços que irão prestar, além de horários, datas, locais da unidade da saúde que deverão ser a referência inicial para a população.

O cadastro é uma ferramenta importante para a modalidade de atenção à saúde, pois, a partir dele, define-se a população que será vinculada a cada equipe da ESF. A população cadastrada não é fornecida por nenhuma fonte oficial de dados, mas pela população que efetivamente reside no território. De fato, o bom uso dessa ferramenta pode melhorar em muito a gestão, a programação de ações e a oferta dos serviços necessários às populações (BRASIL, 2012).

A partir daí os profissionais elaboram prontuários para cada família, contendo dados importantes que podem ser utilizados em prol da comunidade, no momento da classificação das famílias, nas etapas de planejamento e implantação das ações a serem desenvolvidas naquele território, com direcionamento específico para diferentes perfis demográficos (jovens, idosos, gestantes etc.) e da saúde coletiva.

5.3 Perfil da implantação no período de 1998 a 2018

Ao analisar a ESF, desde os primeiros momentos de sua implantação como PSF, então ESF até os dias atuais, percebe-se que o Brasil experimentou crescente aumento em relação ao número de equipes em território nacional. Isso se deve às necessidades da população, ao porte populacional dos municípios e ao apoio do governo. A ESF é considerada ação prioritária de reorganização da AB de saúde, sendo a porta de entrada para o SUS (BRASIL, 1997).

Os dados numéricos apresentados a seguir revelam a necessidade e importância da ESF e representam a situação inicial e atual da implantação da ESF no Brasil, para os meses de dezembro dos anos de 1998, 2001 e 2018. Embora os primeiros movimentos para implantação da ESF tenham se iniciado em meados de 1994, destaca-se que os dados apresentados, para o total do país e segundo as suas regiões, foram divulgados no MS e DAB somente a partir de 1998.

Em relação à proporção de ACS implantados no Ministério da Saúde (MS), os dados revelam um aumento expressivo de profissionais no país, no período de 20 anos, perfazendo mais de 233%, passando-se de 78.705 agentes em 1998 a 262.325 ACS implantados em 2018. Quanto às ESF, observa-se que, de 1998 a 2018, o aumento do número de municípios com ESF foi de 4341, alcançando em 2018, 5475 municípios com equipes. Considerando as equipes implantadas no país, de 3.062 equipes em 1998, alcançou-se o total de 42.975 equipes em 2018, evidenciando-se o aumento de 14 vezes mais equipes cadastradas. No que se refere às equipes de saúde bucal credenciadas pelo MS, observa-se que, no ano de 1998, não havia nenhuma equipe credenciada. Os dados apenas apareceram no sistema a partir de 2001, perfazendo o total de 3.071 equipes enquanto, em 2018, o total se elevou para 25.914 equipes.

Quadro 3- Credenciamento e implantação dos Agentes Comunitários de Saúde, Estratégias de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil / Competência: dezembro dos anos de 1998, 2001 e 2018.

Ano	Mês	População	Agentes Comunitário de Saúde			Equipes de saúde da Família				Equipes da saúde bucal
			Credencia- do pelo	Cadastro no	Implanta- dos	Núm. de Municípios	Credencia- do pelo Ministério da saúde	Cadas- tro no	Implanta- das	Credencia- da pelo
			M. S.	Sistema		com ESF		Sistema		M. S.
1998	12	159.644.929	86.231	79.677	78.705	1.134	3.353	3.083	3.062	0
2001	12	172.385.826	184.449	155.783	152.865	3.682	19.253	13.318	13.155	3.071
2018	12	206.114.067	276.791	271.431	262.325	5.475	45.417	43.950	42.975	25.914

Fontes: Brasil, 2019.

No que se refere aos profissionais cadastrados no Ministério da Saúde por regiões do país observa-se que, tanto em 1998 quanto em 2018, a região Nordeste registrou os maiores totais de ACSs e equipes da ESF implantados, apresentando um crescimento percentual de 115,7% no período de 20 anos até 2018. No mesmo período, o número de equipes da ESF implantadas aumentou 12,7 vezes, totalizando 15.646 equipes. Quanto às equipes de saúde bucal credenciadas pelo Ministério, a região nordestina foi novamente a de maior destaque, com 12.174 equipes credenciadas em 2018.

No que se refere aos ACS implantados, conforme cálculo a partir dos dados do Ministério (Tabela 2), no período de 20 anos até 2018, o aumento do número de

agentes no Sudeste, em 10,8 vezes a mais, seguido pela região Sul, com 4,9 vezes agentes a mais, e pelo Norte (2,9 vezes a mais) e Centro Oeste (2,6 vezes a mais). Já no caso das equipes da ESF implantadas, no mesmo período, a região Norte se destaca com um acréscimo de equipes da ordem de 21,3 vezes a mais, seguida pelas regiões Sul (17,6), Sudeste (14,3) e Centro Oeste com um aumento de 10, 1 vezes a mais de equipes implantadas até 2018.

No tocante à saúde bucal, nota-se que em 1998 não houve implantação de serviços em nenhuma das regiões e, somente a partir do ano de 2001, os dados passaram a ser registrados. A Tabela 2 evidencia, para 2018, que a região Nordeste também foi a que mais se destacou com 12.174 equipes credenciadas, seguidas pelo Sudeste, o Sul, o Centro-Oeste e a região Norte, com apenas 2.196 equipes credenciadas.

Além disso, é importante chamar atenção ao fato de que as regiões nordeste, norte e centro-oeste são as que apresentam mais alta proporção de ACS por 1000 habitantes, nas duas datas consideradas. No caso dos ACS, em 2018, essa razão foi, respectivamente às regiões citadas, 1,8 ACS/1000 habitantes, 1,7 e 1,1. Quanto às ESFs, essa razão foi, em 2018, menos expressiva que a razão de ACS por 1000 habitantes, e em ordem decrescente, mais alta nas regiões nordeste (0,27 ESF/1000 habitantes), centro-oeste (0,21) e sul do país (0,21).

Para o Brasil como um todo, em 2018 existiam 1,27 ACS/1000 habitantes e 0,21 ESF/1000 habitantes. Com esse cenário, constata-se que a tendência crescente de equipes e agentes implantados se mostra relativamente mais importante no Nordeste, convergindo com a orientação do governo federal às políticas sociais, mas ainda aparentemente insuficiente ao considerar a proporção de agentes e equipes por 1000 habitantes.

Quadro 4 - Teto, credenciamento e implantação de Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal das regiões geográficas do Brasil / Competência: dezembro de 1998 e 2018.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Região	População	Agentes Comunitário de Saúde	Equipe de saúde da Família	Equipe da Saúde bucal
		Implantados	Implantados	Credenciada pelo M.S.
Ano de 1998				
Centro Oeste	10.769.249	7.172	318	0
Nordeste	45.334.385	47.381	1.230	0
Norte	11.612.674	10.402	165	0
Sudeste	68.065.957	7.324	996	0
Sul	23.862.664	6.426	353	0
Ano de 2018				
Centro Oeste	15.660.998	18.683	3.235	2.258
Nordeste	56.915.936	102.207	15.646	12.174
Norte	17.740.418	30.364	3.528	2.196
Sudeste	86.356.952	79.380	14.336	6.286
Sul	29.439.773	31.691	6.230	3.000

Fontes: Brasil, 2019.

Malta *et al.* (2016) afirmam que a maior parte da população brasileira está coberta por esses serviços de saúde advindos dessa modalidade de atenção a ESF. Os autores enfatizam que pode ocorrer a diminuição da iniquidade com o incentivo de implantação da ESF e das ações em saúde dispensadas às famílias e consideram expressiva essa cobertura, mas, para tais autores, outras ações são necessárias para alcançar a resolutividade e qualidade da atenção como forma de garantir de fato atendimento equânime à população.

O tópico à seguir apresenta-se um breve panorama relacionado as regiões de saúde do Estado de São Paulo. Tal divisão regional constitui instrumentos para elaborar, organizar, implementar e gerir as funções públicas de interesse comum nos diferentes territórios, no caso aquelas ligadas apenas à Saúde, com especial interesse pela RRAS 17, região de saúde ao qual os municípios de estudo Aparecida e Guaratinguetá estão alocados, cuja finalidade é garantir a universalidade e integralidade da assistência a toda população sobre sua responsabilidade, independentemente da situação sócio econômica e do local de residência.

5.4 Rede urbana e rede de serviços de saúde

A Regionalização dos serviços da rede urbana é alvo de estudo área da geografia e do planejamento urbano e, atualmente outras áreas do conhecimento em especial a área da saúde demonstra interesse pela temática aqueles ligados a Regionalização dos serviços de saúde.

O processo de Regionalização em Saúde pode ser compreendido como estratégia funcional que instrumentaliza o arranjo e a distribuição técnica e espacial do atendimento. Seu principal objetivo é oferecer serviços de saúde de qualidade e eficiência ao maior número de pessoas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2019). Em resumo, “a regionalização assume um objetivo funcional de compor “Regiões de Saúde”, com grau de suficiência, expresso na máxima oferta e disponibilidade de ações de saúde para a população de um dado território, instrumentalizada por uma rede, articulada e integrada” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE; 2019, p. 28).

O processo de regionalização deve ser entendido segundo a lógica do planejamento integrado, compreendendo os fundamentos da territorialidade, uma vez que identifica as prioridades e as necessidades locais e norteia a implementação das intervenções de acordo com as conformações de sistemas funcionais de saúde, garantindo, assim, à população adstrita o acesso aos serviços de saúde de que necessita.

A esse respeito Guimarães (2005), afirma que o processo da regionalização pode ser compreendido de duas formas. A primeira delas, como ferramenta organizacional dos serviços de saúde, cujo objetivo é torná-los cada vez mais eficientes e eficazes, de acordo aos princípios de universalização, integralidade e equidade que o SUS preconiza. A segunda forma de compreendê-la é no sentido de um processo de criação de regiões de saúde, tomando como base o perfil da saúde da população local, ao compreender o modo como as pessoas habitam determinado espaço e tempo. Como se percebe, a regionalização em saúde possui caráter organizacional e reestrutura-se a partir do SUS (GUIMARÃES, 2005).

No estado de São Paulo como forma de organizar as redes de serviços de interesse comum especificamente àqueles ligados à saúde criou-se as Regiões de Saúde e, posteriormente a Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), ou Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

O ano de 2007 foi marcado por um movimento direcionado pelos princípios do Pacto de Gestão do SUS que, por sua vez, assumiu o desafio de avançar com o processo de regionalização e descentralização. A implementação do Pacto impulsionou a elaboração das Regiões de Saúde, definidas a partir de recortes territoriais em dado espaço geográfico. Tais recortes foram definidos pelos gestores estaduais e municipais, e para tanto, consideraram alguns critérios tais como: perfil epidemiológico e socioeconômico da população, identidade cultural, os serviços de acesso (transportes), as redes de comunicação, relevo, infraestrutura dentre outros (SILVA, 2008; SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2011).

Vale destacar que paralelo a criação das Regiões de Saúde, foi instituído o Plano Diretor de Regionalização (PDR) conformando 64 Regiões de Saúde com seus respectivos Colegiados de Gestão Regional, na década de 2013 passaram a ser 63 Regiões de Saúde (SESSP, 2012). O PDR, instituído pela NOAS/01, é parte integrante do Plano de Saúde estadual que por sua vez é considerado um instrumento central para planejamento e implementação das iniciativas na área da saúde de cada esfera da gestão do SUS por um tempo estimado de quatro anos, explicita os compromissos dos gestores nos diferentes níveis de governo: federal, estadual e municipal a partir da análise situacional e das necessidades da população como um todo (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIA DE SAÚDE, 2021).

Dessa forma, o PDR deve ser compreendido como importante dispositivo para a regionalização em saúde, pois contribui para a conformação da descentralização, conforme se evidencia a seguir:

O propósito de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde é constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de cogestão e organização dos serviços de saúde em redes, tendo em vista possibilitar o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas. O PDR é, portanto, um instrumento de planejamento em saúde ao estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde o PDR objetiva

organizar de forma regionalizada e hierarquizada a assistência à saúde, de modo a garantir o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde. O processo para a aprovação do Plano Diretor de Regionalização é baseado no pacto entre os gestores, sendo que a iniciativa do mesmo cabe às secretarias estaduais de saúde [...] com a participação das Secretarias Municipais de Saúde, em uma perspectiva de territorialização, garantindo o acesso e a integração dos municípios nas regiões de saúde do estado (BRASIL, 2002c, p. 16-25).

De acordo com Beltrammi (2008), o PDR deve contar com um Plano Diretor de Investimentos (PDI), e este deve ser útil em termos das medidas orçamentárias. O mesmo autor afirma que o PDI é um instrumento que permite as negociações de prioridades regionais, alocação de recursos para os equipamentos em saúde, àqueles derivados de investimento tripartites portanto o PDR, deve aspirar a superação das desigualdades de acesso; vislumbrar a garantia da integralidade da atenção à saúde; diminuir a carência dos serviços e ainda melhorar o dimensionamento dos equipamentos de saúde.

Dessa maneira, o PDR estimula a prática da divisão territorial como se lê em Brasil (2002b):

O Plano Diretor de Regionalização prevê a divisão dos estados em Módulos e Microrregiões ou Regiões de Saúde, de acordo com as características de cada estado. Os Módulos são compostos por um ou mais municípios e devem cobrir o primeiro nível de referência da média complexidade. Em cada Módulo deve existir um Município Sede que deverá estar habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal e receber os usuários referenciados pelos municípios componentes do Módulo. Já as Microrregiões ou Regiões de Saúde devem possuir uma complexidade superior à dos Módulos e contar com a definição de Municípios Pólos, os quais receberão usuários referenciados por todos os municípios integrantes da respectiva Microrregião ou Região para os serviços de maior complexidade (BRASIL, 2002b, p. 26).

O ano de 2011 é também considerado outro período importante para a história da política pública no Brasil, momento em que o Ministério da Saúde criou Decreto 7.508/11 para organizar o SUS em Regiões de Saúde como se evidencia a seguir:

O Decreto 7.508/11 estabelece a organização do SUS em Regiões de Saúde, sendo estas instituídas pelo Estado em articulação com os seus municípios e que representam o espaço privilegiado da gestão compartilhada da rede de ações e serviços de saúde, tendo como objetivos: garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde, constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância à saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência e atenção ambulatorial especializada e hospitalar; efetivar o processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados, e reduzir as desigualdades loco-regionais, por meio da conjugação interfederativa de recursos (BRASIL, 2014, p. 2).

Ainda em relação as Região de Saúde, o MS elaborou a Resolução N° 1, de 29 de setembro de 2011 que, em seu Art. 2º, estabeleceu diretrizes e compreensão de Região de Saúde:

§ 1º Considera-se Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

§ 2º As Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes de mais de um Estado, serão instituídas por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

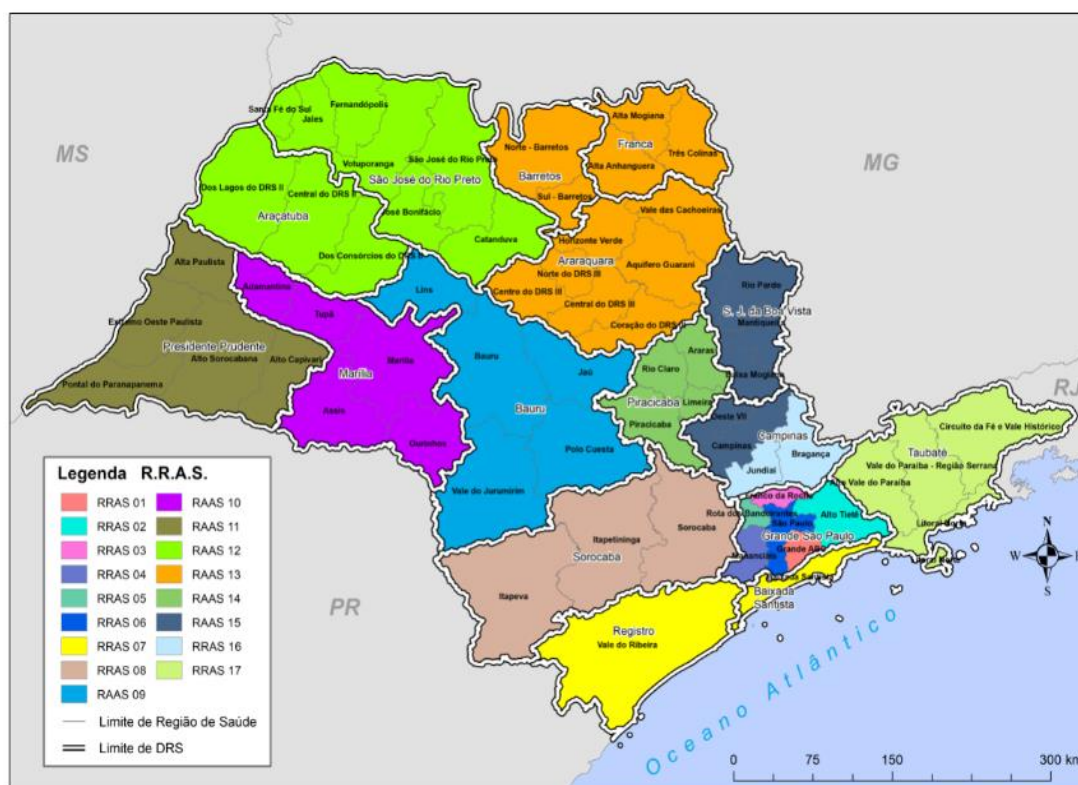
§ 3º Cada Município poderá compor apenas uma única Região de Saúde (BRASIL, 2011b, p.1).

As regiões de saúde se interligam formando redes de atenção. Para delimitação e implantação das RRAS, também realizaram-se estudos com a finalidade de se conhecer os diferentes perfis epidemiológicos de saúde e doença da população, bem como os recursos disponíveis em cada região a fim de melhorar o indicador de cobertura tornando os serviços mais acessíveis a toda sociedade (REDE REGIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE, 2012). 991

Santos (2017, p. 1283) afirma que a rede de saúde deve ser constituída de um mínimo de ações e serviços à saber: “I – atenção primária; II – urgência e emergência; III – atenção psicossocial; IV – atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V – vigilância em saúde”. Esse espaço deve ser o local munido de responsabilidades pactuados entre as esferas de governo para dado território

A Figura à seguir apresenta as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) do Estado de São Paulo.

Figura 5 - Distribuição das Redes de Atenção à Saúde, respectivos DRS e regiões de saúde do Estado de São Paulo, 2012.



Fonte: São Paulo (2012a), adaptado por: Daniel José de Andrade

Compreende-se que no caso da RRAS, os agrupamentos sejam organizacionais, criados para garantir a universalidade e integralidade da assistência a toda população adstrita, por meio da elaboração e implementação de ações e serviços de saúde, que, conectados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, têm como objetivo integrar serviços e organizar sistemas e fluxos de informações dando suporte ao planejamento na região (BRASIL, 2010b).

Na realidade, as regiões de saúde são constituídas pela interligação, delimitação e implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), cuja finalidade é otimizar os serviços de saúde à população melhorando a acessibilidade.

a região de saúde como “base territorial de planejamento da atenção à saúde”. Essa região, que não coincide necessariamente com a divisão administrativa do Estado deve ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras (GIL; LICHT; YAMAUCHI, 2006, p.10).

A Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, faz a seguinte afirmativa em relação à Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS):

definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL 2010a, p. 4).

Em relação a RRAS 17, destaca-se que está localizada na macrorregião Sul/Sudeste do estado de São Paulo. É composta pelo Departamento Regional de Saúde, localizada na cidade de Taubaté, constituída por quatro regiões de saúde e 39 municípios, conforme descrito a seguir e visualização na FIGURA 06:

Alto Vale do Paraíba: Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambuí, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca e São José dos Campos;

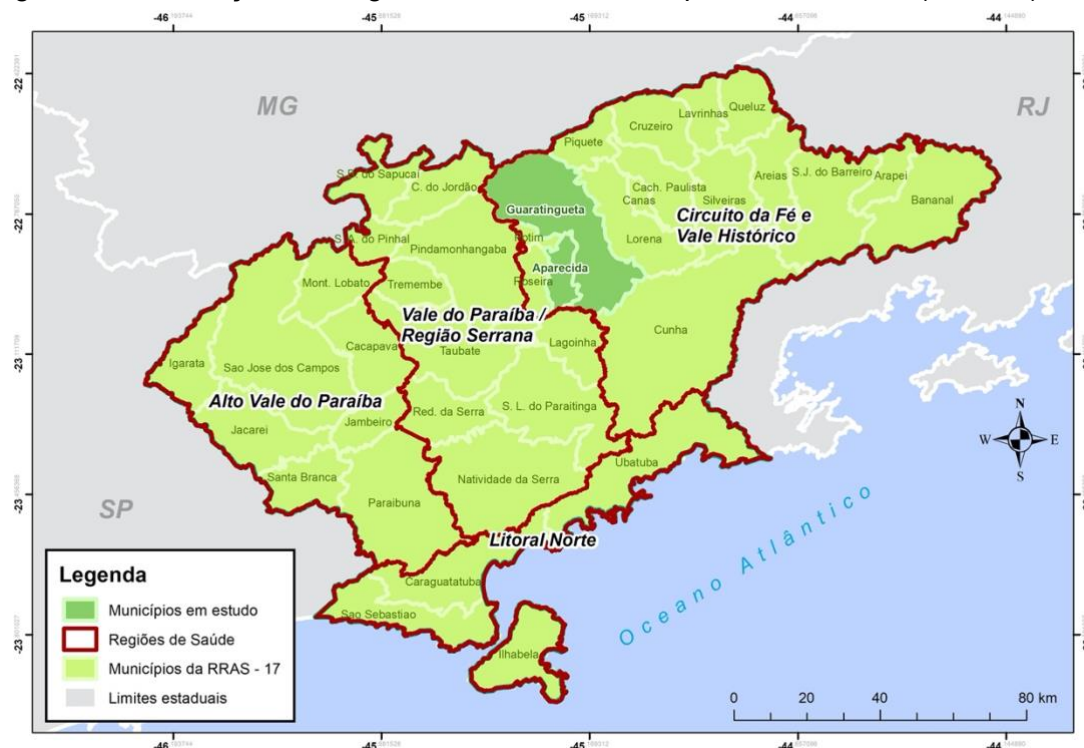
Litoral Norte: Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba;

Vale do Paraíba e Região Serrana: Campos do Jordão, Lagoinha, Natividade da Serra, Pindamonhangaba, Redenção da Serra, Santo Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São Luiz do Paraitinga, Taubaté e Tremembé;

Circuito da Fé e Vale Histórico: Aparecida, Arapeí, Areias, Bananal, Cachoeira Paulista, Canas, Cruzeiro, Cunha, Guaratinguetá,

Lavrinhas, Lorena, Piquete, Potim, Queluz, Roseira, São José do Barreiro e Silveiras (REDE REGIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE, 2012, 5).

Figura 6 - Distribuição das regiões de saúde e municípios da RRAS 17 (DRS 17), 2012.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde (2011)

Ressalta-se que cada área destacada possui sua gestão própria em termos de saúde, cujas finalidades das ações inclui a diminuição das taxas de morbimortalidade e a otimização dos recursos existentes, sem perder o foco da implementação de serviços de saúde para melhora da qualidade de vida da população. Desenvolvem práticas de Vigilância Epidemiológica com a finalidade de controlar e eliminar doenças e agravos à saúde, tais como, o Programa de Imunização, controle sanitário, saneamento, saúde do trabalhador, controle de vetores e hospedeiros, dentre outros (REDE REGIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE, 2012).

Entende-se que Redes de Atenção à Saúde (RAS), foram guiadas a partir da atenção básica em saúde e são consideradas importantes ferramentas para ampliação e melhoria das Regiões de Saúde já implantadas.

Para manutenção das práticas de saúde realizadas pelas equipes de profissionais das ESFs e os ACS os municípios das Regiões de Saúde recebem repasse mensal do governo como se evidencia no quadro abaixo. Na região de saúde Alto do Vale Paraíba os municípios de Caçapava, Jacareí e São Jose dos Campos possuem maior número de equipes de ESF e ACS implantadas porém, apresentam menor índice de cobertura com destaque para São Jose dos Campos. Nessa mesma região de saúde Jambeiro e Monteiro Lobato foram os municípios que apresentaram maior índice de cobertura à população. Em relação a região de saúde Litoral Norte observou-se que nenhum dos municípios apresentaram índice de cobertura menor que 70%. Na região de saúde Vale do Paraíba e Região Serrana os municípios com maior índice de cobertura foram Lagoinha, Santo Antônio do Pinhal e São Luiz do Paraitinga todos com cobertura de 100%. No que se refere a região de saúde do Circuito da Fé e Vale Histórico o destaque foi para os municípios de Arapeí, Areias, Bananal, Cacheira Paulista, Lavrinhas, Roseira e São Jose do Barreiro pois, apresentaram maior índice de cobertura.

Com relação aos municípios de estudo cabe destacar que Aparecida apresentou melhor índice de cobertura quando comparado a Guaratinguetá embora, no contexto geral da região de saúde a que pertencem, permaneceram entre os municípios com menor índice de cobertura com destaque para Guaratinguetá, seguido de Taubaté, Cruzeiro, Lorena e Aparecida.

Um ponto em comum observado nas regiões de saúde foi os municípios com menor número de equipes de ESF e ACS implantados foram os que apresentaram maior índice de cobertura populacional com exceção de Ilha Bela, Taubaté, Cruzeiro e Guaratinguetá pois, tais municípios possuem número maior de equipes de ESF e ACS porém, com índice de cobertura menor como se lê no quadro à seguir.

Quadro 5 - Distribuição dos repasses de acordo as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e percentual de cobertura nos municípios da RRAS - 17 com destaque para os municípios de Aparecida e Guaratinguetá.

Regiões de saúde	Municípios	Equipes	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse	Percentual de população coberta pelas equipes financiadas pelo MS
Alto do vale do Paraíba	Caçapava	eSF	18	18	128.340,00	67,59
		ACS	70	70	87.500,00	43,81
	Igaratá	eSF	2	2	14.260,00	73,43

			ACS	15	10	12.500,00	61,19
		Jacareí	eSF	45	45	220.690,00	68,03
			ACS	171	165	206.250,00	41,57
		Jambeiro	eSF	2	2	14.260,00	100
			ACS	10	10	12.500,00	92,74
		Monteiro Lobato	eSF	2	2	8.000,00	100
			ACS	8	8	10.000,00	100
		Paraibuna	eSF	6	2	14.260,00	37,98
			ACS	43	14	17.500,00	44,31
		Santa Branca	eSF	3	3	18.260,00	70,89
			ACS	30	30	37.500,00	100
		São Jose dos Campos	eSF	44	35	172.847,00	17,35
			ACS	172	122	152.500,00	10,08
	Litoral Norte	Caraguatatuba	eSF	25	25	171.990,00	74,95
			ACS	142	142	177.500,00	70,96
		Ilha Bela	eSF	11	11	78.430,00	100
			ACS	57	57	71.250,00	99,98
		São Sebastião	eSF	25	23	148.340,00	94,13
			ACS	138	132	165.000,00	90,04
		Ubatuba	eSF	24	22	141.645,00	86,88
			ACS	125	125	156.250,00	82,27
	Vale do Paraíba e Região Serrana	Campos do Jordão	eSF	10	10	71.300,00	67,44
			ACS	67	66	82.500,00	74,18
		Lagoinha	eSF	2	2	11.130,00	100
			ACS	12	12	15.000,00	100
		Natividade da Serra	eSF	1	1	4.000,00	50,96
			ACS	6	4	5.000,00	33,97
		Pindamonhangaba	eSF	21	21	149.730,00	44,63
			ACS	137	131	163.750,00	46,4
		Redenção da Serra	eSF	1	1	7.130,00	88,03
			ACS	6	6	7.500,00	88,03
		Santo Antônio do Pinhal	eSF	3	3	18.260,00	100
			ACS	14	14	17.500,00	100
		São Bento do Sapucaí	eSF	2	2	8.000,00	63,42
			ACS	12	11	13.750,00	58,13
		São Luiz do Paraitinga	eSF	4	4	25.390,00	100
			ACS	25	24	30.000,00	100
		Taubaté	eSF	45	29	169.210,00	32,78
			ACS	188	116	145.000,00	21,86
	Circuito da Fé e Vale Histórico	Tremembé	eSF	6	6	42.780,00	45,58
			ACS	39	39	48.750,00	49,38
		Aparecida	eSF	7	5	35.650,00	47,59
			ACS	43	30	37.500,00	47,59
		Arapeí	eSF	1	1	7.130,00	100
			ACS	6	6	7.500,00	100
		Areias	eSF	1	1	7.130,00	89,17
			ACS	7	7	8.750,00	100
		Bananal	eSF	5	5	20.000,00	100
			ACS	16	16	20.000,00	85,02
		Cachoeira Paulista	eSF	9	9	64.170,00	95,43
			ACS	54	54	67.500,00	95,43
		Canas	eSF	1	1	7.130,00	70,21
			ACS	6	6	7.500,00	70,21

Cruzeiro	eSF	15	10	65.040,00	42,38
	ACS	72	45	56.250,00	31,79
Cunha	eSF	5	4	24.320,00	62,71
	ACS	31	27	33.750,00	70,55
Guaratinguetá	eSF	9	9	57.910,00	25,93
	ACS	59	57	71.250,00	27,37
Lavrinhas	eSF	3	3	21.390,00	100
	ACS	12	12	15.000,00	97,16
Lorena	eSF	11	11	78.430,00	43,33
	ACS	53	47	58.750,00	30,86
Piquete	eSF	3	3	21.390,00	73,68
	ACS	24	20	25.000,00	81,86
Potim	eSF	5	3	15.130,00	45,17
	ACS	37	32	40.000,00	80,31
Queluz	eSF	3	3	18.260,00	81
	ACS	20	19	23.750,00	85,51
Roseira	eSF	4	4	28.520,00	100
	ACS	24	24	30.000,00	100
São José do Barreiro	eSF	2	2	14.260,00	100
	ACS	11	11	13.750,00	100
Silveiras	eSF	3	2	11.130,00	100
	ACS	14	8	10.000,00	74,28

Fonte: Brasil, 2019b.

Em relação à saúde bucal na região Alto Vale do Paraíba o município de Jacareí possui maior número de ESB implantadas enquanto Jambeiro, Paraibuna e Santa Branca possuem menos equipes implantadas, já São José dos Campos não possui nenhuma equipe implantada. Em relação a região de saúde Litoral Norte São Sebastião é o município com maior número de equipes implantadas. Na região de saúde Vale Paraíba e Região Serrana os municípios de Pindamonhangaba e Taubaté possuem mais ESB implantadas, Natividade da Serra, São Bento do Sapucaí, Tremembé não possui ESB implantadas. Na região de saúde Circuito da Fé e Vale Histórico Lorena é o município com maior número de equipes implantadas, Arapeí, Areias, Canas, Lavrinhas e Silveiras possuem menos equipes implantadas Potim não recebe repasse do governo pois, não possui ESB implantada.

Em relação aos municípios de estudo, para a manutenção das 05 Equipes de Saúde Bucal (ESB), Aparecida recebe o valor mensal de repasse de aproximadamente R\$ 11.150, 00, e Guaratinguetá pelas 08 Equipes recebe mensalmente o valor de R\$ 17.840,00 (Quadro 06) evidenciado à seguir.

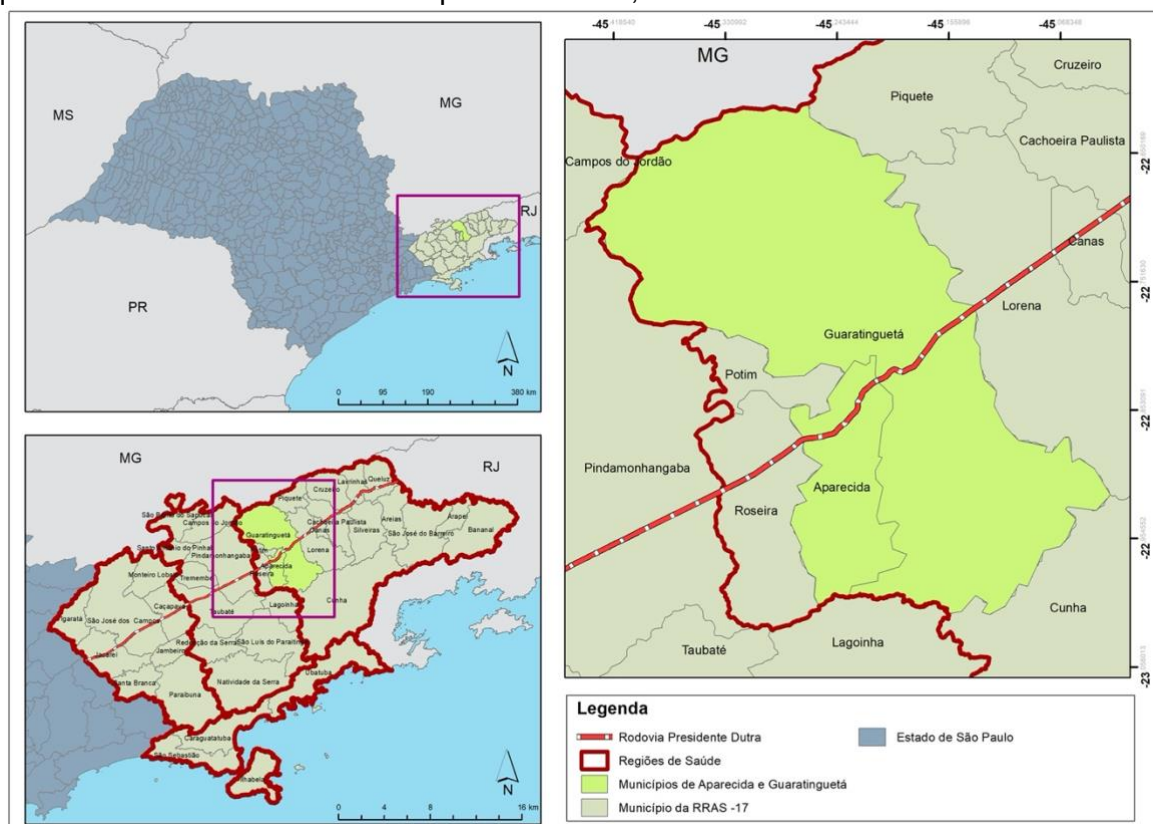
Quadro 6 - Valor de repasse para a manutenção das Equipes de Saúde Bucal nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.

Regiões de saúde	Municípios	Equipes	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse
Alto Vale do Paraíba	Caçapava	ESB	8	8	17.840,00
	Igaratá	ESB	2	2	4.460,00
	Jacareí	ESB	21	21	46.830,00
	Jambeiro	ESB	1	1	2.230,00
	Monteiro Lobato	ESB	0	0	0
	Paraibuna	ESB	6	1	2.230,00
	Santa Branca	ESB	1	1	2.230,00
	São Jose dos Campos	ESB	0	0	0
Litoral Norte	Caraguatatuba	ESB	10	10	22.300,00
	Ilha Bela	ESB	9	9	20.070,00
	São Sebastião	ESB	25	23	51.290,00
	Ubatuba	ESB	7	7	16.725,00
Vale Paraíba e Região Serrana	Campos do Jordão	ESB	6	6	13.380,00
	Lagoinha	ESB	1	1	2.230,00
	Natividade da Serra	ESB	0	0	0
	Pindamonhangaba	ESB	19	19	42.370,00
	Redenção da Serra	ESB	1	1	2.230,00
	Santo Antônio do Pinhal	ESB	3	3	6.690,00
	São Bento do Sapucaí	ESB	0	0	0
	São Luiz do Paraitinga	ESB	3	3	6.690,00
	Taubaté	ESB	26	15	33.450,00
	Tremembé	ESB	0	0	0
Circuito da Fé e Vale Histórico	Aparecida	ESB	7	5	11.150,00
	Arapeí	ESB	1	1	2.230,00
	Areias	ESB	1	1	2.230,00
	Bananal	ESB	2	2	4.460,00
	Cachoeira Paulista	ESB	9	9	20.070,00
	Canas	ESB	1	1	2.230,00
	Cruzeiro	ESB	7	5	11.150,00
	Cunha	ESB	2	2	4.460,00
	Guaratinguetá	ESB	8	8	17.840,00
	Lavrinhas	ESB	1	1	2.230,00
	Lorena	ESB	10	10	22.300,00
	Piquete	ESB	2	2	4.460,00
	Potim	ESB	0	0	0
	Queluz	ESB	3	3	6.690,00
	Roseira	ESB	4	4	8.920,00
	São José do Barreiro	ESB	2	2	4.460,00
	Silveiras	ESB	2	1	2.230,00

Fonte: Brasil, 2019b.

Dentre os municípios acima citados situados na DRS 17, destaca-se especial interesse por dois municípios localizados na região do Circuito da Fé e Vale Histórico. A figura 09 apresenta a localização geográfica dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá e os municípios vizinhos, ou seja, aqueles que fazem fronteira geográfica com o município analisados.

Figura 7 - Localização Geográfica dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá e, municípios que fazem fronteira com os municípios de estudo, na RRAS 17.



Fonte: IBGE (2010), São Paulo (2012b). Elaborado por Daniel José de Andrade.

Cabe ressaltar que as organizações dos serviços de saúde nas regiões de saúde são importantes vejamos a seguir nos discursos Santos (2017, p. 1282).

Essa integração de serviços na região é necessária para garantir a integralidade da saúde mediante o processo de referência de serviços, cabendo ao ente federativo de maior porte responder, na região, por serviços de maior complexidade que exigem escala e outras complexidades administrativas e tecnológicas, os quais poderão ser

acessados por municípios de outros municípios. Assim, um cidadão de um município pequeno, ao precisar de um serviço de maior complexidade, recorrerá aos serviços de outro, de maior porte, dentro da região de saúde; outro aspecto relevante é o fato de os municípios não serem obrigados a financiar serviços para municípios que não são seus, em nome do interesse local constitucional; isso obriga os estados e a União a cofinanciarem as ações e os serviços de saúde. Unir os entes federativos em uma determinada região para delimitar o seu campo de atuação, organizar as referências de serviços dadas suas complexidades sanitárias, tecnológicas e financeiras, é imperativo ao SUS. Sem esse formato organizacional o SUS não consegue se viabilizar.

Dessa forma infere-se que, em virtude da definição de regiões e a valorização das relações entre estados e municípios, e frente ao planejamento regional da saúde, o processo de regionalização se fortaleceu. As Atas das reuniões do Conselho Metropolitano, disponíveis no website da AGEMVALE, atestam a participação de representantes da DRS 17 e a importância da questão da saúde nas discussões sobre os problemas da região. Com a pandemia do coronavírus, a necessidade de se pensar regionalmente as demandas e provisões para a assistência à saúde tornou-se ainda mais evidenciada (LABORATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO EM SISTEMAS SOCIOAMBIENTAIS, 2020).

Em suma, compreende-se que a Regionalização em Saúde operacionaliza, estrutura e realiza uma melhor distribuição espacial dos serviços em saúde, com a finalidade de oferecer ampla cobertura e facilidade de acesso às populações em relação às ações e serviços de saúde, buscando eficiência nas ações que exerçam influências sobre o dinâmico processo saúde-doença das populações, de acordo às suas necessidades. Trata-se de uma rede articulada e integrada para atingir os seus fins (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2019).

A seção seguinte caracteriza os Municípios de estudo Aparecida e Guaratinguetá, com a finalidade de se conhecer a situação dos referidos municípios na RRAS 17 e na sub-região a que pertencem.

6 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA RELAÇÃO COM OS MUNICÍPIOS E TERRITÓRIOS

6.1 Contextualização dos Municípios

Dentre os municípios que fazem parte da RRAS 17 destaca-se nesse estudo o interesse pelos municípios de Aparecida e Guaratinguetá. A escolha desse recorte espacial levou em consideração a sua localização geográfica (microrregiões com características socioeconômicas semelhantes) e a cobertura do Estratégia da Saúde da Família com modalidades de gestão similares (Atenção Básica). Considera-se que as experiências de diferentes municípios estudados podem enriquecer a compreensão dos processos distintos de implantação da ESF, em contextos territoriais diferenciados, bem como a influência dos implementadores das políticas públicas de saúde sobre a população que atendem e, sobretudo, a representação social dos implementadores das políticas de saúde pública e de base territorial sobre a população beneficiária.

Em relação aos territórios analisados, levou-se em conta um município cujas ESFs estivessem localizadas nas proximidades do centro do município, com melhor estruturação das condições socioeconômicas e de moradia e outro, que fosse situado mais distante do centro, por acreditar que as condições sociais e territoriais podem influenciar na implantação da política de forma positiva e/ou negativa e repercutir no índice de cobertura e de atenção à população.

Para contextualizar os territórios das ESFs aqui estudadas considera-se importante, antes, conhecer a características geográficas e a localização, suas caracterizações ressaltando o seu histórico cultural, de natureza religiosa, as características demográficas, os aspectos religiosos e econômicos, as características sociais e de saúde propriamente ditas dos municípios onde as ESFs estão alocadas.

6.2 Características Geográficas e localização dos Municípios de Aparecida e Guaratinguetá

As cidades de Aparecida e Guaratinguetá situam-se às margens da Rodovia presidente Dutra, no Vale do Paraíba, entre duas importantes metrópoles do país, São Paulo (168 km) e Rio de Janeiro (240 km) aproximadamente.

Aparecida possui uma área territorial de aproximadamente 121.076 Km², limita-se com os seguintes municípios: Potim (N), Lagoinha (S), Guaratinguetá (L) e Roseira (O), e apresenta uma densidade demográfica de aproximadamente 289,13 no ano de 2010 (habitantes/Km²) (APARECIDA, 2017). Já Guaratinguetá possui uma área territorial de 752,64 km², limita-se à Leste com Piquete e Lorena, ao Norte com os municípios de Campos do Jordão e Wenceslau Braz, em Minas Gerais; ao Sul com Lagoinha e Cunha e, a Oeste, com Pindamonhangaba, Potim e Aparecida, com densidade demográfica de aproximadamente 148,91 (habitantes/Km²) (GUARATINGUETÁ, 2019), ambos municípios pertencem à RRSA 17.

A localização confere aos municípios facilidade de acesso por meios rodoviário, ferroviário e aéreo, uma vez que se situam próximos a cidades do eixo São Paulo / Rio de Janeiro, que possuem movimentados aeroportos, e conta também com o aeroporto da cidade de Guaratinguetá, denominado Edu Chaves, destinado a jatos particulares e a aeronaves militares, embora possua menor intensidade de movimentação contribui também para o acesso aos municípios.

Os municípios de Aparecida e Guaratinguetá, possuem uma rede de estradas interligadas à capital paulista, à Serra da Mantiqueira (como Campos do Jordão) e às praias do Litoral Norte e são cortados pela linha férrea (APARECIDA, 2017; GUARATINGUETÁ, 2019).

A figura 08 apresenta os 39 municípios que compõem A RMVPLN e também RRAS - 17, com destaque para os municípios de Aparecida e Guaratinguetá.

Figura 8 - Mapa da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte e localização dos municípios Aparecida e Guaratinguetá.



Fonte: IBGE (2010), São Paulo (2012b). Elaborado por Daniel José de Andrade

6.3 Aspectos históricos do Município de Aparecida

A história do município de Aparecida está diretamente ligada à história da imagem da Padroeira, que resultou no grande volume de peregrinações para a cidade como trajetória de fé e devoção. Em meados de 1717, o conde de Assumar, em viagem para a cidade de Vila Rica, atualmente conhecida como Ouro Preto, onde iria assumir o cargo de Governador, passou em visita pela vila de Santo Antônio de Guaratinguetá, atualmente denominada Guaratinguetá (RIBEIRO, 1998; APARECIDA, 2020).

Para servir jantar ao visitante, um grupo de três pescadores João Alves, Domingos Martins Garcia e Felipe Pedroso saíram pelas águas do Rio Paraíba do Sul em busca de peixes. Próximo ao atual Porto do Itaguaçu, sem obterem resultado na pescaria, João Alves lançou a rede e captura o corpo da imagem de Nossa Senhora da Conceição, depositando-a no fundo do barco, e em seguida, ao lançar a rede novamente, dessa vez captura a cabeça da imagem. Á partir desse momento a pesca

tornou-se farta e rapidamente os barcos se encheram de peixes (RIBEIRO, 1998; APARECIDA, 2020).

A referida imagem, que apareceu nas águas do Rio Paraíba do Sul, foi levada à casa do pescador João Alves e sua mãe providencia a união entre o corpo e a cabeça. Posteriormente a imagem foi levada para casa de Felipe Pedroso permanecendo lá por alguns anos e, com a reza do terço, a família inicia a devoção sendo carinhosamente chamada de Nossa Senhora da Conceição Aparecida. Durante o tempo que a imagem permaneceu em sua casa, aproximadamente 20 anos, o culto à imagem permanece familiar, mas a fama da imagem cresce constantemente e os visitantes começam a aparecer das mais variadas regiões. Com o aumento significativo do fluxo de pessoas em visita à imagem e migração de pessoas para o local, onde a imagem permanecia guardada, originou-se a cidade de Aparecida. Por volta de 1745 foi edificada uma capela no Morro dos Coqueiros para abrigar a imagem. Atualmente a imagem é conhecida como Padroeira do Brasil (APARECIDA, 2020).

Devido ao aumento significativo de visitantes em peregrinação à imagem, em 1888 a cidade ganha uma igreja maior, atualmente conhecida como Basílica Velha ou Matriz Basílica. Durante muito tempo, a gestão da cidade de Aparecida permaneceu ligada ao município de Guaratinguetá. Foi somente por volta de 1928 que Aparecida finalmente conseguiu sua emancipação. Em 1955, deu-se início à construção do Santuário Nacional, considerado o maior santuário Mariano existente no mundo e a segunda maior Basílica (APARECIDA, 2020).

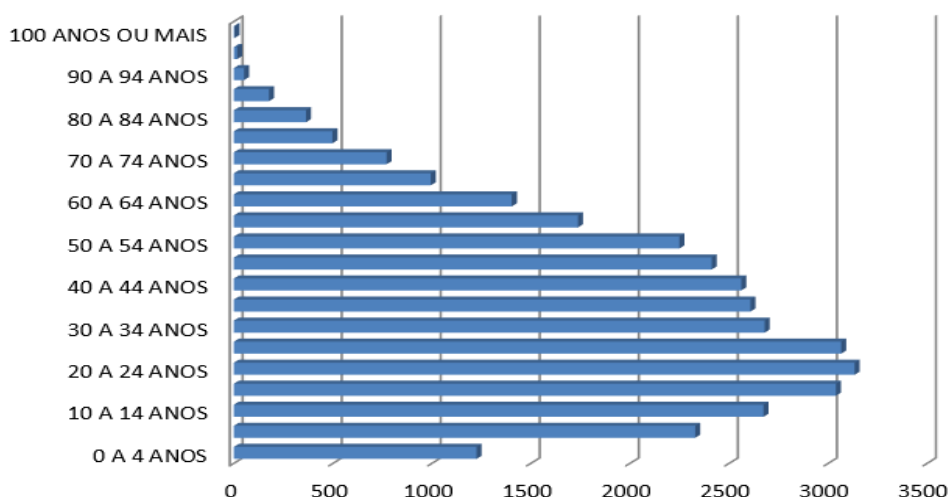
6.3.1 Características Demográficas

De acordo com o IBGE (2020), a população do município de Aparecida em 2010 estava próxima a 35.007 habitantes, com estimativa de 36.157 habitantes para o ano de 2019.

Nota-se na Figura 09, maior concentração populacional entre a faixa etária dos 20 a 24 anos, seguida das faixas etárias dos 25 aos 29 anos e dos 15 a 19 anos, com índice populacional significativo na faixa etária entre 30 a 64 anos. Considerando o que está preconizado na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que diz que a

pessoa pode atuar plenamente a partir de sua maioridade (18 anos de idade), considerada absolutamente capaz de praticar os atos relacionados à vida laboral (ASSAD, 2003), infere-se que o município dispõe de uma população em plena idade ativa. Tal inferência é corroborada também pelos dados publicados pelo IBGE, sobre a expectativa de vida do brasileiro, de aproximadamente 76,3 anos. Complementa-se ainda que, no Brasil, para uma pessoa ser considerada idosa, a idade limite passa a ser de 65 anos e, parte da população que se encontra nessa faixa etária, ainda está em plena atividade laboral (IBGE, 2019). Nota-se ainda na figura 10 um índice populacional importante entre a faixa etária dos 65 aos 84 anos e um decréscimo populacional na faixa etária acima dos 85 anos:

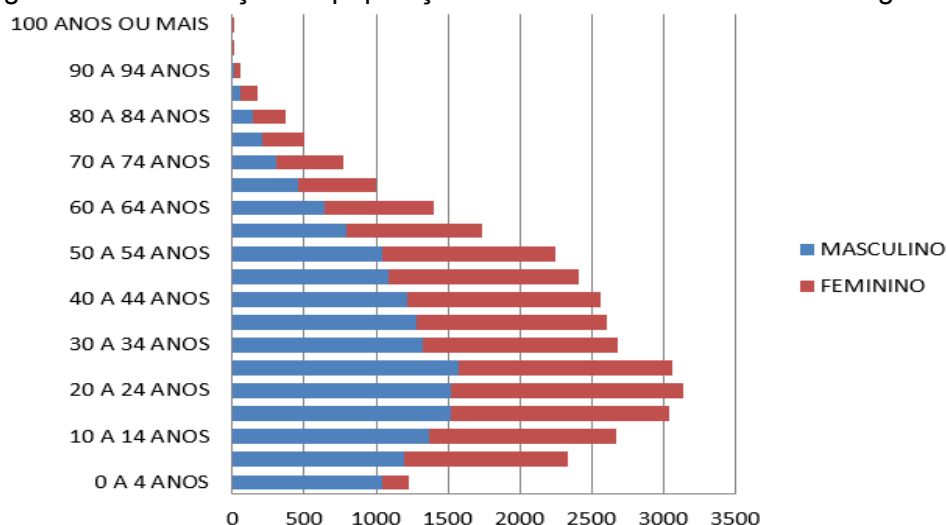
Figura 9 - Distribuição da população do município de Aparecida de acordo com a faixa etária.



Fonte: Aparecida (2017), IBGE (2020).

Em relação à faixa etária por gênero, há evidências que haja prevalência do gênero feminino perfazendo o total de 51% e o gênero masculino um total de 49%, com maior concentração do gênero feminino entre as idades de 20 aos 24 anos; o gênero masculino apresentou maior predomínio entre a idade de 25 aos 30 anos. Na faixa etária acima de 95 anos nota-se destaque para o gênero feminino evidenciando-se ausência da população masculina para essa faixa etária, o que reforça os resultados apresentados pelo IBGE, na figura 10, apontando que mulheres vivem em média 7 anos a mais que os homens (IBGE, 2019).

Figura 10 - Distribuição da população de acordo com a faixa etária e gênero.



Fonte: Aparecida (2017).

6.3.2 Religiosidade e Economia

No ano de 2018 o indicador econômico Produto Interno Bruto (PIB) per capita do município de Aparecida foi de aproximadamente 29.969,65. O percentual das receitas oriundas de fontes em 2015 foi de 62,7% e o total de receitas realizadas em 2017 no município foi de 111.612,76 R\$ (x1000) e o total de despesas empenhadas para o ano de 2017 foi de 98. 271, 14 R\$ (x1000) (IBGE, 2020).

Boa parte da economia do município de Aparecida está voltada para o setor turístico da fé, que atrai a peregrinação de fiéis que visitam os pontos atrativos da cidade por seu valor cultural inerente à importância histórica, dotado de sua beleza natural, artificial e originalidade, considerado um local raro, misterioso, destinado à recreação, diversão e demonstração de fé dos peregrinos, à seguir segue a relação dos principais pontos atrativos do município de Aparecida: o Porto Itaguaçu, local no Rio Paraíba do Sul onde a imagem foi encontrada pelos pescadores; o Morro do Cruzeiro, local para peregrinação com esculturas que representam as estações da Via Sacra; a Passarela da Fé, que possui 389 metros de comprimento e 35 metros de altura que serve para unir a Basílica Velha ao Santuário Nacional; o Memorial Redentorista, que mostra a história da fé; a Igreja de São Benedito, local onde acontece a tradicional festa religiosa e outras manifestações folclóricas; o Seminário Bom Jesus, construído para formação religiosa, atualmente o ponto mais destacado

de visitação por hospedar os papas João Paulo II e Bento XVI; a Matriz Basílica, ponto atrativo por seu estilo barroco e a primeira a abrigar a imagem de Nossa Senhora Aparecida; o Santuário Nacional, considerado a segunda maior basílica; a Feira Livre, situada nas proximidades da igreja; o Mirante das Pedras, que possui a imagem de Nossa Senhora da Conceição Aparecida com 1,80m de altura; o Centro de Apoio ao Romeiro, que oferece comodidade com praças de alimentação e mais 380 lojas; o Teleférico; o Mirante da Santa, com o maior monumento em homenagem à padroeira; o Aquário; a Igreja São Geraldo, que também abrigou a imagem de Nossa Senhora Aparecida por muitos anos (APARECIDA, 2017).

A Tabela a seguir demonstra de forma sintetizada a localização dos pontos turísticos:

Tabela 1 - Distribuição dos pontos turísticos do Município de Aparecida e sua localização

Ponto Turístico	Localização
Porto Itaguaçu	Bairro São Geraldo
Morro do Cruzeiro	Separado da cidade pela Dutra
Passarela da Fé	Centro
Memorial Redentorista	Monte Carmelo (Centro)
Igreja São Benedito	Praça Dr. Benedito Meirelles (Centro)
Seminário Bom Jesus	Padroeira do Brasil (Centro)
Matriz Basílica	Praça Nossa Senhora Aparecida Centro
Santuário Nacional	Av. Dr. Júlio Prestes (Centro)
Feira Livre	Avenida João Paulo II (Centro)
Mirante das Pedras	Av. Itaguaçu (Bairro São Geraldo)
Centro de apoio ao Romeiro	Santuário Nacional
Teleférico	Centro
Mirante da Santa	Bairro Santa Luzia
Aquário	Santuário Av. Dr. Júlio Prestes (Centro)
Igreja de São Geraldo	Bairro São Geraldo
Presépio	Santuário Av. Dr. Júlio Prestes (Centro)

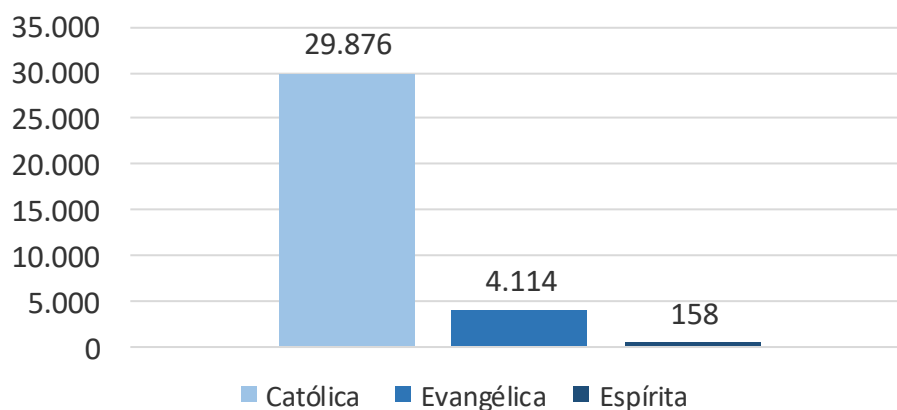
Fonte: Aparecida (2017). Elaborado pelo autor

Alcunhada como “Capital Mariana da Fé”, Aparecida se destaca no cenário turístico e religioso brasileiro. Considerado o maior centro de peregrinação religiosa da América Latina, no município transita, por ano, aproximadamente onze milhões de visitantes. A esse respeito, Lopes e Santos afirmam que:

A ideologia religiosa do catolicismo é seguida fielmente por grande parte da população como manifestação social; essa população tem grande fé e devoção em Nossa Senhora da Conceição Aparecida, conferindo a ela o título de Rainha e Padroeira do Brasil. A religiosidade é uma dimensão social e foi o principal fator de fixação e desenvolvimento urbano de Aparecida, trouxe um sistema organizacional da sociedade que contempla também a economia, a política, a cultura e a urbanização dentro dos moldes capitalistas (LOPES; SANTOS, 2009, p. 3).

O crescimento urbano do município de Aparecida foi determinado pelas construções amparadas pela determinação religiosa. No contexto de interação social observa-se que a religião católica se fortalece no município em relação às outras religiões conforme dados apresentados pelo IBGE no ano de 2010 (Figura 11):

Figura 11- Distribuição da população de acordo com a religião



Fonte: IBGE (2010).

Ao longo de sua história, a cidade de Aparecida se expandiu e se desenvolveu pautada no turismo e na religião como se lê nos discursos de Lopes e Santos:

Dentro de um contexto de interação social nacional, a religião católica se fortalece culturalmente, difundindo a fé como base fortalecedora

espiritual. Com o decorrer dos fatos o município cresceu cada vez mais e se desenvolveu com seu potencial turístico e religioso, definindo seu território urbano a partir da sua organização econômica atípica. Hoje, a cidade possui uma grande rede de hotéis, restaurantes, lojas de artigos religiosos e em geral, a fim de atender a demanda de turistas que a visitam durante os finais de semana (LOPES; SANTOS, 2009, p. 2).

Parte dos munícipes de Aparecida dedica-se à produção e ao comércio de *souvenirs* (lembranças, recordações, presentes); outra parte está envolvida com a rede de hotelaria e de setor alimentício, que gera postos de trabalho e movimenta a economia local. Destaca-se que a população vizinha e até mesmo distante se utiliza do município de Aparecida para realizar atividades econômicas e prover a renda familiar. Atualmente a cidade possui aproximadamente 50 indústrias que se dedicam a atender o comércio religioso, 01 empresa de grande porte denominada (*Serveng - Civilsan S.A*), 01 editora, 02 emissoras de rádio (Rádio Aparecida e Rádio Monumental) e 01 emissora de televisão - TV Aparecida e redes de restaurante, ao quais 02 funcionam durante 24 horas (APARECIDA, 2017).

Em relação à distribuição das unidades das ESF, observa-se na figura abaixo unidades de ESF alocadas em bairros cuja média das rendas mensal das pessoas responsáveis pelos domicílios variam entre 02 a 03 salários mínimos embora, nas proximidades dessa mesma unidade encontre rendas mensais acima de 06 salários mínimos. Nota-se também unidades de ESF implantadas em regiões com predomínio de entre 02 a 03 salários mínimos e renda acima de 10 salários mínimos, apenas duas unidades estão situadas em regiões com predomínio de renda mensal de um salário mínimo.

Conforme se evidencia na Figura abaixo as ESF analisadas nesse estudo no município de Aparecida (ESF da Vila Mariana e Ponte Alta) estão localizadas em regiões com predomínio de renda mensal acima de 10 salários-mínimos mensais.

A Figura a seguir apresenta a média das rendas mensal das pessoas responsáveis pelos domicílios:

publica o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com o intuito de observar e contribuir com o crescimento e o desenvolvimento sustentável, vislumbrando a diminuição, a erradicação da pobreza, e sobretudo a exclusão social e as desigualdades (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS..., 2010).

No Brasil, o PNDU em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Fundação João Pinheiro (FJP), organizaram e instituíram o Atlas de Desenvolvimento Humano (ADH) com o propósito de acompanhar o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) visando a análise das desigualdades nos municípios.

A esse respeito Dutra (2019), afirma que o IDHM

demonstra o desenvolvimento humano dos municípios brasileiros, possibilitando analisar contextos e regiões, permitindo conhecer as desigualdades e auxiliar na elaboração de ações que visem as políticas públicas voltadas ao desenvolvimento socioeconômico local, regional e nacional (DUTRA, 20219, p.15).

Para calcular o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal são utilizadas três variáveis a saber: educação longevidade e renda. A esse respeito Dutra (2019) refere que:

A dimensão educação busca demonstrar o acesso ao conhecimento, possibilitando o desenvolvimento de capacidades que permitam as pessoas decidirem sobre seu futuro; a dimensão longevidade busca apontar a qualidade de saúde proporcionada à população; e a renda busca apresentar a capacidade financeira da população em adquirir recursos, e possibilitar qualidade de vida digna (DUTRA, 20219, p.15).

A classificação do indicador IDHM dá-se da seguinte forma: muito baixo (0 a 0,499); baixo (0,500 a 0,599); médio (0,600 a 0,699); alto (0,700 a 0,799) e muito alto (0,800 a 1). Como se percebe, o IDHM pode variar entre 0 a 1. No que se refere à representatividade, quanto mais próximo de 0 for o valor, pior será e, quanto mais

próximo de 1, melhor será a representatividade do IDHM para o município (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS..., 2010; ATLAS..., 2020; IBGE, 2020).

Destaca-se que nesse estudo apresenta-se apenas o IDHM dos municípios de analisados.

O IDHM no ano de 2010, o município de Aparecida se situa na faixa de Desenvolvimento Humano Alto, ou seja, o Programa das Nações Unidas considera um valor alto de IDH entre (0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o desenvolvimento de um bom IDHM no município é Longevidade, com índice de 0,828, seguida de Renda, com índice de 0,735, e de Educação, com índice de 0,706 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS..., 2010; ATLAS..., 2020).

Em relação ao indicador educação, nota-se crescimento significativo do IDHM no município de Aparecida a partir do ano de 1991, conforme descrito a seguir: em 1991 o IDHM estava próximo à 0,372 saltou para 0,706 no ano de 2010. Observa-se também aumento nos indicadores longevidade e renda. Ainda no sentido de crescimento é possível notar que a variável Educação foi a que mais se destacou, seguida por Longevidade e por Renda.

A Tabela 02 apresenta os valores dos componentes do IDHM do município para os anos de 1991, 2000 e 2010:

Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus Componentes, Município de Aparecida - SP.

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,372	0,583	0,706
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	34,49	48,85	63,50
% de 5 a 6 anos na escola	47,47	76,05	94,13
% de 11 a 13 anos nos finais do fundamental regular seriado ou com fundamental completo	58,95	75,91	88,59
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	30,57	63,57	69,50
% de 18 a 20 anos com médio completo	17,24	39,43	45,91
IDHM Longevidade	0,720	0,797	0,828
Esperança de vida ao nascer	68,19	72,82	74,67
IDHM Renda	0,688	0,703	0,735
Renda per capita	577,29	636,55	775,17

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil - ADHB (2020), IBGE (2020), Programa das Nações Unidas... (2010).

Em 2017, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade obtiveram nota média de 6.7 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB); já com relação aos alunos dos anos finais, a nota foi de 5.0. Em 2010, a taxa de escolarização entre a idade de 6 a 14 anos foi de 98.4%.

6.4 Aspectos históricos do Município de Guaratinguetá

A palavra Guaratinguetá tem sua origem na língua Tupi-Guarani, ou seja, o termo guará significa garça; “tinga” significa branca e “eté” relaciona-se a muitos assim, que representa “muitas Garças Brancas” (GUARATINGUETÁ, 2018).

No final do século XVI vários colonizadores, acompanhados por índios, passavam pela cidade rumo à Serra da Mantiqueira em busca de ouro e pedras preciosas. No Livro-Tombo da Catedral de Guaratinguetá consta que, por volta de 1628, o espaço foi, aos poucos, sendo povoado. Em 1630, especificamente no dia 13 de junho, foi construída a primeira capela erguida à mão, feita em palha, evento que

marca a fundação da cidade de Guaratinguetá, e data essa dedicada também a Santo Antônio, considerado o Padroeiro da cidade (GUARATINGUETÁ, 2019).

Em 13 de fevereiro de 1651, a cidade de Guaratinguetá, então “povoado”, foi elevado à condição de Vila. No século XVIII, a cidade de Guaratinguetá destacou-se como uma das principais vilas da Capitania no Vale do Paraíba. O município vivenciou, em sua história, diferentes períodos, dentre eles o do ouro e do açúcar; soma-se ainda as características religiosas, de especial significância à cultura da cidade (GUARATINGUETÁ, 2019, FUCUDA, 2019).

A data de 25 de outubro de 1739 possui importante significado para a cidade e a população de Guaratinguetá, uma vez que nascia Antônio de Sant’Ana Galvão atualmente chamado Santo Antônio de Sant’Ana Galvão, falecido em 23 de dezembro de 1822.

No ano de 1757 foi fundada a Irmandade de São Benedito junto à Capela de São Gonçalo e a partir daí, provavelmente, inicia-se a festa em louvor a este Santo que perdura até os dias atuais.

Em 1844, Guaratinguetá foi elevada à categoria de cidade. A cidade de Guaratinguetá é marcada pela presença de pessoas importantes da história do Brasil como o presidente Francisco de Paula Rodrigues Alves, que, além de governar o país entre 1902 a 1906, exerceu diversas funções a saber: Conselheiro do Império, Ministro da Fazenda da República, Governador do Estado de São Paulo por três vezes e Presidente da República. Além disso, influenciou fortemente a economia do Brasil ao criar o Banco do Brasil Estatal, o Banco Central e a Caixa de Conversão, evitando a quebra do sistema financeiro brasileiro (SIQUEIRA, 2015; GUARATINGUETÁ, 2019).

A cidade de Guaratinguetá vivenciou períodos e eventos que marcaram a história da cidade. O município se destacou na produção do café; na instalação da linha férrea no ano de 1897, que liga as cidades de São Paulo / Rio de Janeiro; na criação do jornal Mosaico (1958), que colocou a cidade em lugar de destaque como pioneira na imprensa regional; na criação dos clubes, na Banda de música, no Teatro e no Mercado Municipal, na instalação da Escola Complementar, no Ginásio Nogueira da Gama, na Escola de Comércio, na Escola de Farmácia, dentre outros (GUARATINGUETÁ, 2019; FUCUDA, 2019).

O século XX foi marcado por novos focos econômicos: a pecuária, a industrialização e o fomento comercial. Percebe-se que, nessa época, emerge uma nova comunidade na cidade com a chegada da Escola de Especialista da Aeronáutica, campus da UNESP (Faculdade de Engenharia de Guaratinguetá), o SENAC e, mais recentemente, a FATEC (Faculdade de Tecnologia) (GUARATINGUETÁ, 2019).

Como se sabe, o final do século XX foi marcado pelo reconhecimento da primeira Santidade brasileira, o Frei Antônio de Sant'Ana Galvão.

Em 25 de outubro de 1998, Sant'Ana foi beatificado pelo Papa João Paulo II e recebeu os títulos de “Patrono da Construção Civil do Brasil” e “Homem da Paz e da Caridade”. A beatificação é o processo que antecede o estágio, por assim dizer, ao da canonização. O título de beato é concedido a um indivíduo somente após a constatação de benfeitorias, evidenciado a seguir nas falas de Souza (2009).

Este título de beato é conferido àquele que é reconhecido por algum milagre que tenha promovido. Mas sua devoção se limita ainda a espaços e municípios, por assim dizer, nos quais foram vivenciados intensamente esses acontecimentos que motivam a beatificação. No caso, ele pôde ser elevado aos altares na igreja de Santo Antônio, em Guaratinguetá e na capela do Mosteiro da Luz, em São Paulo (SOUZA, 2009, p. 19).

O milagre referente à beatificação de Frei Galvão está relacionado à cura de uma criança de quatro anos que estava internada numa UTI, em estado grave devido à hepatite aguda grave, insuficiência renal aguda, intoxicação por causa de metoclopramida, parada cardiorrespiratória, ascite (acúmulo de líquido na cavidade abdominal), além de dois episódios de infecção hospitalar causados por (*Staphylococcus aureus* e bacilo Gram negativo). Na pior fase da doença a criança ingeriu a pílula de Frei Galvão e foi milagrosamente curada. Na data de 08 de abril de 1997, o Frei Galvão foi beatificado no Vaticano pelo Papa João Paulo II, tornando-se o primeiro beato brasileiro (ESCOLA EQUIPE BRASIL, 2021).

Outro milagre citado em estudo foi o de uma mulher com abortos recorrentes que apresentava dificuldades em prosseguir com a gravidez. Após receber e ingerir a

pílula de Frei Galvão, a mulher conseguiu avançar com a gestação e dar à luz. Devido a prematuridade, a criança nasceu com problemas respiratórios graves denominada síndrome da membrana hialina quarto grau. A mãe que já havia recebido a graça de conseguir avançar com a gestação fez uso novamente da pílula de Frei Galvão solicitando a graça da cura para seu filho; em menos de 24 horas seu bebê estava curado originando o então chamado milagre duplo (ESCOLA EQUIPE BRASIL, 2021). Após a constatação do segundo milagre, o Papa João Bento XVI reconheceu Frei Galvão como o primeiro santo brasileiro, o que ocorreu em 16 de dezembro de 2006 e o processo de canonização em 11 de maio de 2007.

Tanto o processo de beatificação quanto o de canonização se pautaram em

[...] relatos e falas de pessoas que se entendem e que a Igreja entende serem testemunhas vivas de que frei Galvão é santo. Dos milagres salutareis nesse cenário, o da Daniella e o de Sandra e seu filho Enzo são os mais populares, e foram explorados pelos meios de comunicação, durante os processos de beatificação e de canonização, o que forneceu material para imprensa debater, reforçando a formação de um patrimônio próprio. E nesse sentido, não é possível falar de frei Galvão sem refletir sobre o evento da cura de Daniella e do nascimento de Enzo, pois são eles os indivíduos, são a própria referência de quando se quer lembrar da obra do Santo Antonio de Sant' Anna Galvão (SOUZA, 2009, p. 145).

Esse acontecimento foi um marco histórico com reflexos positivos para o município no século XXI, a cidade passou a ser conhecida como a Primeira Estância Religiosa do Estado de São Paulo (GUARATINGUETÁ, 2019).

A esse respeito à Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (2009) por meio da LEI Nº 13.574, DE 03 DE JULHO DE 2009 em seus Artigos 1º e 2º faz a seguinte declaração:

Artigo 1º - Declara o Município de Guaratinguetá “Estância Religiosa”.
Parágrafo único - A declaração de que trata esta lei tem por finalidade estrita reconhecer a importância do Município de Guaratinguetá como centro de peregrinação dos devotos de Santo Antônio de Sant'Ana

Galvão, o Frei Galvão, bem como propiciar a divulgação dos eventos religiosos em sua homenagem.

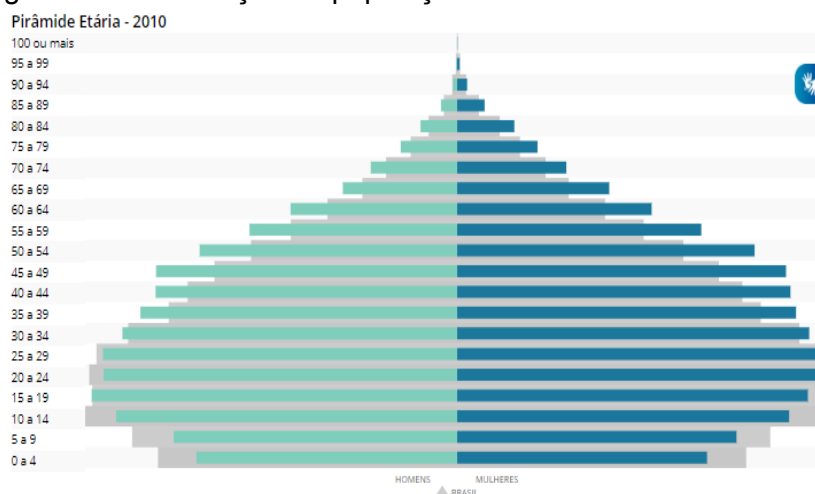
Artigo 2º - O disposto nesta lei não se aplica para os fins de concessão de auxílio, subvenções ou benefícios, nem para as finalidades do Fundo de Melhoria das Estâncias, a que se referem os §§ 1º e 2º do artigo 146 da Constituição do Estado e a Lei nº 7.862, de 1º de junho de 1992.

Com tal título o município recebeu recursos repassados pelo Dade (Departamento de Apoio ao Desenvolvimento das Estâncias)”, possibilitou investimentos para melhorar a infraestrutura turística e, assim, também impulsionar o turismo no município (GUARATINGUETÁ, 2019).

6.4.1 Características Demográficas

De acordo com o censo realizado pelo IBGE no ano de 2010, Guaratinguetá possuía aproximadamente 112.072 habitantes (GUARATINGUETÁ, 2019), e já para o ano de 2019, o IBGE fez uma estimativa populacional de 121.798 habitantes, o que mostra crescimento populacional em quase dez anos (IBGE, 2020). Essa similaridade também é possível com o município de Aparecida. Na pirâmide etária apresentada na Figura 18, observa-se maior concentração populacional entre a idade de 20 a 24 anos, seguidos das faixas etárias de 25 a 29 anos 15 a 19 anos. Observa-se também um índice populacional significativo na faixa etária entre 30 a 64 anos. Nota-se um índice populacional importante entre a faixa etária acima dos 65 aos 84 anos e decréscimo populacional na faixa etária acima dos 85 anos.

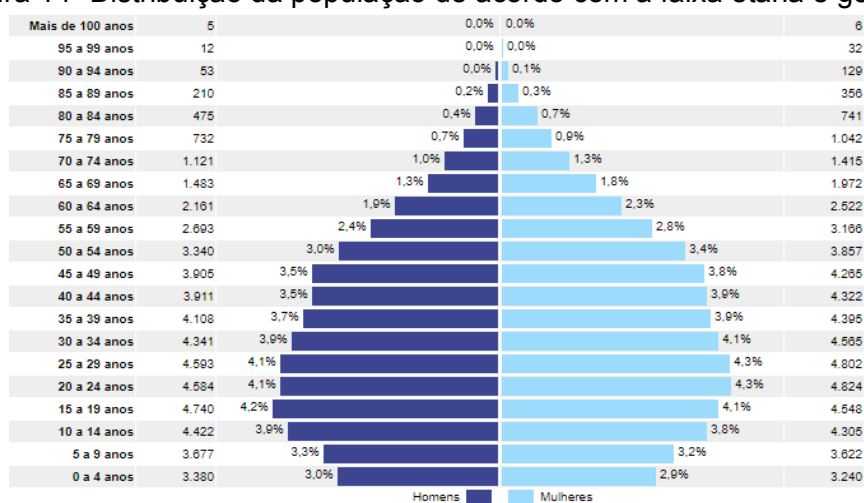
Figura 13 - Distribuição da população de acordo com a faixa etária.



Fonte: IBGE (2020).

Em relação à faixa etária por gênero, no município de Guaratinguetá há evidências de prevalência feminina perfazendo o total de 51,9% e o gênero masculino com um total de 48.1%, com maior concentração do gênero feminino entre as idades dos 20 aos 29 anos, enquanto o gênero masculino apresenta maior predomínio para a idade dos 15 aos 19 anos. Na população acima dos 95 anos nota-se predominância do gênero feminino. Cabe aqui uma observação, no município de Aparecida, ao contrário de Guaratinguetá, não se encontrou evidências do gênero masculino para essa faixa etária (Figura 14).

Figura 14- Distribuição da população de acordo com a faixa etária e gênero.



Fonte: IBGE (2020).

6.4.2 Aspectos Religioso e Econômico

No ano de 2018 o indicador econômico Produto Interno Bruto (PIB) per capita no município de Guaratinguetá estava em torno de 46.849,29, o percentual das receitas oriundas de fontes externas em 2015 foi de 71,8%, o total de receitas realizadas em 2017 foi de 314. 633,14 R\$ (x1000) e o total de despesas empenhadas para o ano de 2017 foi de 304. 895, 53 R\$ (x1000) (IBGE, 2020).

Parte do desenvolvimento do município de Guaratinguetá está pautada no turismo religioso. Considerada Estância Religiosa, o município recebe anualmente milhares de peregrinos que, em devoção e como prova de fé, realizam visitas a locais religiosos. Move a economia local a visita à casa de Frei Galvão, sua construção é em taipa, local onde o Santo frei Galvão nasceu em 1739 e viveu parte de sua infância, o Museu Frei Galvão é uma instituição cultural municipal com sede em Guaratinguetá, a visita à Catedral de Santo Antônio; Seminário Frei Galvão local destinado para Evangelização e formação de jovens da ordem Franciscana, à visita ao Santuário Frei Galvão, considerada a primeira igreja dedicada ao santo brasileiro e o próprio reconhecimento da Santidade de Frei Antônio de Sant'Ana Galvão como o primeiro brasileiro a ser beatificado, o que provocou um novo impulso da fé na cidade, Capela de Frei Galvão na Fazenda da Esperança, é uma capela construída e forma de pentágono, ecológica, Estátua de Frei Galvão inaugurada no ano de 2000 como homenagem ao santo possui 08 metros de altura a noite permanece toda iluminada, à busca por água abençoada na Gruta de Nossa Senhora de Lourdes; visita na casa de Frei Galvão, (GUARATINGUETÁ, 2019).

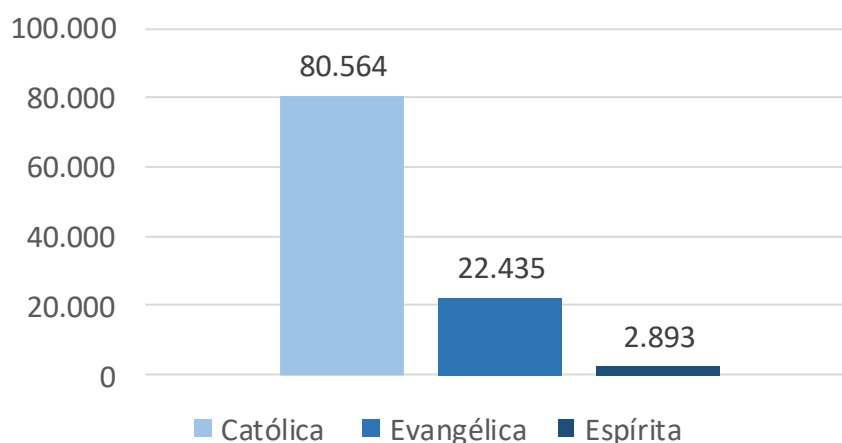
Tabela 3 - Distribuição dos pontos turísticos do Município de Guaratinguetá e sua localização

Ponto Turístico	Localização
Casa de Frei Galvão	Rua Frei Galvão (centro)
Museu Frei Galvão	Praça Conselheiro Rodrigues Alves (centro)
Catedral de Santo Antônio	Praça Santo Antônio (Centro)
Seminário Frei Galvão	Bairro São Bento
Santuário Frei Galvão	Bairro Jardim do Vale
Capela de Frei Galvão na Fazenda da Esperança	Bairro Pedrinha
Estátua de Frei Galvão	Bairro Jardim do Vale (Santuário)
Gruta de Nossa Senhora de Lourdes	Pedregulho Av. Dr. Júlio Prestes (Centro)

Fonte: Guaratinguetá (2019). Elaborado pelo autor

Em relação à predominância religiosa, em Guaratinguetá nota-se similaridade com a cidade de Aparecida. De acordo com o IBGE (2020), a religião Católica se sobrepõe, seguida pela religião Evangélica e Espírita como se observa a seguir na Figura 15:

Figura 15 - Distribuição da população de acordo com a religião.



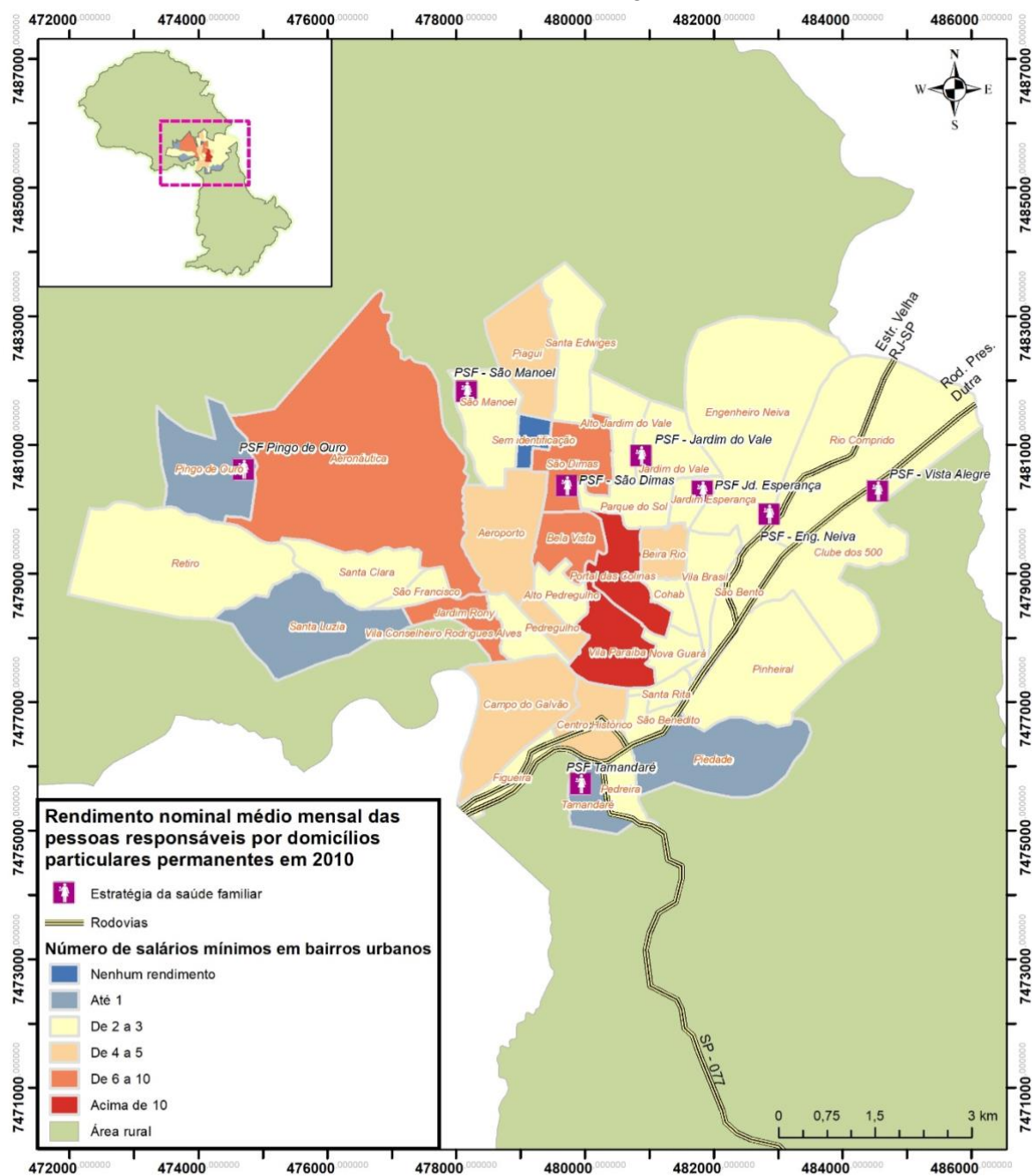
Fonte: IBGE (2010).

A agricultura e a pecuária estão ligadas à economia de Guaratinguetá desde o começo da história do município e, na atualidade, essas atividades ainda contribuem para a economia do município. No que concerne à agricultura, destaca-se a plantação do arroz, das frutas, das verduras e dos legumes, com destaque para o setor de hortifrutigranjeiros. Na pecuária, destacam-se os bovinos, suínos, equinos e ovinos (GUARATINGUETÁ, 2019).

Durante o período de transição do século XIX para o XX, no município de Guaratinguetá foram instaladas algumas fábricas de pequeno porte e algumas permanecem em pleno funcionamento até os dias atuais. O processo de industrialização teve início por volta de 1920, concretizando-se após a inauguração da Rodovia Presidente Dutra, em 1950. O setor alimentício, de laticínios e têxtil, química, metal e mecânica, por muito tempo movimentaram a economia do município de Guaratinguetá. A cidade possui também uma rede hoteleira que cada vez mais vem alavancando a economia local, como se percebe a economia do município de Guaratinguetá é diversificada (GUARATINGUETÁ, 2019; FUCUDA, 2019).

No tocante a distribuição dos equipamentos de saúde em especial a ESF observa-se na figura abaixo que maior parte das ESF estão localizadas nos bairros onde há predominância de 02 a 03 salários mínimos mensais, apenas 02 unidades de ESF foram implantadas em bairros com a renda até um salário mínimo. Ressalta-se que esse foi um ponto comum com o município de Aparecida (IBGE, 2020; GUARATINGUETÁ, 2019), conforme se evidencia na figura a seguir:

Figura 16 - Distribuição média das rendas mensal das pessoas responsáveis por domicílios no município de Guaratinguetá.



Fonte: IBGE (2020). Elaborado por Daniel José de Andrade

6.4.3 Características sociais

No que se refere ao IDHM para o município de Guaratinguetá no ano de 2010, observa-se crescimento importante desse indicador quando comparado aos anos anteriores. No ano de 1991, o IDHM estava próximo a 0,398; em 2000, 0,628 e em

2010, 0,751. O valor do IDHM de Guaratinguetá coloca-o na faixa de desenvolvimento Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799) (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS..., 2010; ATLAS..., 2020).

Ainda em relação ao IDHM no município de Guaratinguetá nota-se destaque para a variável educação seguida de longevidade e renda ponto em comum com o município de Aparecida.

A Tabela 04 apresenta os valores dos componentes do IDHM do município para os anos de 1991, 2000 e 2010:

Tabela 4 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus Componentes Município de Guaratinguetá - SP.

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,398	0,628	0,751
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	39,66	53,62	67,32
% de 5 a 6 anos na escola	39,74	77,39	96,80
% de 11 a 13 anos nos finais do fundamental Regular Seriado ou com fundamental completo	61,57	81,60	89,39
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	37,05	69,74	72,34
% de 18 a 20 anos com médio completo	20,86	42,88	58,55
IDH Longevidade	0,734	0,796	0,886
Esperança de vida ao nascer	69,05	72,77	78,17
IDH Renda	0,731	0,739	0,764
Renda per capita	557, 43	796,10	926,78

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil - ADHB (2020), IBGE (2020), Programa das Nações Unidas...(2010).

Em 2017, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade obtiveram nota média de 6.3 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB); já os alunos dos anos finais, obtiveram a nota 4,6. Em 2010, a taxa de escolarização entre a idade de 6 a 14 anos foi de 97.8% (IBGE, 2020).

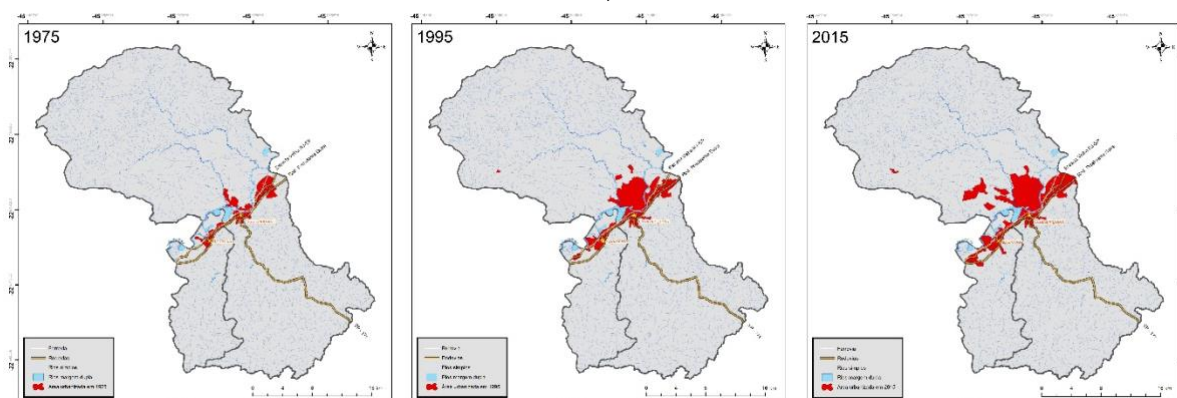
6.5 Características de Saúde: aproximações entre os municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Essa seção destina-se a apresentar análise dos dados dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá em relação à expansão da área urbana, os equipamentos

de saúde, os indicadores de saúde, o índice de cobertura proveniente das ações dos serviços de saúde que são oferecidos à população adscrita, especialmente àquelas realizadas pelas equipes implementadoras de Políticas Públicas de Saúde de base territorial que atuam nas ESFs.

De acordo com os dados anteriormente apresentados referentes ao crescimento populacional dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá, nota-se que houve aumento em ambos os municípios. Associado ao crescimento demográfico, evidencia-se também aumento na expansão das áreas urbanas nos referidos municípios entre os períodos de 1975, 1995 e 2015. No município de Guaratinguetá, o crescimento da ocupação das áreas (Mancha Urbana) foi maior quando comparado ao crescimento registrado no município de Aparecida, como se evidencia na Figura 17.

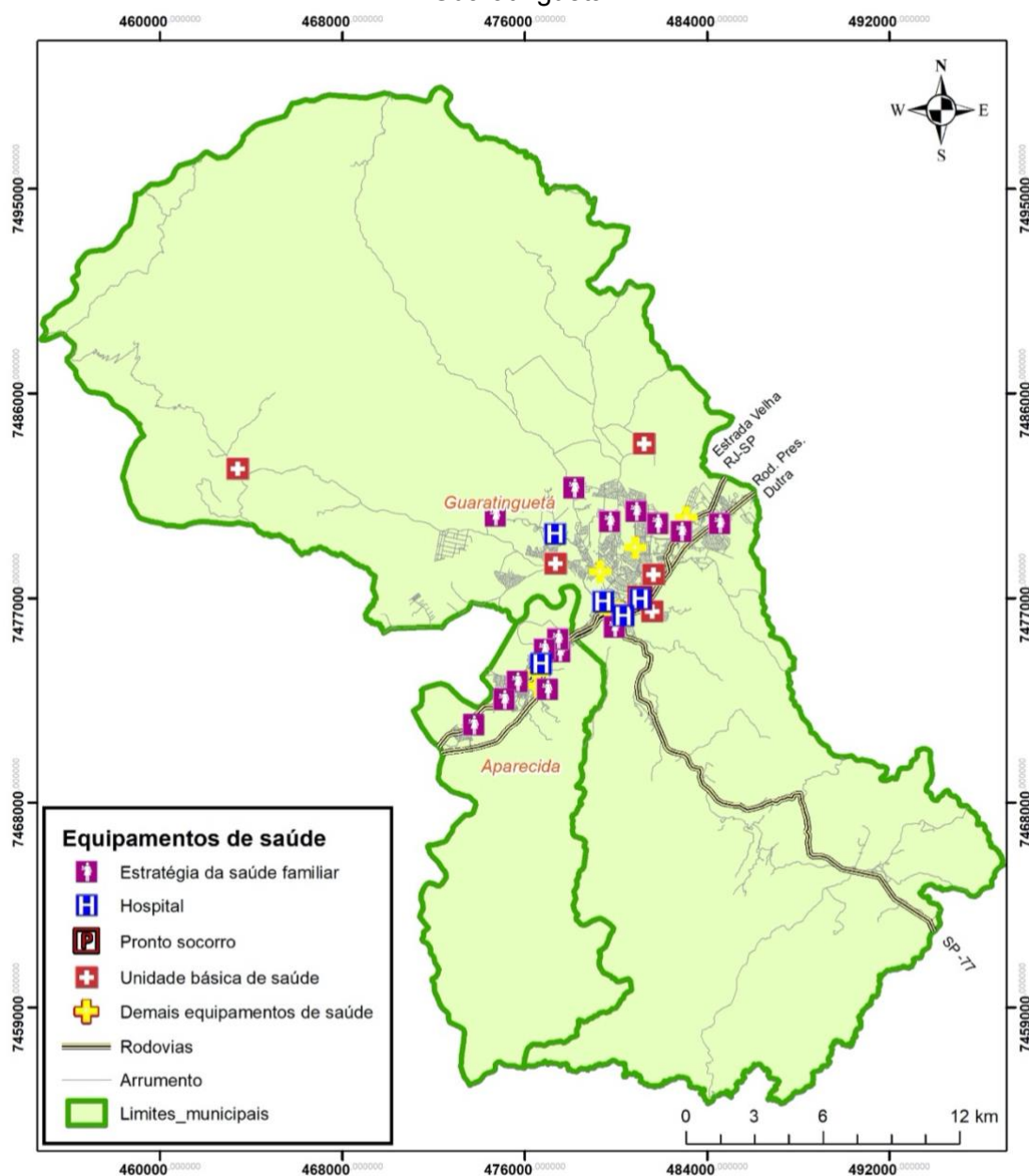
Figura 17 - Expansão da área urbanizada dos Municípios de Aparecida e Guaratinguetá nos anos de 1975, 1995 e 2015.



Fonte: USGS (2015). Elaborado por Daniel José de Andrade.

Em relação aos equipamentos de saúde ressalta-se que Aparecida possui apenas uma Santa Casa, enquanto Guaratinguetá disponibiliza a Santa Casa, o Hospital Maternidade Frei Galvão, o Hospital da Escola de Especialista de Aeronáutica (EEAR) e Hospital Centro Pediátrico e Ortopédico de Guaratinguetá (CEPOG) conforme se evidencia na Figura à seguir:

Figura 18 - Localização dos equipamentos de saúde nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.



Fonte: Guaratinguetá (2019). Elaborado por Daniel José de Andrade.

No que se refere à quantidade de estabelecimentos ambulatoriais, por nível de atenção à saúde, observa-se que o município de Aparecida e Guaratinguetá disponibilizam os três níveis de complexidade: básica, média e alta. Quando se analisa os serviços hospitalares, nota-se que Aparecida oferece apenas os serviços de média complexidade e, Guaratinguetá, os serviços de média e alta complexidade. Assim pode-se observar que Guaratinguetá possui menor grau de dependência quando comparado à Aparecida, conforme mostra o quadro à seguir.

Quadro 7- Total de estabelecimentos de saúde, segundo o nível de atenção, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.

Município	Ambulatorial			Hospitalar	
	Básica	Média	Alta	Média	Alta
Aparecida	18	27	1	1	0
Guaratinguetá	257	116	13	6	3

Fonte: DATASUS, 2019

No que se refere a dependência dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá, investigou-se o fluxo das internações nos municípios de residência e àquelas referenciadas para outras localidades para o ano de 2020. Evidenciou-se que o total de internações para o município de Aparecida corresponde à 2429, dessas internações 1127 (46,398) aconteceram no próprio município e 1302 (53,60) fora. Já em Guaratinguetá houve 7192 (84,562) internações no município e 1444 (16,98) em outras localidades.

Ainda em relação às internações constatou-se que houve 131 internações de munícipes de Aparecida na cidade vizinha de Guaratinguetá. No que se refere as internações dos munícipes de Guaratinguetá em Aparecida perfaz o total de 99.

Além de Guaratinguetá outros municípios foram referências para Aparecida, para busca dos serviços de saúde no caso específico a internação, com destaque para cidade de Taubaté seguido de Lorena e São José dos Campos assim, infere-se que o município de Aparecida apresenta grande dependência para internação em outros municípios.

No caso de Guaratinguetá ainda que possua equipamentos de saúde em todos os níveis de complexidade, vale destacar que o município necessita referenciar pacientes para internação em outros municípios e portanto, buscou com maior frequência a internação em São José dos Campos seguido de Taubaté e São Paulo, enquanto que Lorena recebeu menos internação de Guaratinguetá quando comparado com Aparecida, como se evidencia no quadro à seguir.

Quadro 8 - Fluxo de internações dos munícipes de Aparecida e Guaratinguetá no município de origem e referenciadas para outras localidades

Local de destino (internação)	Município de origem		Total
	Aparecida	Guaratinguetá	
Aparecida	1127	99	1226
Barretos	0	6	6
Bauru	2	2	4
Campinas	3	3	6
Campos do Jordão	0	1	1
Caraguatatuba	6	11	17
Cruzeiro	1	4	5
Cunha	7	11	18
Guararema	0	1	1
Guaratinguetá	131	7061	7.192
Guarulhos	0	1	1
Itapira	79	24	103
Jacareí	1	0	1
Jaguariúna	0	1	1
Lins	0	1	1
Lorena	351	38	389
Marília	0	6	6
Moji das Cruzes	1	0	1
Pindamonhangaba	41	25	66
São José dos Campos	251	549	800
São Paulo	48	152	200
Silveiras	0	1	1
Sorocaba	1	2	3
Sumaré	1	0	1
Taboão da Serra	0	2	2
Taubaté	376	487	863
Tupã	0	15	15
Ubatuba	2	2	4
Total	2.429	8505	10.934

Fonte: Brasil, 2019/2020

Embora os municípios analisados (Aparecida e Guaratinguetá) possuam serviços de saúde que ofereçam atenção em diferentes níveis à saúde da população a saber, primário, secundário e terciário, destaca-se que o interesse nesse estudo é pelos serviços que realizam atenção primária à saúde, especificamente as ESFs.

A esse respeito destacasse que o município de Aparecida cadastrou no Ministério da Saúde sete unidades de ESF e sete equipes de profissionais perfazendo

o total de 91 profissionais. No município de Guaratinguetá foram cadastradas no Ministério da Saúde oito unidades de ESF e 09 equipes de profissionais. Destaca-se que um dos bairros, denominado Jardim do Vale, encontra-se em expansão e, portanto, possui o território de abrangência maior em relação aos outros bairros do município e, por conseguinte, o número de pessoas adstritas também é maior. Para atender às demandas da população, essa ESF possui duas equipes de saúde alocadas em uma mesma unidade responsável por determinado número de pessoas. Assim o número de profissionais no município perfaz o total de 108.

Ressalta-se que em ambos os municípios os profissionais são distribuídos entre as seguintes categorias profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e recepcionistas. Cabe ressaltar que o município de Guaratinguetá não possui recepcionista e quem realiza as atividades inerentes a essa categoria profissional são os agentes comunitários de saúde, a seguir no Quadro 09 evidencia-se o número unidades de ESF e profissionais nos municípios de estudo.

Quadro 9 - Número de Estratégias de Saúde da Família, equipes e profissionais nos Municípios de Aparecida e Guaratinguetá.

ESF Aparecida	Nº Equipes	Nº Profissionais	ESF Guaratinguetá	Nº Equipes	Nº profissionais
Itaguaçu	01	13	São Manoel	01	12
São Sebastião	01	13	Jardim do Vale	02	24
Ponte Alta	01	13	Vista Alegre	01	12
Santa Luzia	01	13	São Dimas	01	12
Santa Terezinha	01	13	Tamandaré	01	12
São Roque	01	13	Jardim Esperança	01	12
Vila Mariana	01	13	Rocinha	01	12
-----	-----	-----	Pingo de Ouro	01	12
Total	07	91	Total	08	108

Fonte: Aparecida (2017); Guaratinguetá (2019).

No município de Aparecida, a ESF da Ponte Alta, localizada próxima à região central do município e a ESF Vila Mariana, situada em uma área mais distante, foram as duas ESF escolhidas para esse estudo. No município de Guaratinguetá, inicialmente utilizou-se o mesmo critério para escolha das ESFs uma localizada

próximo ao centro no caso a ESF da Tamandaré e outra mais distante ESF do São Manoel, porém, destaca-se que o pesquisador encontrou resistência em estabelecer contato com a responsável de uma das unidades da ESF. Assim, devido à dificuldade vivenciada pelo pesquisador em estabelecer acesso ao responsável pela unidade de ESF da Tamandaré para realização do estudo optou-se pela ESF Vista Alegre embora, não está localizada nas proximidades do centro urbano situa-se às margens da Rodovia Presidente Dutra acredita-se que possa ser um ponto que traga facilidade de acesso da população a referida unidade, a outra unidade escolhida foi a ESF do São Manoel situada em uma região mais distante do centro.

O município de Aparecida possui 07 unidades de Saúde da Família, situadas em diferentes regiões, com a finalidade de oferecer maior índice de cobertura a toda sociedade como se evidencia na figura 19 a seguir:

Figura 19- Distribuição dos equipamentos de saúde no município de Aparecida.



Fonte: Aparecida (2020). Elaborado por Daniel José de Andrade.

Ainda em relação aos serviços de atenção primária à saúde destaca-se que Guaratinguetá possui oito unidades, sendo que o referido município utiliza a nomenclatura PSF para designar as ESFs. As unidades de PSF estão distribuídas em diferentes bairros como se lê na Figura 20:

Vale destacar que a localização geográfica dos equipamentos de saúde, especificamente a ESF no município, pode influenciar na acessibilidade e, por conseguinte, no processo de utilização por parte da população. Essa localização é essencial para que a atenção primária em saúde possa, de fato, alcançar o maior número de cobertura às demandas e necessidades da população. No que se refere ao número de pessoas cadastradas por ESF em Aparecida destaca-se que a ESF do

Itaguaçu foi a unidade que apresentou maior número de pessoas cadastradas e a ESF de São Roque a unidade com menor número de pessoas cadastradas.

Já em Guaratinguetá, embora se observe que a unidade do Jardim do Vale apresente maior número de pessoas cadastradas, ressalta-se que esse índice populacional cadastrado é de responsabilidade de duas unidades de saúde, uma vez que essa unidade do Jardim do Vale possui duas equipes alocadas, fato mencionado anteriormente. Assim, São Manoel assume lugar de destaque em relação ao número de pessoas cadastradas e, Tamandaré, a unidade com menor número pessoas cadastradas.

No que se refere as unidades da ESF selecionadas nos municípios de estudo destaca-se que na cidade de Aparecida, Vila Mariana apresentou maior número de pessoas cadastradas seguida da Ponte Alta. Já em Guaratinguetá a ESF com maior número de pessoas cadastradas foi São Manoel seguida da Vista Alegre. Conforme destacado no Quadro 10.

Quadro 10 - Número de pessoas cadastradas por Estratégia da Saúde da Família nos Municípios de Aparecida e Guaratinguetá.

ESF Aparecida	Nº de pessoas cadastradas	ESF Guaratinguetá	Nº de pessoas cadastradas
Itaguaçu	5160	São Manoel	4178
São Sebastião	3419	Jardim do Vale	2456 / 2538
Ponte Alta	3124	Vista Alegre	4083
Santa Luzia	3157	São Dimas	3031
Santa Terezinha	2649	Tamandaré	2112
São Roque	2826	Jardim Esperança	3217
Vila Mariana	4115	Rocinha	2055
-----	-----	Pingo de Ouro	2234
Total	24.450	Total	25.904

Fonte: Fonte: Aparecida (2017); Guaratinguetá (2019). Elaborado pelo autor

Para manutenção das práticas de saúde realizadas pelas equipes de profissionais das ESFs, o município de Aparecida recebe como repasse mensal do governo o valor de aproximadamente R\$ 49.910,00. Em relação à oferta dos serviços de saúde, nota-se que o município apresenta uma cobertura das ESFs de aproximadamente 57,11% da população. Já Guaratinguetá recebe o valor mensal de

repasso igual a aproximadamente R\$ 57.910,00 e a cobertura é de cerca de 25,93% da população, conforme mostra o Quadro 09.

Ainda em relação ao Quadro 10, nota-se que as equipes das ESFs e ACS no município de Aparecida destacaram-se em relação ao município de Guaratinguetá, uma vez que apresentaram melhores índices de cobertura. Dessa forma, infere-se que o município com baixa cobertura reforça a ideia de fragilidade nas ações de atenção à saúde e, por conseguinte, do sistema público, ainda mais quando se idealiza a ESF como uma das principais políticas públicas e de atenção primária à saúde da população beneficiária.

Quadro 11 - Distribuição dos repasses de acordo as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.

Aparecida				
Equipes	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse (R\$)	Percentual de população coberta pelas equipes financiadas pelo MS
ESF	7	7	49.910,00	57,11
ACS	43	42	52.500,00	57,11
Guaratinguetá				
Equipes	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse (R\$)	Percentual de população coberta pelas equipes financiadas pelo MS
ESF	9	9	57.910,00	25,93
ACS	59	58	72.500,00	27,37

Fonte: Brasil, 2019b.

Para a manutenção das 09 Equipes de Saúde Bucal (ESB), o município de Aparecida recebe o valor mensal de repasse de aproximadamente R\$ 15.610, 00, e Guaratinguetá pelas 08 Equipes recebe mensalmente o valor de R\$ 17.840,00 (Quadro 12).

Quadro 12 - Valor de repasse para a manutenção das Equipes de Saúde Bucal nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.

Aparecida			
Equipes	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse
ESB	7	7	15.610,00
Guaratinguetá			
Equipes	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse
ESB	8	8	17.840,00

Fonte: Brasil (2019b).

Em termos de desempenho das equipes de ESF, os resultados apontam que o município de Aparecida apresentou melhor resultado, pois conforme se evidencia na figura abaixo prevalência para o desempenho muito acima da média, ao passo que em Guaratinguetá, nota-se destaque para o resultado desempenho mediano ou pouco abaixo da média. Vale destacar que o município de Aparecida cadastrou seis unidades de ESF para avaliação da qualidade e Guaratinguetá oito, enfatiza-se que essas avaliações são realizadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), evidenciado no quadro 13 a seguir.

Quadro 13 - Certificação das equipes de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ, municípios de Aparecida e Guaratinguetá.

Classificação das equipes cadastradas no PMAQ	Equipes em Aparecida	Equipes em Guaratinguetá
Desempenho muito acima da média	3	0
Desempenho acima da média	2	1
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	1	7
Insatisfatória	0	0
Desclassificada	0	0
TOTAL	0	0

Fonte: Brasil (2019b).

Em relação à saúde bucal, ainda no quesito avaliação de desempenho, o município de Aparecida apresentou o seguinte resultado: três equipes apresentaram desempenho acima da média e duas equipes desempenho mediano ou um pouco abaixo da média. No Município de Guaratinguetá, todas as equipes apresentaram desempenho mediano ou um pouco abaixo da média. Nessa modalidade de

avaliação, o município de Aparecida apresenta dados de apenas cinco equipes de saúde bucal e Guaratinguetá sete equipes como se evidencia no Quadro 14.

Quadro 14 - Certificação das equipes de Saúde Bucal que aderiram ao PMAQ, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.

Classificação das equipes cadastradas no PMAQ	Equipes em Aparecida	Equipes em Guaratinguetá
Desempenho muito acima da média	0	0
Desempenho acima da média	3	0
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	2	7
Insatisfatória	0	0
Desclassificada	0	0
TOTAL	0	0

Fonte: Brasil (2019b).

A mortalidade infantil, é considerada um dos principais indicadores de saúde pois, reflete o desenvolvimento local, está diretamente ligada as questões sociais e econômicas do município, estado e ou país, possibilita avaliar as condições sanitárias da população (MENEZES *et al.*, 1996). A esse respeito à taxa de mortalidade infantil para o ano de 2017, o município de Aparecida apresentou menor índice perfazendo o total de 6,25 para 1000 habitantes e Guaratinguetá 13,79.

No que se refere à taxa de internações por diarreia em 2016, Aparecida não apresentou internações para 1000 habitantes, Guaratinguetá 0,4. Como se lê no quadro 15.

Quadro 15 - Distribuição dos casos de mortalidade infantil e internações por diarreia nos Municípios de Aparecida e Guaratinguetá.

Indicador	Aparecida	Guaratinguetá
Mortalidade Infantil	6,25	13,79
Internações por diarreia	0	0,4

Fonte: IBGE (2020).

Em relação ao número de óbitos por residência a figura abaixo demonstra a incidência desse evento. Nos municípios analisados nota-se destaque para Guaratinguetá, ou seja, o município em questão apresentou número de casos maior de óbitos quando comparado à Aparecida.

Quadro 16 - Distribuição do número de casos de mortalidade por residência no município de Aparecida e Guaratinguetá

Indicador (valores absolutos)	Aparecida	Guaratinguetá
Mortalidade por residência / 2019	320	985

Fonte: Brasil (2019b).

Diante do exposto infere-se que a atenção básica, as ações e as práticas dos cuidados realizados pelas equipes de ESF em âmbito nacional, impactaram de forma expressiva à saúde da população. Sua expansão e sua adequação nos diferentes territórios brasileiro, contribuíram para o acesso da população nos serviços de saúde e consequentemente para sua utilização, fato que talvez possa ser atribuído à aproximação das equipes junto à população, soma-se ainda a diminuição da mortalidade como demonstrado anteriormente nos quadros 12 e 13 e ainda a melhora na oferta da assistência à saúde bucal, dentre outros.

Acredita-se que os serviços de saúde ofertados pelas equipes das ESFs buscam atender as necessidades da população nos diferentes territórios que constantemente se transformam assim, considera-se necessária a realização de estudos com a finalidade de identificar os eventos que possam ser significativos para o fortalecimento das políticas públicas, para que de fato atenda as necessidades da população com redução das desigualdades em todo o Brasil.

Embora ainda haja espaço para melhorias em termos das políticas públicas voltadas para saúde, a evidência é clara de que a ESF é uma ferramenta poderosa e eficaz para a organização da atenção primária à saúde em território brasileiro. O capítulo a seguir apresenta-se discussões sobre o processo de implementação da ESF, procurando ressaltar a importância da dimensão territorial.

7 MATERIAL E MÉTODO

O método é o caminho pelo qual o pesquisador planeja os passos e a trajetória científica que irá utilizar para a realização e investigação do estudo, determinando objetivos a serem alcançados por meio da problematização (LAKATOS; MARCONI, 2003).

Leopard *et al.* (2002) conceituam metodologia como a arte de dirigir o espírito na investigação, por meio de estudos, técnicas e procedimentos, tal prática possibilita o pesquisador alcançar os objetivos propostos; o autor ressalta que o método é a essência do fazer científico e, portanto deve respeitar o aspecto formal da pesquisa. É o plano através do qual se evidencia e se articula os meios e fins através de uma ordenação lógica de procedimentos.

7. 1 Tipo de pesquisa

Para este estudo utilizou-se a pesquisa avaliativa, exploratória e descritiva como forma de obter maior familiaridade com o tema proposto para estudo, para em seguida, buscar uma maior aproximação ao problema, e posteriormente, analisá-lo de forma mais criteriosa, para tal realizou-se a integração de métodos.

A escolha do método de pesquisa a ser utilizado depende da natureza do objeto de estudo. Segundo Contandriopoulos *et al.* (1997 p. 37), uma pesquisa avaliativa consiste em fazer “uma avaliação ex-post analisando a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa”.

A pesquisa exploratória proporciona maior visão e compreensão dos fenômenos investigados, possibilita melhor delineamento do problema de pesquisa. De acordo com Gil (2008) a pesquisa exploratória proporciona uma maior familiaridade com o problema, por meio dela pode surgir novas hipóteses e o problema tornar-se mais visível.

A pesquisa descritiva expõe para o pesquisador as características de uma determinada população, fenômeno estabelece relações entre as variáveis definindo sua natureza. Proporciona melhor visão em relação ao problema estudado, realiza aproximação com as pesquisas exploratórias (GIL, 2008).

A integração de métodos trata-se de um tipo de avaliação que pode ser compreendido como a expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os autores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas. Além da integração objetiva e subjetiva no processo (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Em primeiro momento foi realizado um levantamento bibliográfico em diferentes bases de dados a saber: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e SCIELO (Scientific Electronic Library Online) dentre outras. A pesquisa bibliográfica foi realizada com a finalidade de analisar na literatura conceitos que fundamentam teoricamente o tema estudado nesta pesquisa, juntamente as possíveis evidências empíricas identificadas.

Realizou-se também pesquisa documental em bases de dados de domínio público, para tal utilizou-se como base de dados as instituições de domínio público: Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE), Atlas de Desenvolvimento Humano, Sistema de Informação em Saúde (DATASUS), Sites das Prefeituras dos municípios analisados, Secretarias regionais de Saúde dentre outros.

Em relação à pesquisa empírica utilizou-se a abordagem qualitativa. No que concerne à esse método de pesquisa o pesquisador têm como pretensão aprofundar nos significados atribuídos pelo indivíduo pesquisado em relação ao objeto estudado, esse método de pesquisa oferece respostas a perguntas muito particulares, trabalha aquilo que não pode ser quantificável, permite avaliar o entendimento sobre o mundo de forma empírica, enfim o pesquisador pretende descobrir novos nexos e explicar significados, aspirações, crenças, valores e atitudes por meio desta abordagem o pesquisador tem a oportunidade de aprofundar nos espaços das relações (SERAPIONI, 2000; MINAYO, 2003).

A integração de métodos, com a abordagem qualitativa foi escolhida para trabalhar neste estudo, por compreendermos que requer do pesquisador flexibilidade, capacidade de interação com os participantes das diferentes categorias profissionais e usuários dos diferentes territórios, e ainda porque o pesquisador pretende utilizar uma variedade de fontes e métodos de pesquisa para tentar apropriar-se de maior número de informações possíveis com a finalidade de compreender e identificar os diferentes fenômenos que possam emergir do objeto proposto.

7.2 Local do estudo

Neste estudo buscou-se compreender o fenômeno social a partir da mobilidade e da articulação dos indivíduos que se encontram nos territórios da ESF.

O presente estudo foi realizado no território de dois municípios do interior do estado de São Paulo denominados de Município 01 Aparecida e Município 02 Guaratinguetá. Estes municípios possuem em seu território diversas unidades de ESF cuja atenção à saúde mostram-se voltadas para ações de atenção básica aos cuidados sócios sanitários, individuais e coletivos, do sujeito, das famílias e da comunidade como um todo.

Enfatiza-se que a escolha pelos municípios de Aparecida e Guaratinguetá se deu, primeiro, por interesse em aproximar o objeto de estudo à proposta geral do Programa de Doutorado em Planejamento Urbano, de análises sócio territoriais, e atender, mais especificamente, aos interesses do Núcleo de Estudos Urbano-Metropolitanos e Urbano-Regionais, voltados a investigações sobre a Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte e os 39 municípios que a compõem, colaborando assim com estudos sobre outros municípios (pouco estudados), além dos já realizados em muito maior número, a respeito de São José dos Campos, Jacareí e Taubaté.

A escolha por esses municípios se deu também por conveniência do pesquisador, devido à proximidade e a facilidade de acesso às ESF, ao grande apreço pelos mesmos por se tratar de territórios que marcaram a sua trajetória pessoal como

usuário dos serviços e profissional, pois teve a oportunidade de atuar em territórios nos municípios ao qual as ESF estudadas estão implantadas.

Frente à ampla rede de serviços que esses Municípios possuem, para a presente pesquisa optou-se por duas ESF em cada município por acreditar que, assim, se possa captar uma base mínima de informações para se fazer os estudos comparativos pretendidos entre duas estratégias dentro de cada município e as duas municipalidades.

Outros critérios de elegibilidade para escolha das ESF são os seguintes:

1. Buscou-se por ESF localizadas em diferentes regiões dos municípios, sendo uma alocada nas proximidades do centro do município, devido a melhor estruturação das condições sócio-econômicas e de moradia e outra, que seja situada mais distante e que apresente diferentes condições sócio econômicas e territoriais, pois o pesquisador considera que distintas condições sócio territoriais podem influenciar positiva ou negativamente na implantação da política e no sucesso dos serviços prestados;
2. Equipes completas de trabalho que atuam de forma contínua nos dois últimos anos possibilitam melhor compreensão sobre a estruturação da ESF e o processo de trabalho no território de atuação; acredita-se que a permanência do profissional em uma mesma região possa diminuir a possibilidade de interferências produzida pela rotatividade e por considerar que seja um tempo mínimo para se estabelecer vínculos e conhecimento mais amplo da população vivendo no território de sua responsabilidade;
3. Optou-se também por uma unidade com maior e menor número de pessoas e famílias cadastradas na tentativa de comparar a diferença dos índices de cobertura e analisar se esse fenômeno advém apenas de uma população mais numerosa ou, se a cobertura se torna mais fácil em territórios menores.

7. 3 População do estudo

A população do estudo foi composta por profissionais de diferentes instâncias do poder público, de diferentes categorias profissionais que atuam nos territórios da ESF de dois Municípios e, ainda, a população que se beneficia dos serviços da AB nos territórios selecionados.

A operacionalização e organização dos territórios nos Municípios das ESF escolhidas acontecem por meio da ação de profissionais de diferentes categorias profissional a saber: em nível municipal, o(a) secretário(a) de saúde de cada município perfazendo o total de 02 profissionais; em nível territorial das ESF, 01 médico, 01 dentista, 01 auxiliar de consultório dentário (ACD), 01 enfermeiro, 02 técnicos em enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde (ACS) e 01 recepcionista perfazendo o total de 13 participantes por ESF; como se pretende analisar territórios de 02 ESF em 02 diferentes Municípios totalizando 04 ESF, este estudo é constituído por 54 participantes que atuam em diferentes territórios na ESF e, ainda a população beneficiária dos serviços da ESF.

Para a realização do estudo foram adotados os seguintes critérios de inclusão para os profissionais que implementam as Políticas Públicas de Saúde nas ESF nos territórios: Profissionais de diferentes instâncias do poder público e diferentes categorias profissionais que operacionalizam e organizam por meio da implementação das políticas públicas de saúde os territórios das ESF como: secretário de saúde, médico generalista, enfermeiro, auxiliar e Técnico de enfermagem Técnico de enfermagem, dentista, ACS; ACD e recepcionista; Profissionais com tempo de atuação de pelos menos dois anos ininterruptos na função em que está, pois, acredita-se que esse tempo é minimamente necessário para que o participante deste estudo esteja familiarizado com as atividades de sua categoria profissional e para que conheça a ESF e as diferentes áreas dos respectivos territórios em que atuam, podendo assim contribuir para desvelar aspectos relacionados à representação social da implementação da política e dos territórios aos quais estão inseridos e sobre as pessoas que atendem; profissionais que aceitaram participar do estudo e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE VI). Nesse estudo foi adotado o seguinte critério de exclusão para os participantes:

Profissionais que não concordaram ter sua voz gravada na entrevista; Profissionais que não concordaram ter sua voz gravada durante o grupo focal.

Em relação à identificação dos usuários (moradores dos territórios em foco) para participar do estudo, utilizou-se a técnica de *Snowball*, também conhecida como Bola de Neve, ou seja, a primeira indicação foi a partir dos ACS, uma vez que essa categoria profissional é a que mais se aproxima dos domicílios da população (mediante visitas domiciliares mensais) e que melhor conhece o perfil da população e contexto em que se insere, possibilitando a sugestão de possíveis participantes que pudessem atender os critérios de inclusão definidos (abaixo) nesse estudo. A partir daí os usuários que aceitaram participar do estudo e assinaram o TCLE indicaram outros participantes a serem incluídos nessa pesquisa. Essa técnica possibilitou a participação de atores sociais envolvidos em contextos similares, sendo reconhecidos por seus pares, por meio de uma referência que possibilitou localizá-los (VINUTO, 2014).

Essa técnica de pesquisa é uma forma de selecionar uma amostra para estudos sociais em que um participante indica novos participantes e assim sucessivamente até que ocorra o chamado “ponto de saturação”, considerado o ponto em que os novos entrevistados começam a fornecer informações repetidas sobre os conteúdos que foram já obtidos anteriormente, não se observa adições de informações consideradas relevante à pesquisa (BALDIN; BAGATIN, 2011; GASKELL, 2008).

Nesse sentido Vinuto (2014) afirma que:

O tipo de amostragem nomeado como bola de neve é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados. A execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o pontapé inicial, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Isso acontece porque uma amostra probabilística inicial é impossível ou impraticável, e assim as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. Em seguida, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as

características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador. Eventualmente o quadro de amostragem torna-se saturado, ou seja, não há novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não trazem informações novas ao quadro de análise (VINUTO; 2014, p. 203).

Os critérios de inclusão utilizados em relação à população beneficiária envolveram indivíduos:

- De ambos os sexos, com idade igual ou maior que 18 anos;
- Cadastrados como morador no território atendido pela respectiva ESF;
- Residentes na área adscrita em tempo superior há dois anos;
- Usuários que utilizam com mais frequência os serviços da equipe da ESF;
- Com condições físicas e mentais (cognitivo) para serem entrevistados, ou seja, com comunicação verbal preservada no período em que as entrevistas foram realizadas;
- Que concordaram assinar o TCLE.

7.4 Procedimentos para a coleta de dados

Os dados só foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), em junho de 2019, sob Certificado de Apreciação Ética número **10689319.2.0000.5503**. Após essa etapa foi solicitada autorização formal ao responsável pelas instituições em que o estudo foi realizado por meio de formulários denominados (ANEXOS I e III). Após a leitura dos referidos formulários, os responsáveis pela ESF que concordaram assinaram outro documento liberando a realização do estudo nos municípios escolhidos (ANEXOS II e IV).

Somente após a autorização do responsável pela instituição, o pesquisador agendou o dia e horário para a realização da coleta de dados. Antes de iniciar a coleta dos dados, o pesquisador deixou claro o objetivo do estudo como forma de tranquilizar o participante, sendo garantido o anonimato, tanto da instituição, como do participante,

e o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, se assim desejasse.

A primeira entrevista aconteceu no município de Aparecida com a secretária de saúde apenas no mês de janeiro de 2020 e, em Guaratainguetá, no mês de março de 2020, após inúmeras tentativas e remarcações. Vale destacar que em ambos os municípios as entrevistas ocorreram de forma tranquila; as gestoras foram colaborativas e bem atenciosas durante as entrevistas e se dispuseram a contribuir com a pesquisa respondendo a todos os questionamentos e temáticas discutidas.

Para a coleta dos dados dos(as) secretários(as) de saúde, foi utilizada a técnica de entrevistas, que foram gravadas somente após a devida autorização dos participantes. Para realizá-las, utilizou-se um gravador digital. Os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO V) para assinar ao concordar em participar do estudo. Para a realização da entrevista foi utilizado o instrumento apresentado no APENDICE I, no qual o participante respondeu, por escrito, as perguntas referentes ao perfil sociodemográfico e de estudo. Em relação à entrevista gravada foi utilizado um roteiro semiestruturado (APENDICE II) no qual o participante respondeu perguntas relacionadas aos temas do estudo.

Para coletar os dados dos profissionais que atuam nas ESF como implementadores das políticas públicas (médico generalista; enfermeiro; auxiliar de enfermagem; Técnico de enfermagem Técnico de enfermagem; dentista. ACS e ACD), os participantes receberam o TCLE (ANEXO VI) para assinar ao concordarem em participar do estudo. Ressalta-se que foi garantida a anonimização dos profissionais pela não exposição da categorização dos cargos e funções dos participantes. Além disso, foram utilizados codinomes ou nomes fictícios, como: Participante 1, Participante 2... Em seguida utilizou-se outro instrumento (APENDICE I) no qual os participantes responderam, por escrito, perguntas referentes ao perfil sociodemográfico e de estudo.

Ainda em relação aos profissionais da ESF, destaca-se que os dados empíricos da pesquisa foram coletados por meio da técnica de Grupo Focal (GF), e para tanto, foi utilizado um instrumento semiestruturado (APENDICE III) composto por perguntas

abertas que funcionou como roteiro norteador das discussões em grupo. A proposta em utilizar essa técnica foi de coletar variáveis que possibilitassem melhor compreensão sobre: saúde, território e territorialização; ESF, organização do processo de trabalho dos implementadores de políticas de saúde para operacionalização do território da ESF; representações sociais dos implementadores de políticas de pública de saúde e da ESF em relação ao contexto sociocultural e territorial da população beneficiária; pontos dificultadores e facilitadores no trabalho dos profissionais que efetivam a implementação das políticas nos territórios da ESF.

O agendamento com as unidades de ESF foi considerado um ponto dificultador, pois o pesquisador não pretendeu interferir nas atividades diárias da unidade, e dessa maneira, foi escolhido um dia e horário da semana em que não houvesse alta demanda de atendimentos para que todos os profissionais que compõem as equipes pudessem participar do grupo focal. Soma-se a essas dificuldades a questão da pandemia da COVID 19, pois os profissionais mostraram-se resistentes em participar das rodadas do grupo focal. Devido à questão do isolamento ou distanciamento social, a primeira unidade de ESF que aceitou participar da pesquisa foi no município de Aparecida, a ESF da **VM**, no mês de outubro e novembro.

Após a realização do grupo focal com a equipe dessa unidade, procedeu-se à coleta de dados com a população beneficiária do território adscrito na respectiva ESF. Ressalta-se que este foi outro ponto de dificuldade, pois alguns moradores não aceitaram participar das entrevistas pensando que se tratava de pesquisa ligada a eleição; para eles o pesquisador estava coletando dados a pedido de candidatos eleitorais, mesmo tendo sido esclarecidos todos os objetivos e finalidades do estudo, o que atrasou a coleta de dados.

A segunda equipe a participar da coleta de dados foi a ESF de **PA**, no mês de novembro e dezembro. Ressalta-se que com essa equipe não houve dificuldade para a coleta de dados junto aos implementadores e tampouco com a população beneficiária.

No município de Guaratinguetá, na ESF do **VA** a coleta de dados aconteceu no mês de janeiro, seguida da coleta de dados da população beneficiária; tanto os profissionais quanto a população foram receptivos, aceitando participar da pesquisa.

Na ESF do **SM**, a coleta se deu no mês de fevereiro e março de 2021. Aqui, destaca-se que a equipe foi resistente em participar do estudo; foram necessárias várias conversas para o pesquisador explicar a importância do estudo e os profissionais aceitarem participar do grupo focal, depois de várias marcações. Destaca-se, ainda, que na EFS **SM** a coleta de dados ocorreu sem nenhuma interferência, todos foram receptivos durante a realização do grupo focal, e em seguida, os dados da população adscrita nessa área foram coletados, população esta que também mostrou-se participativa.

Dall'agnol, *et al.* (2012) afirmam que a técnica de GF contribui para a realização de estudos que objetivam analisar a organização de serviços de saúde, principalmente quando a temática do estudo possui relação direta com as políticas públicas. De acordo com os mesmos autores, esta técnica de coleta de dados utilizadas nas pesquisas qualitativa é um instrumento que pode ser adotado quando se tem a intenção de planejar ações e intervenções a dada instituição de saúde e local, vez que permite a realização de uma discussão da realidade.

Os autores recomendam a utilização dessa técnica ao pesquisador que pretende levantar dados e discussões acerca de um tema específico, pois se legitima por meio da participação ativa de diversos participantes em uma ou mais reunião em grupos em um mesmo local em certo período de tempo. Esta técnica de coleta é realizada por meio de discussões direcionadas a certa temática entre os participantes sendo moderada pelo pesquisador, e é enriquecida por meio de troca de experiências, conceitos e opiniões entre os envolvidos. A partir das reuniões se originam táticas grupais que podem ser discutidas e apresentadas como pontos de soluções de problemas podendo transformar a realidade que se discute; permite que os participantes se sintam valorizados, pois se tornam protagonistas, na medida em que dialogam e constroem conjuntamente os resultados da pesquisa (DALL'AGNOL *et al.*, 2012).

De acordo com Kind (2004) o GF é constituído pelas seguintes etapas:

Etapas:
Etapas I: preparação [...] o moderador convida os participantes a se apresentarem. Esta etapa dura aproximadamente 10 minutos.

Etapa II: conjunto do debate em grupo [...] o moderador deve dispor da sua habilidade de permitir que o debate transcorra de forma espontânea, estando atento, porém, para os prováveis desvios do tema. É essencial a investigação em profundidade. Deve-se recorrer a técnicas que aprofundem a discussão, como, por exemplo, repetir a afirmação do participante de forma interrogativa e lançar mão de perguntas como: você parece ter uma opinião muito arraigada sobre isso. O que você acha que os outros pensam? pode me dar um exemplo? você começou a dizer alguma coisa [...] A inserção de perguntas não previstas no temário, mas que se mostrem importantes para a elucidação do tema proposto, deve ser realizada quando se fizer necessária. Retomo a relevância de se fomentar desacordos legítimos entre os participantes. A técnica de grupos focais não pressupõe a busca de consensos.

Etapa III: encerramento do grupo [...] requer a exposição, de maneira sintética, da discussão promovida pelo grupo focal. Pode-se também esclarecer dúvidas que tenham ficado pendentes [...].

Etapa IV: questões posteriores à avaliação do grupo [...] envolve a análise de implicações do moderador em relação à pesquisa e ao grupo, na tentativa de separar o sentimento do grupo daqueles expressos pelo moderador. É também a hora de avaliar se a experiência do grupo pode ser comparada à de outros grupos, e se a divisão do grupo, bem como temário e moderação, foi adequada.

Etapa V: ação posterior [...] esta etapa visa verificar se as necessidades de informação foram satisfeitas, se são necessários mais grupos, se o temário precisa ser revisto e se é necessária uma investigação quantitativa de alguns resultados. Feita essa primeira análise, deve-se tomar providências para futuras investigações (KIND, 2004, p. 131-133).

Para a realização do grupo focal, o pesquisador agendou com os responsáveis pela coordenação das equipes, no caso, os enfermeiros, o melhor dia para não interferir na rotina de atividades do dia a dia dos profissionais. Após o agendamento, no dia da realização da coleta dos dados o pesquisador arrumou a sala em cada unidade onde aconteceram os distintos grupos focais. Ressalta-se que as cadeiras foram colocadas em círculo para facilitar o contato visual entre os participantes, respeitando os protocolos de distanciamento por conta da pandemia da COVID 19; o pesquisador levou álcool em gel, para higienização das mãos dos participantes, e canetas para uso individual no momento de assinar o TCLE e preencher a primeira parte do material de coleta que se refere ao perfil socio demográfico dos participantes.

Antes de iniciar o grupo focal, o pesquisador explicou os objetivos da pesquisa, reforçou a importância do anonimato para tranquilizar os profissionais, e após essa etapa todos assinaram o TCLE e responderam a primeira parte da pesquisa referente aos dados sócio-demográficos. Uma das questões relacionava-se ao número de identificação que constava no cabeçalho do questionário. De posse desses dados e

dos números, o pesquisador fixou um número na frente das cadeiras de cada participante, correspondente àquele número que o profissional havia colocado no questionário como identificação, por exemplo, entrevistado 01, entrevistado 02 e assim sucessivamente. Esse procedimento foi adotado pelo pesquisador para maior controle no momento das transcrições das entrevistas conforme os participantes fossem se manifestando durante a realização da coleta de dados. O pesquisador anotava a ordem em que os profissionais foram se manifestando, o que permitiu que o pesquisador identificasse o número do entrevistado conforme as falas foram surgindo.

Ao assumir a função de moderar o grupo, o pesquisador lançava as temáticas, as provocações, e à medida que os profissionais debatiam, o pesquisador juntamente com o auxiliar para realização do grupo focal anotavam a sequência dos debates conforme a ordem em que apareciam. Enfatiza-se que sempre que necessário o moderador intervinha para organizar as falas e estimular os profissionais menos participativos, prática esta que oportunizou a todos os profissionais exporem seus pensamentos. Tais técnicas foram aplicadas e gravadas, com gravador, nas 04 unidades de ESF dos municípios.

Um ponto importante a destacar como forte característica dos profissionais que participaram do estudo foi que o moderador lançava as temáticas para discussões no grupo focal e, inicialmente, pairava um silêncio e, aos poucos, os profissionais expressavam seus sentimentos a respeito da temática tratada. Enfatiza-se, ainda, que as discussões, na maioria das vezes, eram iniciadas pelos profissionais de nível superior, os enfermeiros, médicos e dentistas, seguidos das outras categorias profissionais, tais como os técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionista, auxiliar de consultório dentário. O moderador tentou direcionar as questões na ordem inversa várias vezes, mas não obteve êxito. Notou-se que as respostas iniciais pelos profissionais de nível superior servia como norte, pois observou-se que os profissionais de nível técnico se espelhavam nas respostas dos profissionais de nível superior, muitas vezes nas falas dos enfermeiros ou de médicos, para expressar suas representações e sentimentos. Este fato levou a pensar na semelhança das respostas emitidas pelos profissionais e na influência que o enfermeiro exerce como coordenador da equipe nos profissionais que a compõem.

Outro ponto dificultador para realização dessa pesquisa foi o silêncio por parte de alguns profissionais diante de certas temáticas, testemunhado em algumas unidades de ESF de ambos os municípios, e mesmo sendo chamado pelo moderador, optaram por ficarem em silêncio em certos momentos.

Em relação a coleta de dados referente à população beneficiada (usuários) dos serviços realizados pelos profissionais das ESF nos territórios, foi utilizado a técnica de entrevista, que foram gravadas somente após a devida autorização dos participantes, para tal utilizou-se um questionário (APENDICE IV) composto por duas partes ao qual na primeira o participante respondeu, por escrito, as perguntas referentes ao perfil sociodemográfico. A segunda parte é composta por perguntas norteadoras em que o entrevistador utilizou para direcionar a entrevista que foram gravadas por meio de um gravador digital, após terem sido esclarecidos sobre o objetivo do estudo e terem assinado o TCLE (ANEXO VII), seguindo as determinações da resolução 466/2012 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Ainda em relação à população beneficiária, a coleta de dados se deu por meio de entrevistas gravadas nos territórios das ESF de pertença. Para acessar o primeiro participante, o pesquisador solicitou indicação do ACS, e a partir desse entrevistado inicial indicou-se outra pessoa para ser entrevistada e, assim, se repetiu nos territórios até completar o número de participantes pré determinados, ou seja, 20 moradores por unidade de ESF. Para acesso das residências dos participantes, o ACS foi um profissional importante, pois intermediou os contatos entre o pesquisador e a população beneficiária. A participação do ACS como mediador das abordagens aos moradores foi um ponto importante e facilitador para acesso aos moradores, viabilizando a realização das coletas de dados. Vale a pena destacar que quando um morador não indicou o próximo entrevistado, quem o fez foi também o ACS, recordando então que a técnica utilizada para seleção foi a técnica de bola de neve, mediante a qual uma pessoa indica a outra.

Se, de um lado, a companhia do ACS nos domicílios foi um ponto positivo, de outro, o pesquisador a considerou também um ponto desfavorável, pois a presença desse profissional, em certos momentos das entrevistas, não deixou alguns moradores à vontade, que não expressaram seus sentimentos de forma espontânea. Esse evento foi observado em certas residências no momento em que o ACS se

ocupava conversando com os membros da família, e o participante aproveitava para expor suas impressões. No olhar do pesquisador, esse foi um ponto limitador para a coleta de dados, mas a mediação do ACS garantiu êxito à realização da pesquisa; sozinho o pesquisador talvez não conseguisse ser atendido pela população, pois não os conhecia e, conseqüentemente, talvez não confiassem na abordagem de alguém desconhecido. Optou-se por coletar os dados na residência por acreditar que seria o local que a população se sentiria mais confiante e à vontade em fornecer as entrevistas. Cabe aqui o seguinte questionamento, principalmente para os pesquisadores que pretendem coletar dados da população nas residências das populações beneficiárias: Como abordar os moradores em suas residências, nos territórios adscritos, e coletar dados de forma mais fidedigna sem interferência de profissionais que intermediam os encontros entre o pesquisador e o entrevistado? E como ganhar essa confiança em tão pouco tempo?

O pesquisador utilizou também um diário para anotações, este instrumento permitiu coletar alguns dados que não são falados, porém expressados no momento da realização do grupo focal tais como: expressões manifestas pelos entrevistados, emoções, gestos, comunicações não verbais.

A etapa seguinte foi a transcrição na íntegra dos dados coletados e, posteriormente, procedeu-se à sua análise. Ressalta-se que todos os dados serão guardados por cinco anos, após esse período, serão apagados da mídia digital e destruídos.

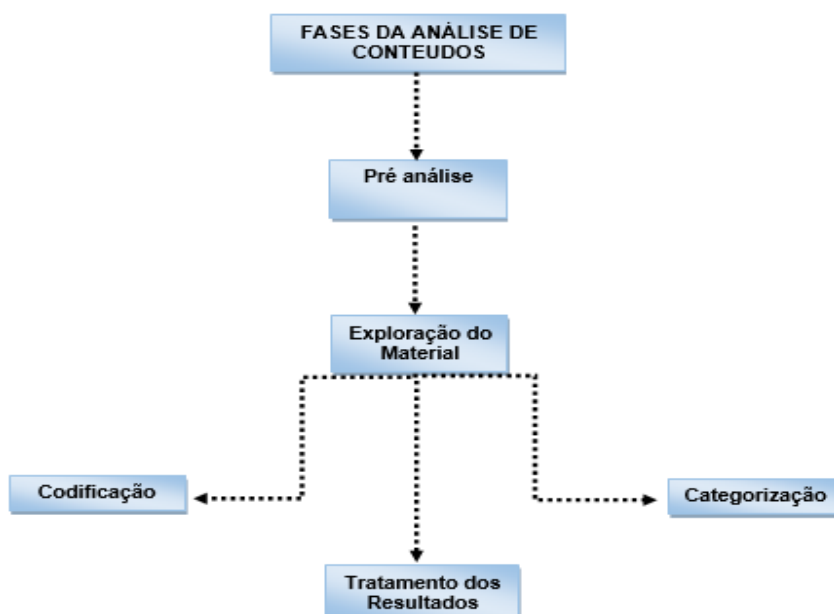
Após essa etapa, os dados foram analisados de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Convém enfatizar que o pesquisador apresentou como resultados apenas os depoimentos que se relacionavam com os objetivos da tese, acreditando que os objetivos norteavam a obtenção de “verdades relativas” a um dado momento e contexto sócio cultural. Os dados pertinentes e aqueles não utilizados aqui serão, ambos, tratados pelo pesquisador para confecção de artigos, como forma de aprofundar-se ainda mais na temática e divulgar o trabalho do pesquisador.

7.5 Análises dos dados

Após a fase da coleta, os dados foram transcritos na íntegra. Foi realizada uma leitura minuciosa do conteúdo apreendido no campo de investigação, com a finalidade de identificar os pontos que os participantes relataram e que atenderam aos objetivos e às problemáticas propostas neste estudo, pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

A técnica de análise de conteúdo foi composta pelas seguintes fases: pré-análise, exploração do material, subdividida em (Codificação e Categorização) e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011). A Figura 21 apresenta, de forma esquemática, as etapas propostas pela autora.

Figura 21 - Esquema das etapas de análise de conteúdo segundo Bardin (2011) - São José dos campos, 2020.



Fonte: Adaptado pelo autor de Bardin (2011).

De acordo com Bardin (2011) fase da pré-análise é momento ao qual o pesquisador escolhe documentos que pretende utilizar para a coleta dos dados, nesta etapa o pesquisador tem a oportunidade de construir o seu campo de trabalho, realiza leituras flutuantes, para composição do corpus do trabalho. O procedimento de leitura foi repetido diversas vezes, com a intenção de selecionar os conteúdos a serem apresentados e discutidos na tese para atender os objetivos propostos.

A segunda fase corresponde à exploração do material nessa etapa o pesquisador analisa o material selecionado, com a finalidade de realizar uma síntese, e cumprir as decisões que estabeleceu. Esta fase é composta por duas etapas a saber: a primeira é denominada de Codificação o pesquisador realiza leitura flutuante de todo o material apreendido durante a fase da coleta de dados com a intenção de se familiarizar com o material capturado, na segunda etapa chamada de categorização o pesquisador realiza novas leituras objetivando separar temas, termos, frases ou expressões similares que possa dar significados aos discursos, destaca os pontos relevantes das falas denominado, resultando nas Unidades Temáticas e seus Subtemas (BARDIN, 2011).

Em seguida, como forma de sistematização do trabalho, o pesquisador elaborou painéis e colando aí as respostas dos participantes de acordo com o nível de envolvimento no trabalho, ou seja, um painel para as gestoras municipais e implementadores das políticas da ESF nos respectivos territórios e, outro, para a população beneficiária. Essa prática foi adotada com a intenção de reunir em um único local, para visualização de conjunto dos depoimentos de acordo com os objetivos propostos.

Posteriormente, novas leituras foram realizadas com olhar mais criterioso objetivando identificar termos, frases ou expressões que dessem sentido aos discursos, ressaltando os pontos mais relevantes das falas dos entrevistados.

A etapa de identificação dos termos denominada de categorização possibilitou ao pesquisador a criação de Unidades Temáticas. Ressalta-se que na fase da categorização foram realizadas diversas leituras do material e, à medida que o pesquisador se apropriava dos conteúdos, sublinhava os trechos com canetas marca-texto de cores diferenciadas para ressaltar, mais uma vez, os pontos importantes e destacar significados semelhantes do material selecionado, como RSs dos participantes sobre um dado objeto. Após essa pré-seleção, os dados foram novamente reunidos e colados em outro painel, técnica que permitiu analisar a frequência com que as frases apareciam e, assim, as cores iguais diziam respeito a significados correspondentes.

Por fim, para finalizar, procedeu-se à terceira e última fase de tratamento dos dados; o pesquisador analisou, interpretou, tratou os resultados fazendo inferências e objetivando atender aos objetivos propostos no estudo (BARDIN, 2011).

Essa técnica analisa as comunicações de forma sistematizada e permite ao pesquisador descrever o conteúdo da mensagem que se estuda, dos indicadores quantitativos ou não, da produção e da recepção de variáveis nela inferidas (BARDIN, 2011).

Destaca-se que esse método foi utilizado pelo pesquisador como um instrumento de análise, pois ele possibilita a identificação ordenada de conceitos relevantes, os principais conceitos, ou os principais temas abordados em um determinado contexto de estudo, viabilizando a interpretação dos dados e buscando responder aos objetivos da pesquisa.

Os dados coletados referentes aos questionários aplicados aos usuários que se beneficiam dos serviços das ESF foram processados, transcritos e analisados por procedimentos de quantificação (análise estatística e descritiva).

8 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTORES PÚBLICOS, PROFISSIONAIS E MORADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS MUNICÍPIOS DE APARECIDA E GUARATINGUETÁ

Nessa seção são trazidos os resultados da pesquisa de campo realizada nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá a partir das entrevistas realizadas com os participantes do estudo, estruturada em duas partes. A primeira parte apresenta o tratamento dos dados referentes ao perfil sociodemográfico dos implementadores das políticas públicas da Estratégia de Saúde da Família e dos moradores dos respectivos municípios e unidades de saúde que pertencem. Na sequência, é apresentada a análise qualitativa dos depoimentos dos participantes, que possibilitou a elaboração das Unidades Temáticas e seus respectivos subtemas; seguida da análise comparativa entre os municípios de Aparecida e Guaratinguetá.

8.1 Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa

8.1.1 Os profissionais da saúde: perfil e breves considerações

O estudo foi realizado em dois municípios do interior do estado de São Paulo: Aparecida, e Guaratinguetá, aqui denominados respectivamente de município 01 e município 02. Ressalta-se que em ambos os municípios foram escolhidas duas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) denominadas unidades A e B em Aparecida e, em Guaratinguetá, unidades C e D.

No município 01 participou do estudo a secretária da saúde e os profissionais que estão na linha de frente de implementação das políticas públicas. O número de participantes nesse município totalizou 21 pessoas a saber: 01 gestora municipal, 10 profissionais na unidade A, 10 profissionais na unidade B, conforme discriminação a seguir.

Na unidade A, dos seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que compõem a equipe, um deles se encontrava de férias, um de licença médica e uma recepcionista não participou do estudo por ser recém-contratada, não atendendo o critério de inclusão estabelecido, que é o de possuir tempo de atuação de pelos menos dois anos

ininterruptos na unidade de saúde. Participaram ainda nessa unidade um profissional da categoria de dentista, uma enfermeira, uma médica, um Agente de Saúde Básica (ASB), dois técnicos de enfermagem. Na unidade B, dos seis ACS, um estava de férias, um de licença médica e um afastado das atividades laborais para exercer o cargo de vereança. Portanto, dessa categoria profissional participou do estudo três ACS. Em relação às demais categorias profissionais participaram um dentista, uma profissional médica, uma enfermeira, um ASB, dois técnicos de enfermagem, um recepcionista.

Em relação ao município 02, o número de participantes da pesquisa foi de 22 pessoas, respectivamente, 10 da unidade C, 11 da unidade D e 01 secretária de saúde.

Na unidade C, participaram 06 ACS, um dentista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem. Ressalta-se que o médico não participou, pois estava de férias, e o substituto não aceitou participar do estudo. A ASB também não participou por se encontrar de férias. Cabe informar que a unidade não possui recepcionista.

Com relação à unidade D participaram seis ACS, uma enfermeira, uma médica, três profissionais técnicos de enfermagem (de acordo com a coordenadora, a unidade possui um técnico a mais na equipe, para atender as necessidades da população). O dentista não participou, pois encontrava-se no gozo de suas férias. A ACB também não participou do estudo por ter sido transferida para outra unidade devido às férias da dentista. A unidade em questão também não possui recepcionista.

Dessa forma, entre os profissionais, o número de participantes do estudo fez o total de 43, conforme se observa a seguir.

Tabela 5 - Número de participantes do estudo, implementadores das políticas da Estratégia de Saúde da Família e população beneficiária (N = 123)

Categoria	Município 1				Município 2					
	Unidade A		Unidade B		Unidade C		Unidade D		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ACS	4	3,25	3	2,43	6	4,87	6	4,87	19	15,42
Dentista	1	0,81	1	0,81	1	0,81	-----	-----	3	2,43
enfermeiro	1	0,81	1	0,81	1	0,81	1	0,81	4	3,24
Médico	1	0,81	1	0,81	-----	-----	1	0,81	3	2,43
ASB	1	0,81	1	0,81	-----	-----	-----	-----	2	1,62
Técnico enf.	2	1,62	2	1,62	2	1,62	3	2,43	9	7,29
Recepcionista	0	0	1	0,81	-----	-----	-----	-----	1	0,81
População	20	16,26	20	16,26	20	16,26	20	16,26	80	65,04
Secret. de saúde	1	0,81	-----	-----	1	0,81	-----	-----	2	1,62
Total									123	99,9

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Observa-se, na tabela 05, a presença de um grupo composto por diferentes categorias profissionais e diferentes contextos sociais. Face à importância do tema proposto para estudo, acredita-se que a variedade de participantes no contexto das discussões grupais facilita o levantamento de dados, opiniões, crenças, valores e posicionamentos pois permitem compreender as diferentes interpretações e ângulos de visão.

As informações referentes ao perfil dos implementadores de políticas públicas foram levantadas a partir dos questionários respondidos pelos profissionais que compõem as equipes da ESF. Assim, a seguir, são indicadas as principais características dos profissionais: sexo, idade, estado civil, religião, escolaridade, profissão, tempo de formação, tempo que atua na área em que ocupa, formação complementar, vínculo empregatício, carga horária, atividades laborais, realização ou não de treinamento e/ou capacitação ao ingressar na área que atua, dificuldades para realização da capacitação.

Constatou-se no estudo a predominância do sexo feminino entre as diferentes categorias profissionais. No nível municipal observou-se, em ambos os municípios, que a pasta da secretaria da saúde é ocupada por mulheres. Em relação à categoria de dentista, em Aparecida, 100% eram do sexo feminino e, em Guaratinguetá, a predominância era masculina.

Em relação à profissão enfermeiro, em Aparecida 100% eram mulheres e, em Guaratinguetá, 50% do sexo feminino e 50% masculino. Em relação à classe médica, em Aparecida 100% dos participantes era do sexo feminino, e em Guaratinguetá, nas unidades entrevistadas, 100% dos médicos pertenciam ao gênero masculino, embora um dos profissionais não tenha participado do estudo. No que se refere aos ASB, em Aparecida predominou o sexo feminino e, em Guaratinguetá, não houve a participação dessa categoria profissional. Em relação aos técnicos de enfermagem que participaram do estudo, em ambos os municípios houve destaque para o gênero feminino, perfazendo o total de 100% de mulheres que atuam nessa categoria profissional.

Ao analisar a categoria profissional ACS, dos sete profissionais que participaram do estudo no município de Aparecida, cinco são mulheres, perfazendo o total de 71,4%, e dois deles, 28,6%, são do sexo masculino. Já em Guaratinguetá, dos 12 ACS que participaram do estudo, nota-se predominância feminina, perfazendo o total de nove profissionais (75%), quando comparado ao sexo masculino, que perfaz o total de três (25%). Em relação aos recepcionistas, no município de Aparecida havia apenas um profissional do sexo masculino e, em Guaratinguetá, não houve a participação dessa categoria profissional no estudo, evidenciado a seguir:

Tabela 6 - Participantes da Pesquisa de acordo com o sexo (N = 43)

Município 1																	
Unidade A																	
Sexo	Dentista		Enfermeiro		Médico		ASB		Téc. enf.		ACS		Recep.		Sec. Saúde		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Feminino	1	2,32	1	2,32	1	2,32	1	2,32	2	4,65	4	9,30	-----	-----	1	2,32	11
Masculino	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Unidade B																	
Feminino	1	2,32	1	2,32	1	2,32	1	2,32	2	4,65	1	2,32	-----	-----	-----	-----	7
Masculino	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	2	4,65	1	2,32	-----	-----	3
Município 2																	
Unidade C																	
Feminino	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	2	4,65	4	9,30	-----	-----	1	2,32	7
Masculino	1	2,32	1	2,32	-----	-----	-----	-----	-----	-----	2	4,65	-----	-----	-----	-----	4
Unidade D																	
Feminino	-----	-----	1	2,32	-----	-----	-----	-----	3	6,97	5	11,62	-----	-----	-----	-----	9
Masculino	-----	-----	-----	-----	1	2,32	-----	-----	-----	-----	1	2,32	-----	-----	-----	-----	2
Total																	43
																	99,8

Fonte: Elaborado pelo autor.

A idade dos participantes da pesquisa no município de Aparecida variou de 25 a 57 anos e a média de idade foi de 36 anos. No município de Guaratinguetá, a idade variou de 24 a 73, sendo a média das idades de 45 anos.

Em relação aos dentistas, no município de Aparecida a idade mínima foi de 27 anos e, a máxima, de 34 anos. Em Guaratinguetá participou do estudo apenas um dentista com idade de 73 anos. Entre os enfermeiros nota-se que, em Aparecida, a idade mínima foi de 38 anos e, a máxima, de 51 anos. Em Guaratinguetá, a idade variou entre 27 a 51 anos. No caso dos médicos, em Aparecida a idade variou entre 28 a 29 anos; e em Guaratinguetá foi de 60 anos, com a participação de apenas um profissional. Entre as ASB, no município de Aparecida, a idade variou entre 42 a 44 anos e, em Guaratinguetá, não houve a participação dessa categoria profissional. Em relação aos técnicos em enfermagem, em Aparecida a idade mínima variou entre 33 aos 41 anos, pouco inferior à Guaratinguetá, uma vez que a idade para essa categoria profissional variou em torno dos 33 aos 50 anos.

Entre os ACS, a idade mínima em Aparecida foi de 25 anos e, a máxima, de 42 anos. Em Guaratinguetá, a idade mínima foi de 24 anos e, a máxima, de 68 anos. Em relação aos recepcionistas, o único que participou do estudo foi o de Aparecida, com idade de 25 anos.

Em relação a idade das gestoras, observou-se que as idades variaram em torno de 57 anos em ambos os municípios. Cabe ressaltar que em Guaratinguetá identificou-se profissionais atuantes com maior idade, quando comparado aos profissionais da cidade de Aparecida (Tabela 07).

Tabela 7 - Faixa etária da população do estudo (N = 43)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Município 1																
Unidade A e B																
Idade	Dentista		Enfermeiro		Médico		ASB		Técnico enf.		ACS		Recep.		Secretária saúde	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20 a 30	1	2,32	---	---	2	4,65	---	---	---	---	2	4,65	1	2,32	---	---
31 a 40	1	2,32	1	2,32	---	---	---	---	3	6,97	4	9,30	---	---	---	---
41 a 50	---	---	---	---	---	---	2	4,64	1	2,32	1	2,32	---	---	---	---
51 a 60	---	---	1	2,32	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1	2,32
61 a 70	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
72 a 80	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Município 2																
Unidade C e D																
20 a 30	---	---	1	2,32	---	---	---	---	---	---	3	6,97	---	---	---	---
31 a 40	---	---	---	---	---	---	---	---	2	4,65	2	4,65	---	---	---	---
41 a 50	---	---	---	---	---	---	---	---	3	6,97	2	4,65	---	---	---	---
51 a 60	---	---	1	2,32	1	2,32	---	---	---	---	2	4,65	---	---	1	2,32
61 a 70	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	3	6,97	---	---	---	---
71 a 80	1	2,32	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Total	3	6,96	4	9,28	3	6,97	2	4,64	9	20,91	19	44,16	1	2,32	2	4,64
															43	99,9

Ao analisar o estado civil dos participantes, em ambos os municípios, a maior parte dos participantes é casada, totalizando 22 pessoas; os solteiros perfizeram o total de 17; divorciados três e em união estável apenas um, conforme evidencia-se na (Tabela 08).

Tabela 8 - Estado civil dos participantes do estudo (N = 43)

Município 1																		
Unidade A e B																		
Estado Civil	Dentista		Enfermeiro		Médico		ASB		Técnico enf.		ACS		Recep.		Secretária saúde			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
solteiro	1	2,32	1	2,32	1	2,32	1	2,32	1	2,32	3	6,97	1	2,32	1	2,32	10	23,21
casado	-----		1	2,32	1	2,32	1	2,32	3	6,97	3	6,97	-----		-----		9	20,9
desquitado	-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----	
divorciado	1	2,32	-----		-----		-----		-----		1	2,32	-----		-----		2	4,64
outros	-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----	
Município 2																		
Unidade C e D																		
solteiro	1	2,32	2	4,65	-----		-----		2	4,65	4	9,30	-----		-----		9	20,92
casado	-----		-----		1	2,32	-----		3	6,97	7	16,27	-----		1	2,32	12	27,88
desquitado	-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----	
divorciado	-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----	
outros	-----		-----		-----		-----		-----		1	2,32	-----		-----		1	2,32
Total	3	6,96	4	9,29	3	6,96	2	4,64	9	20,93	9	44,18	1	2,32	2	4,64	43	99,9

Fonte: Elaborado pelo autor.

No que se refere à religião, do total dos profissionais pesquisados, identificou-se uma predominância católica, perfazendo o total de 29 pessoas; cinco eram evangélicos, dois espíritas, um budista e seis participantes não responderam à pergunta conforme se evidencia na (Tabela 09).

Tabela 9 - Religião dos participantes do estudo (N = 43)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Religião	Município 1																	
	Unidade A e B																	
	Dentista		Enfermeiro		Médico		ASB		Técnico enf.		ACS		Recep.		Secretária saúde		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
católica	2	4,65	2	4,65	1	2,32	1	2,32	3	6,97	2	4,65	1	2,32	1	2,32	13	30,2
evangélica	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	1	2,32	2	4,65	-----	-----	-----	-----	3	6,97
espírita	-----	-----	-----	-----	1	2,32	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	1	2,32
budista	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
não respondeu	-----	-----	-----	-----	-----	-----	1	2,32	-----	-----	3	6,97	-----	-----	-----	-----	4	9,29
Município 1																		
Unidade A e B																		
católica	1	2,32	1	2,32	1	2,32	-----	-----	2	4,65	10	23,25	-----	-----	1	2,32	16	37,18
evangélica	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	1	2,32	1	2,32	-----	-----	-----	-----	2	4,64
espírita	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	1	2,32	-----	-----	-----	-----	-----	-----	1	2,32
budista	-----	-----	1	2,32	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	1	2,32
não respondeu	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	1	2,32	1	2,32	-----	-----	-----	-----	2	4,64
Total																	43	99,9

No que se refere à escolaridade, dos 43 participantes do estudo, 17 (39,5%) possuíam nível superior. Entre os ACS, técnicos em enfermagem e ASB, prevaleceram 25 profissionais (58,1%) com formação do ensino médio completo e um (2,23%) com ensino fundamental.

Em relação ao tempo de atuação na área, 14 profissionais (32,5%) relataram que estão na área há mais de 11 anos, 19 (44,1%) trabalham na área entre 6 a 10 anos e 10 (22,2%) entre 2 a 5 anos.

No tocante ao vínculo empregatício dos 43 profissionais, 15 deles (34,8%) são contratados pelo regime de Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) e 28 (65,1%) realizaram concurso. Observou-se predominância de profissionais concursados para o município de Guaratinguetá, exceto a secretária. Em Aparecida, identificou-se que apenas os sete ACS foram contratados após a realização de concurso público. Em relação à carga horária dos profissionais, prevaleceu a carga horária de 40 horas semanais conforme se evidencia na (Tabela 10) a seguir.

Tabela 10 - Perfil dos profissionais relacionados à escolaridade, tempo que atua na área, vínculo empregatício e carga horário de trabalho (N = 43).

Município 1 unidade A e B																						
Variáveis	Escolaridade					Tempo que atua na área em anos			Vínculo empregatício		Carga horária semanal											
Categorias profissionais	Fun,		Méd.		Sup.	2 a 5		6 a 10		acima de 11 anos	CLT		Conc	36		40						
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
	-----		-----		2	4,65	1	2,32	-----		1	2,32	2	4,65	-----		-----		2	4,65		
	-----		-----		2	4,65	-----		-----		2	4,65	-----		-----		-----		2	4,65		
	-----		-----		2	4,65	2	4,65	-----		-----		2	4,65	-----		-----		2	4,65		
	-----		2	4,65	-----		2	4,65	-----		-----		2	4,65	-----		-----		2	4,65		
	-----		3	6,97	1	2,32	-----		3	6,97	1	2,32	4	9,30	-----		-----		4	9,30		
	-----		6	13,95	1	2,32	3	6,97	4	9,30	-----		-----		7	16,27	-----		7	16,27		
	-----		1	2,32	-----		1	2,32	-----		-----		1	2,32	-----		-----		1	2,32		
	-----		-----		1	2,32	-----		-----		1	2,32	-----		-----		-----		1	2,32		
Município 2 unidade C e D																						
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Dentista	-----		-----		1	2,32	-----		-----		1	2,32	-----		1	2,32	-----		1	2,32		
Enfermeiro	-----		-----		2	4,65	1	2,32	-----		1	2,32	-----		2	4,65	-----		2	4,65		
Médico	-----		-----		1	2,32	-----		-----		1	2,32	-----		1	2,32	-----		1	2,32		
ASB	-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----			
Técnico. Enf.	-----		5	11,62	-----		-----		2	4,65	3	6,95	-----		5	11,62	-----		5	11,62		
ACS	1	2,32	8	18,60	3	6,97	-----		10	23,25	2	4,65	-----		12	27,90	-----		12	27,90		
Recep	-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----		-----			
Secretária de saúde	-----		-----		1	2,32	-----		-----		1	2,32	1	2,32	-----		-----		1	2,32		
	1	2,32	25	58,11	17	39,49	10	23,23	19	44,12	14	32,49	15	34,86	28	65,08	-----		43	100		
Total	N = 43		100%				N = 43		100				N = 43		100%				N = 43		100%	

Fonte: Elaborado pelo autor

Dos profissionais com nível superior, a secretária de saúde de Aparecida possui pós-graduação, especialização em Gestão Clínica das Redes de Atenção Básica e a de Guaratinguetá, Saúde Pública. Em relação aos enfermeiros, identificou-se que uma enfermeira possui pós-graduação em Urgência e Emergência, uma em Saúde da Família, um enfermeiro em Saúde Pública e uma enfermeira em Saúde Coletiva. Em relação às outras categorias de nível superior, nenhum profissional possui pós-graduação (especialização), mestrado ou título de doutor.

Os técnicos de enfermagem, em ambos os municípios, não realizaram formação complementar após terem concluído o curso de habilitação técnica para atuar na área da enfermagem.

Dentre os sete ACS que participaram do estudo em Aparecida, seis mencionaram ter realizado curso de formação para atuar como agente comunitário de saúde, fornecido pelo município após a contratação para o cargo. Já em Guaratinguetá, apenas dois realizaram formação para atuar na área, embora não mencionaram onde e quando realizaram.

As duas profissionais ASB em Aparecida realizaram o curso de auxiliar de saúde bucal. Em relação ao recepcionista, este não possui formação complementar na área de atuação (Tabela 11).

Tabela 11- Formação complementar dos participantes do estudo (N = 43)

Municípios	Aparecida				Guaratinguetá				Total			
Categorias profissionais	não		sim		não		sim		não		sim	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dentista	2	4,65	----		1	2,32	----		3	6,97	----	
Enfermeiro	----		2	4,65	----		2	4,65			4	9,30
Médico	2	4,65	----		1	2,32	----		3	6,97	----	
ASB	2	4,65	----		----		----		2	4,65		
Técnico. Enf.	4	9,30	----		5	11,62	----		9	20,93		
ACS	1	2,32	6	13,95	10	23,25	2	4,65	11	25,58	8	18,60
Recep	1	2,32	----		----				1	2,32	----	
Secretária de saúde	----		1	2,32	----		1	2,32	----		2	4,65
Total									N 43		100%	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação à atualização profissional, 10 participantes responderam que sentem falta de educação permanente no trabalho; sete sentem falta de apoio da instituição; um respondeu falta de material para estudos; sete não possuem tempo; um não possui dinheiro; dois disseram que não sentem dificuldade para se atualizar e quinze não responderam ao questionamento como se evidencia na Tabela 12 a seguir.

Tabela 12- Razões que dificultam a realização de cursos ou formações complementares, segundo os participantes do estudo (N = 43)

Município 1 unidade A e B																		
Categorias profissionais	Dentista		Enfermeiro		Médico		ASB		Técnico enf		ACS		Recep		Secretária de saúde		Total	
Variáveis	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Falta de educação permanente	----	1	2,32	----	1	2,32	1	2,32	----	----	----	----	----	----	----	----	3	6,96
Falta de apoio da instituição	----	1	2,32	1	2,32	----	1	2,32	4	9,30	----	----	----	----	----	----	7	16,26
Falta de material para estudos	----	----	----	----	----	----	----	----	1	2,32	----	----	----	----	----	----	1	2,32
Não possui tempo	----	----	----	1	2,32	----	1	2,32	1	2,32	----	----	----	----	----	----	3	6,96
Não possui dinheiro	----	----	----	----	1	2,32	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	1	2,32
Não sente dificuldade	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	1	2,32	----	----	1	2,32
Não respondeu	2	4,65	----	----	----	----	1	2,32	1	2,32	1	2,32	1	2,32	----	----	5	11,61
Município 2 unidade C e D																		
Falta de educação permanente	1	2,32	----	----	----	----	4	9,30	2	4,65	----	----	----	----	----	----	7	16,27
Falta de apoio da instituição	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
Falta de material para estudos	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
Não possui tempo	----	1	2,32	----	----	----	----	----	3	6,97	----	----	----	----	----	----	4	9,29
Não possui dinheiro	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
Não sente dificuldade	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	1	2,32	----	----	1	2,32
Não respondeu	----	1	2,32	1	2,32	----	1	2,32	7	16,27	----	----	----	----	----	----	10	23,23
Total																	43	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

8.1.2 Perfil População beneficiária

Nos municípios analisados participaram do estudo 80 moradores distribuídos da seguinte forma: no município de Aparecida na unidade A 20 moradores e na unidade B 20, em Guaratinguetá na unidade C 20 moradores e na unidade D 20.

Em relação ao perfil sociodemográfico da população beneficiária, pesquisou-se as seguintes características: idade, sexo, grau de instrução, renda familiar e tipo de moradia.

Em Aparecida, a idade da população beneficiária variou de 18 a 81 anos, com média de idade de 42 anos. No município de Guaratinguetá, a idade variou de 18 a 74, sendo a média de 47 anos. A média das idades da população total que participou do estudo foi de 45 anos.

Ao analisar o sexo da população beneficiária observou-se predominância feminina em ambos os municípios.

Em relação ao grau de instrução no município de Aparecida, sete participantes relataram possuir o primeiro grau e, seis, o primeiro grau incompleto. Em Guaratinguetá, 12 possuem o primeiro grau completo, 12 incompleto. No que se refere ao segundo grau, em Aparecida identificou-se que 14 participantes concluíram o segundo grau e três não. Em Guaratinguetá, dos 14 participantes, apenas um referiu não ter concluído. Em relação ao nível superior, houve destaque para o município de Aparecida, com 10 participantes. Em Guaratinguetá, apenas um tinha nível superior.

Em relação à renda familiar, em ambos os municípios prevaleceu a média de dois a três salários, perfazendo um total de 51 participantes (63,75), seguido de 26 pessoas com renda de 1 salário (32,5%), dois com renda de quatro a cinco salários-mínimos (2,25%) e apenas um mencionou possuir uma renda salarial maior que seis salários-mínimos.

Sobre o tipo de moradia, em ambos os municípios se constatou que a maior parte possui casa própria. Em Aparecida, seis participantes relataram pagar aluguel e, em Guaratinguetá, o total foi de 15 entrevistados (Tabela 13).

Tabela 13- Perfil sociodemográfico da população beneficiária (N = 80)

Variáveis	Sexo				Grau de instrução						Renda Familiar								Tipo de moradia			
	F		M		Fund		Méd		Sup		1 sal		2 a 3 sal		4 a 5 sal		mais que 6		própria		aluguel	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aparecida																						
Unidade A	12	15	8	10	9	11,25	10	12,5	1	1,25	3	3,75	15	18,75	2	2,5	-----	-----	18	22,5	2	2,5
Unidade B	15	18,75	5	6,25	4	5	7	8,75	9	11,25	5	6,25	15	18,75	-----	-----	-----	-----	16	20	4	5
Guaratinguetá																						
Unidade C	18	22,5	2	2,5	9	11,25	10	12,5	1	1,25	9	11,25	10	12,5	-----	1	1,25	-----	14	17,5	6	7,5
Unidade D	17	21,25	3	3,75	15	18,75	5	6,25	-----	-----	9	11,25	11	13,75	-----	-----	-----	-----	12	15	8	10
Total	62	77,5	18	22,5	37	46,25	32	40	11	13,75	26	32,5	51	63,75	2	2,5	1	1,25	60	75	20	25
	N 80		100%		N 80		100%		N 80		100%		N 80		100%		N 80		100%		100%	

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Os dados reunidos em termos nacionais sobre o sexo dos implementadores de políticas públicas apontam para a predominância feminina. A tendência à feminilização da ação de cuidar é endossada pela literatura da área. Os dados apresentados nesse estudo vêm ao encontro dos resultados identificados por outros autores, que também mostram que as mulheres são a maioria na área da saúde, em especial, na enfermagem (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012, AZAMBUJA *et al.*, 2007).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, atualmente as mulheres representam a principal força de trabalho na área, perfazendo o total de 65%, presença esta verificada tanto no setor público, no privado, nas atividades diretas de assistência e nos ambientes hospitalares, quanto na Atenção Básica (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2020).

Alguns atribuem a predominância do trabalho feminino na área da saúde ao fato de que, por muito tempo, essas atividades profissionais correspondiam àquelas desempenhadas no dia a dia pelas mulheres, como por exemplo o ato de cuidar, o zelo com a família, o cuidado com os afazeres domésticos (SPINDOLA; SANTOS,

2005). A esse respeito, Yannoulas (2019) afirma que deve ser repensada a ideia de naturalização do papel das mulheres na sociedade, desde os primórdios, em exercer a prática do cuidado dos filhos e das casas. O mesmo autor afirma que esses pensamentos estão vinculados à imagem simbólica do feminino, que ainda permanece predominante em algumas culturas, dificultando a quebra desse padrão imposto pela sociedade.

Na presente pesquisa, alguns pontos têm correspondência com outros estudos. Na análise dos dados dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá constatou-se que a gestão dos SUS é predominantemente realizada por mulheres. O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (2020) participa desse debate afirmando que, na atualidade, o perfil da gestão municipal do SUS, em sua maioria, é de mulheres. Um outro estudo realizado por Arcari *et al.*, (2020) intitulado “Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul”, cujo objetivo foi conhecer quem são e como atuam os gestores municipais de saúde no estado do Rio Grande do Sul, também apresentou resultados similares: dos 264 participantes do estudo, 58% eram mulheres.

Dejours (2004) considera que o trabalho feminino possui importante significado. Para a mulher, representa um instrumento de apropriação que permite a conquista de espaços e legitimação social, simbolizando conquistas de novas normas de vida e, conseqüentemente, de saúde.

No tocante à idade dos profissionais do estudo em questão, constatou-se a predominância de uma população em idade produtiva, denominados adultos jovens, com boas habilidades físicas e cognitivas para o desempenho das atividades diárias (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2013; SANTOS, 2005).

Ainda em relação à idade, é importante salientar que, em Guaratinguetá, identificou-se profissionais atuantes com maior idade quando comparado aos profissionais de Aparecida. Os resultados obtidos nesse estudo vêm ao encontro com os resultados encontrados por Lopes (2009), em estudo intitulado “Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos Agentes Comunitários de Saúde no Trabalho”, realizado no município de Santa Maria, interior do Rio Grande do Sul no ano de 2009, no qual

a autora verificou que a idade média dos participantes foi de 39 anos, sendo a idade máxima de 50 anos e a mínima de 24.

Na atualidade, percebe-se um aumento significativo de pessoas de maior idade inserida no mercado de trabalho. A esse respeito, um estudo realizado pelo Fundo de População das Nações Unidas (2012) relata que em diversos países ocorre o fenômeno do aumento da expectativa de vida, resultando no envelhecimento da população. O estudo ressalta que se trata de uma conquista proveniente de investimentos no campo da saúde que pode ser mensurada pelo significativo aumento da população com 60 anos ou mais.

A busca por empregos ou a permanência nele após a aposentadoria tem sido cada vez mais frequente para esse público. Talvez isso ocorra devido à defasagem dos reajustes salariais e, ainda, por esse segmento ter que assumir a chefia dos lares. A inclusão das pessoas de maior idade no mercado de trabalho na condição de uma população ativa, ocorre por necessidades financeiras e pelo desejo da pessoa de se sentir útil de alguma forma (PINHEIRO; RIBEIRO; SOUTO, 2016).

Estudo realizado por Aguiar, Menezes e Camargo (2018) demonstram que muitos filhos e parentes coabitam com as pessoas idosas por dificuldades financeiras e, ainda, porque muitos não conseguem adquirir a casa própria ao longo da vida, o que leva a população de mais idade sentir a necessidade de se manter no mercado de trabalho. Soma-se ainda a valorização da pessoa idosa por parte das empresas, devido às experiências acumuladas ao longo da sua trajetória profissional, tendência do mercado em aproveitar o trabalho dos longevos (AGUIAR; MENEZES; CAMARGO, 2018).

Em relação ao estado civil dos participantes da pesquisa, no município de Aparecida houve predominância de solteiros. Em Guaratinguetá, o destaque foi para casados, seguido dos divorciados e de outros. Moreira (2013) acredita que o casamento impõe aos profissionais mais responsabilidades e complementa que os profissionais casados sentem mais satisfação com seu trabalho; para a autora o casamento torna o trabalho mais valioso devido ao fato das responsabilidades assumidas no provimento do lar e da família. Hilleshein, Lautert, (2012) acreditam que

a família possa ser um fator que auxilia na estabilidade, no equilíbrio e na preservação da saúde mental dos trabalhadores.

Rocha (2008) afirma que algumas empresas preferem os casados no mundo corporativo. A autora afirma que o estado civil, muitas vezes, é utilizado como critério de desempate entre dois candidatos que possuem as mesmas competências técnicas para ocupar determinada vaga em uma empresa. London (2013) contrapõe essa ideia, argumentando que o mercado prefere contratar pessoas solteiras, que vivem sozinhas e que possuem foco apenas no trabalho.

Quanto à religião, em ambos os municípios estudados prevaleceu a católica, seguida da evangélica, da espírita, da budista. Sete participantes não responderam à pergunta.

SILVA *et al.* (2015) em seu estudo intitulado “Assistência espiritual na prática da enfermagem: percepção de enfermeiros” realizado em um hospital no ano de 2011 em Feira de Santana, Bahia, cujo objetivo foi analisar a percepção dos enfermeiros sobre o cuidado espiritual no cuidado de enfermagem, identificou na fala dos entrevistados que a dimensão espiritual é importante para a prática profissional, o cuidado e a recuperação dos pacientes pois, em sua maioria, é uma prática inerente à natureza humana. Diante dos resultados obtidos em seu estudo, as autoras consideraram a inclusão da prática da religiosidade importante em sua rotina de trabalho.

A essência do cuidar imprime o desejo e a vontade de curar as necessidades das pessoas acometidas por patologias. Muitas vezes, as pessoas não adoecem apenas fisicamente. Dessa forma, torna-se importante a atenção do cuidador para dimensões que transcendem a prática do cuidar pautada somente no físico. Paiva e Granato (2012) consideram que:

A religião se propõe preencher um espaço de respostas às questões fundamentais da vida humana, oferecendo chaves interpretativas. Atribuir ao Sagrado o destino humano, apoiar-se num código de ética tido como seguro, ter alguém – que pode ser tanto o cuidador espiritual como o próprio Deus – que aponte uma direção credível, pode representar um porto seguro para o sujeito desorientado ou em situação de vulnerabilidade. As funções da religião não se resumem a satisfazer as angústias dos fiéis frente às grandes questões da vida, oferecendo-lhes justificativas e argumentações razoáveis. Na

verdade, a experiência religiosa é composta de um conjunto de expressões, que perpassam as dimensões do afetivo, do intelectual, do simbólico, do prático, do ritual, do curativo, etc. Especialmente desempenha uma função cuidadora, ao disponibilizar àquele que a busca espaço propício à renovação das forças e reabilitação para seguir o caminho da vida (PAIVA; GRANATO, 2012, p. 75).

Dessa forma, acredita-se que as crenças, as práticas religiosas e espirituais assumem papel importante na vida das pessoas, uma vez que podem exercer influências significativas, transformar as experiências subjetivas que cada pessoa experimenta e o comportamento social das pessoas, modificando a forma de perceber, aceitar e enfrentar o processo do adoecimento (FRANKL, 1989).

Em relação à escolaridade dos participantes nesse estudo, percebeu-se que o segundo grau foi expressivo, seguido do nível superior e do primeiro grau. A educação é um direito de todos os cidadãos e contribui significativamente para o crescimento das pessoas, desenvolvimento local e do país. Sua importância vai muito além de melhorar apenas as condições econômicas e as condições de vida das pessoas, a educação auxilia na obtenção do emprego. A educação é a garantia do desenvolvimento socioeconômico e cultural da sociedade; desenvolvimento de pensamento crítico; melhores oportunidades de trabalho; chance de conviver com grupos diversos; evolução da maturidade; criação de laços e contatos úteis e sobretudo o reconhecimento (UNIVERSIDADE..., 2014).

Estudo realizado por Lopes (2009) no município de Santa Maria, interior do Rio Grande do Sul, no ano de 2009 obteve os seguintes resultados em relação à escolaridade dos ACS: Dois deles (8,3%) possuíam ensino fundamental; quatro (16,6%), possuíam ensino médio incompleto; 18 deles (75%), ensino médio completo; quatro (16,6%) curso de auxiliar de enfermagem; sete (29,1%) Curso de Técnico de enfermagem Técnico de enfermagem e dois (8,2%) possuíam curso superior incompleto. Percebe-se, na pesquisa desta tese, que um número expressivo de profissionais possui segundo grau completo, dados que se assemelham com os resultados encontrados nesse último estudo relatado.

Compreende-se que a escolaridade e a escolha por uma profissão sejam um momento decisivo na vida das pessoas. Além da escolaridade, o tempo de formação

e atuação dos profissionais na área escolhida são indicativos importantes que imprimem ao profissional o desenvolvimento de competências e habilidades, elementos geradores de experiência e, por conseguinte, segurança.

Ao analisar a variável tempo de atuação na área da saúde, identificou-se que todos os participantes atuam em tempo superior a dois anos. Acredita-se que a experiência profissional e o envolvimento institucional são elementos que podem gerar respeito e credibilidade ao profissional, fatores que contribuem para sua permanência em uma mesma instituição. A esse respeito, Nakasone, Muniz Junior, Aquino fazem a seguinte afirmativa:

Atualmente a experiência profissional é algo importante [...], por exemplo, para se conseguir um emprego muitas vezes é solicitada uma experiência anterior. Muitas empresas utilizam esse critério para minimizar gastos com treinamento de novos funcionários. O conhecimento é tido como fator competitivo nas organizações, mas não só a aquisição deste, como também sua criação e disseminação (NAKASONE; MUNIZ JUNIOR; AQUINO, 2010, p. 2).

No tocante à forma de contratação, verificou-se que a maior parte dos profissionais foram contratados após realização de concurso público. No município de Aparecida foram identificados profissionais contratados pelo regime celetista. Enfatiza-se que somente os ACS realizaram concurso e foram contratados pelo regime Estatutário. Já em Guaratinguetá todos os profissionais foram contratados após realização de concurso público. O regime de contratação por meio de concurso é um fator que garante maior estabilidade de emprego aos profissionais.

A esse respeito, Rocha (2020) afirma que a modalidade de contratação pelo regime celetista (CLT) possui algumas regras que garantem aos profissionais os direitos trabalhistas. Em relação ao servidor público estatutário, além das seguranças previstas em lei, ele adquire estabilidade no trabalho após três anos consecutivos de atuação, período ou estágio probatório. O autor complementa que o profissional pode ser desligado a partir do momento que comete alguma falha grave e que seja passível de demissão por justa causa.

No tocante à carga horária de trabalho dos participantes do estudo, todos cumprem 40 horas semanais. Tais resultados vêm ao encontro do estudo realizado por Flegele *et al.*, (2010) no município de Serra, no Estado do Espírito Santos no ano de 2007, intitulado “Trabalhadores de saúde e os dilemas das relações de trabalho na estratégia saúde da família”. As autoras identificaram relatos de oito participantes que se sentiam seguros, pois, para eles, o regime estatutário garante proteção social. As autoras complementam que, no município de Serra analisado, o requisito exigido para atender o regime de contratação vigente para atuar na ESF é o estatutário e, a carga horária, é de 40 horas semanais.

Em relação à formação complementar em ambos os municípios aqui estudados, identificou-se que apenas as secretarias de saúde, uma enfermeira em Aparecida e os dois enfermeiros em Guaratinguetá possuem especialização relacionada à área de gestão pública e ESF. Atualmente as instituições procuram por profissionais capacitados e dotados de conhecimentos. Além da formação técnica na área de atuação, o profissional deve ser estimulado a desenvolver raciocínio crítico, tomada de decisão que o conhecimento obtido em formações complementares pode fornecer.

Nesse sentido, Batista e Gonçalves (2011, p. 886) afirmam que “todo investimento em treinamento e qualificação de pessoal, quando bem planejado e desenvolvido, é capaz de produzir mudanças positivas no desempenho das pessoas”.

Mattosinho *et al.* (2010) afirmam que a capacitação possui grande importância no fazer profissional e complementam:

[...] a aproximação com as situações de vida e saúde das pessoas, as formas de significar saúde e doença nos diferentes grupos sociais são algumas particularidades que contribuem para um olhar profissional mais amplo. Os diferentes olhares sobre a complexidade que envolve a formação incluem a aproximação da teoria com a prática, favorecida pela experiência durante estágios extracurriculares. [...] O preparo da academia é o início, pois o profissional deve estar em constante aprendizado, buscando o desenvolvimento da habilidade, dos conhecimentos, das atitudes e da experiência necessária na qualificação [...] (MATTOSINHO *et al.*, 2010, p 471).

A formação de nível técnico e a graduação são os primeiros passos na carreira profissional. Para que o profissional consiga ter uma trajetória de sucesso, deve buscar se atualizar, frequentemente, realizando cursos de aprimoramento e participando em educação continuada na área.

O profissional que deseja fugir do aprendizado mecânico deve manter-se atualizado, aliado à educação continuada, às práticas do profissional, à aquisição de novos conhecimentos profissionais com competências éticas, políticas e técnicas. O profissional da área da saúde, além da formação técnica para o fazer profissional, deve buscar cursos relacionados à humanização, ser empático e aumentar o seu potencial de socialização (COSWOSK *et al.*, 2018).

Em relação ao perfil da população beneficiária, no tocante à idade, identificou-se, no Município de Aparecida, pessoas com maior idade. No entanto, quando realizado o cálculo da média das idades, nota-se que foi de 42 anos em Aparecida e, em Guaratinguetá, 47 anos. Quando calculada a média de idade entre os participantes dos dois municípios, o valor foi de 45 anos, uma população em idade ativa.

Um estudo realizado por Teixeira (2014a) no município de Pará de Minas, Estado de Minas Gerais, no ano de 2014 demonstra resultados semelhantes. Os dados revelam que as idades dos pesquisados variou entre 21 e 70 anos. A maior parte dos participantes (53%) da pesquisa de Teixeira (2014a) pertence a uma população de adultos jovens, muito embora o estudo não apresentasse os dados referentes a média das idades. Após leituras e análise dos dados apresentados pelo autor, infere-se que se trata também de uma população em idade ativa.

Em relação ao sexo da população beneficiária observou-se predominância feminina em ambos os municípios. Esse dado vem ao encontro dos resultados apresentados por Teixeira (2014a) e Godoy (2010), que apontaram para a predominância feminina.

Estudo realizado por Dietrich, Colet, Winkelmann (2019), intitulado “Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-Sus”, cujo objetivo foi “verificar o perfil de saúde, baseado no cadastro individual e-SUS, de usuários dos serviços de atenção básica da cidade de Ijuí/RS” (p. 1267),

identificou que o sexo feminino se beneficia utiliza mais das atividades do grupo comunitário na ESF.

Embora vários estudos apontem que as mulheres procuram mais os equipamentos de saúde do SUS do que os homens, Moura *et al.* (2014) afirmam que essa tendência vem se modificando, pois os homens, cada vez mais, vêm buscando os serviços de saúde para realização de exames de rotinas demonstrando maior preocupação com sua própria saúde. Isso pode significar o início de uma transição onde a busca de um modelo de caráter curativista é trocado por um modelo preventivista.

No tocante ao grau de instrução do presente estudo, 37 participantes mencionaram possuir o primeiro grau; destes, 19 não concluíram; 32 fizeram referência ao segundo grau e quatro relataram não o ter concluído; em relação ao nível superior, 11 referiram ter concluído.

A menor escolaridade pode ser um fator de associação à maior vulnerabilidade em termos da ocorrência de doenças crônicas e endócrinas. O grau de escolaridade está relacionado não apenas à prevalência das doenças, mas às limitações das atividades laborais e físicas diárias que as doenças podem acarretar (LIMA, 2016).

No estudo dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá houve destaque para a renda familiar de três a cinco salários, seguido de uma parcela significativa de participantes com renda de um salário; em menor quantidade, apresenta-se a renda entre quatro e cinco salários e apenas um participante com renda superior a seis salários-mínimos. As condições sócias econômicas da população são importantes determinantes sociais e imprimem marcas de aumento da prevalência e de mortalidade resultante das doenças crônicas. A esse respeito, Noronha e Andrade (2007) afirmam que, no âmbito individual, as condições de baixa renda podem ser prejudiciais à saúde e, quando essa situação econômica é experimentada em grupo, pode também gerar conflitos, estresses, e ainda interferir na participação em processos decisórios de implementação de políticas sociais com reflexos negativos no que se refere à oferta dos serviços de saúde para essa camada populacional.

Sobre as condições e moradia da população beneficiária, identificou-se que a maior parte dos participantes do estudo possui casa própria. A inclusão das pessoas,

da família e da coletividade como foco da atenção básica na ESF ultrapassa a questão saúde/doença, pois tal processo é resultado de múltiplas dimensões e contextos que as pessoas estão inseridas, a saber: espaço físico, relacional e social (RIBEIRO, 2004). Portanto, torna-se imprescindível ao profissional da saúde analisar os diferentes contextos, como condições de vida, habitação, renda, sexo dentre outras variáveis.

Com relação à casa própria, Guimarães e Pinto (2014) afirma que a moradia traz diferentes significados para as pessoas, tais como a sensação de tranquilidade, de segurança, de garantia da casa aos filhos e sonho realizado.

A seguir, apresentam-se os dados referentes à análise qualitativa dos participantes do estudo, aqueles relacionados às Representações Sociais dos gestores dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá, dos profissionais que atuam nas ESF e dos moradores.

8.2 Representações sociais dos implementadores de políticas da estratégia de saúde da família

Ao longo dos tempos, o termo saúde adquiriu diferentes significados e, na atualidade, ainda exige de estudiosos um olhar mais atento, pois acredita-se que sua compreensão pode variar a depender do contexto social. A esse respeito, Scliar (2007) afirma que para se compreender o conceito de saúde é necessário considerar a época, o lugar, a classe social, os valores individuais, as diferentes concepções científicas, as perspectivas religiosas e filosóficas, fatores que podem sugerir diferentes formas de concebê-la e, conseqüentemente, implementá-la.

Por muito tempo, a concepção a respeito da saúde esteve atrelada à doença, ou seja, estar enfermo era considerado o oposto de estar saudável (SCLIAR, 2007). Para compreensão do processo saúde doença é importante se fundamentar em conhecimentos proporcionados pela academia, além de compreender as diferentes concepções de atores envolvidos sobre o fenômeno, tais como: os sentidos, a percepção, a imaginação, os sentimentos, os significados, a concepção da verdade

ou não que as pessoas expressam. A relação entre o sujeito que conhece e o objeto a ser conhecido dá sentidos às coisas (MOSCOVICI, 2011).

A Representação Social (RS) é compreendida como saber de senso comum, saber ingênuo ou natural. A esse respeito, Moscovici (2011) afirma que o termo RS engloba os diferentes fenômenos presentes no cotidiano dos grupos sociais, advindos das interações contínuas e na subjetivação que cada grupo consolida em uma específica área do conhecimento.

Dessa forma, acredita-se que o fenômeno da RS se faz presente na vida das pessoas e, por ser um fenômeno que acontece em meio às relações sociais, não é estanque, está em constante movimento, expresso por meio de opiniões verbalizadas de uma pessoa ou da coletividade, e de um diálogo constante entre a representação do real e o real, como se pode ler nos discursos de Alaya (2019)

a representação não é um simples reflexo ou uma reprodução da realidade, mas, uma reconstrução por distorções, exclusões e adições. As representações não fazem apenas representar o real, elas lhe dão forma, até certo ponto. A informação recebida é transformada. Portanto, há um vaivém de informações, uma interação entre a representação e a realidade (ALAYA, 2019, p. 270).

Diante do exposto, inicialmente apresenta-se as Representações Sociais (RSs) a respeito do processo saúde/doença na visão dos implementadores da ESF. Antes de iniciar a apresentação da análise e das discussões sobre os depoimentos dos participantes, acredita-se ser necessário alguns esclarecimentos relacionados à identificação dos entrevistados.

Ressalta-se que os participantes estão identificados pela abreviação da categoria profissional a que pertencem, seguido de um número, obedecendo a ordem em que foram entrevistados, e da abreviação da unidade de saúde a qual estão inseridos como exemplo: Dentista Vila Mariana 1 (Dent.VM1), Médico Vila Mariana 2 (Med.VA2), Enfermeiro Ponte Alta 12 (Enf.PA12), Recepcionista Ponte Alta 20 (Rec.PA20), Agente Comunitário de Saúde Vista Alegre 25 (ACSVA25), Agente Comunitário de Saúde São Manoel 36 (ACS SM36), Morador do São Manoel 80 (MSM80) e assim sucessivamente.

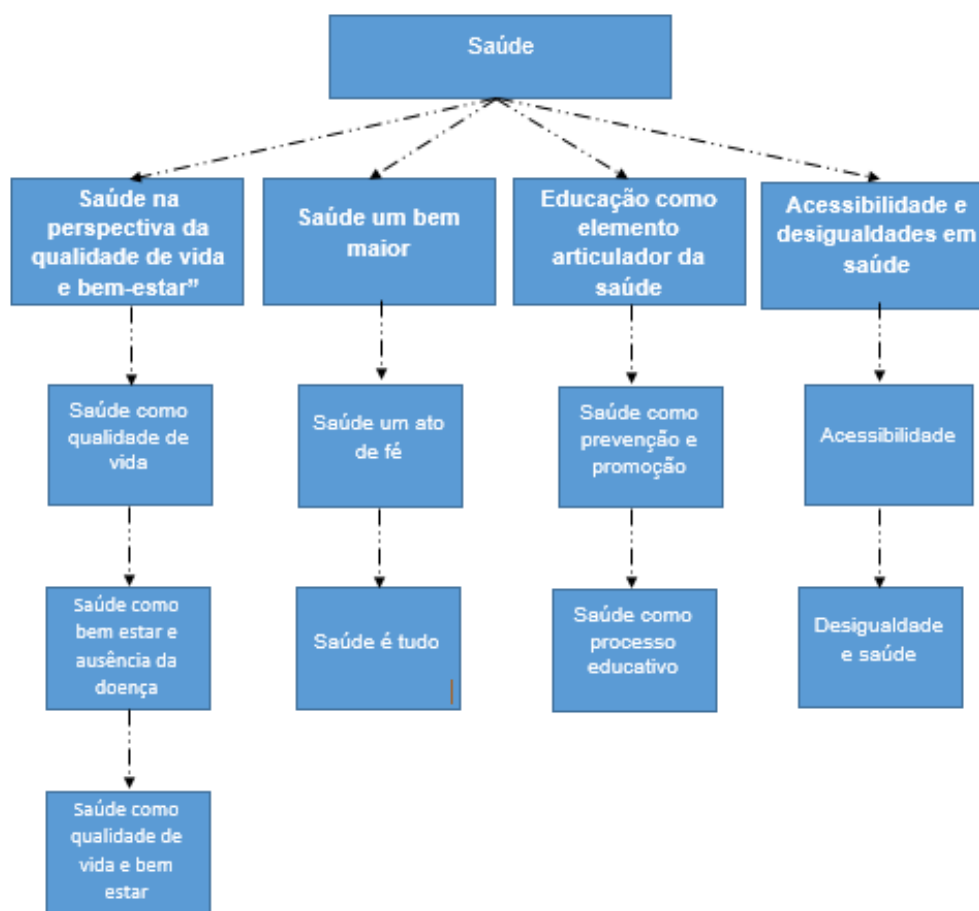
As RSs emergentes na fala dos implementadores sobre saúde e doença foram analisadas mediante aplicação do método de análise de conteúdos proposta por Bardin (2011). A partir das leituras das entrevistas selecionou-se palavras, frases que se repetiam com maior frequência, as quais foram agrupadas originando Unidades Temáticas e respectivos subtemas, sobre saúde e doença, conforme serão especificados nos 8.2.1 e 8.2.2 a seguir.

8.2.1 Representações Sociais dos profissionais a respeito da saúde

Para melhor visualização sobre os diferentes significados atribuídos pelos implementadores das políticas públicas de saúde, a Figura 22 apresenta, de forma sintetizada, os diferentes sentidos sobre a saúde que, a partir deles, originaram-se as Unidades Temáticas e respectivos Subtemas.

Unidade Temática 1 – “Saúde na perspectiva da qualidade de vida e bem-estar” e seus Subtemas (Saúde como qualidade de vida, Saúde como bem estar e ausência da doença e Saúde como qualidade de vida e bem estar); Unidade Temática 2 – “Saúde um bem maior” e seus Subtemas (Saúde um ato de fé e Saúde é tudo); Unidade Temática 3 - “Educação como elemento articulador da saúde” e seus subtemas (Saúde como prevenção e promoção, Saúde como processo educativo); Unidade Temática 4 - “Acessibilidade e desigualdades em saúde” e os subtemas (Acessibilidade e Desigualdade em saúde).

Figura 22 - Síntese das Representação Sociais sobre o processo saúde



Fonte: Elaborado pelo autor

8.2.1.1 Unidade Temática 1 - Saúde na Perspectiva da Qualidade de Vida e Bem-Estar

De acordo com Jodelet (2001), as Representações Sociais (RSs) revelam a construção da realidade do sujeito, de um ou mais grupos, que vivem na sociedade. Ao analisar os depoimentos dos participantes, identificou-se uma construção de RSs de saúde direcionadas para a qualidade de vida emergindo a **Unidade Temática 1 - Saúde na perspectiva da qualidade de vida e bem-estar**, que agrega os seguintes subtemas: Saúde como qualidade de vida; Saúde como bem estar e ausência da doença; e Saúde como qualidade de vida e bem estar.

Os profissionais foram indagados a respeito dos significados sobre a saúde e de acordo com os depoimentos de cinco entrevistados a **Saúde como qualidade de vida** foi representada como elemento de equilíbrio entre diferentes fatores que envolvem a vida e seu cotidiano, sendo que os principais deles destacados foram: habitação, emprego, salário, lazer, segurança, dentre outros elementos que influenciam a vida humana como se observa a seguir nos depoimentos dos profissionais do município de Aparecida :

Para se ter saúde pessoas necessitam ter uma boa qualidade de vida, ter moradia, lazer, boa alimentação, segurança (Dent. VM 1).

Saúde é necessário pensar em várias esferas, por exemplo, para uma pessoa ter saúde é necessário que tenha emprego, moradia, salário, alimentação de qualidade, moradia, segurança [...] é necessário que todas essas esferas que comentei estejam em harmonia, é como se fosse uma engrenagem se uma delas estraga as outras com o tempo vão estragar, então é uma série de fatores que determina se a pessoa tem ou não saúde (Méd. VM 3).

Saúde é ter um bom trabalho, pois, quem ganha mal não têm condições de se cuidar direito e nem da família, as pessoas não conseguem comer bem, muitos não têm onde morar, moram em locais ruins e longe, sem nenhuma segurança, além disso não frequentam a escola, então como falar de saúde sem essas condições mínimas (ACS VM 9).

A saúde da população para mim [...] é investir mais nas condições de vida da população, investir mais na qualidade de vida, no emprego, comida, moradia, aí sim a pessoa fica saudável (ACS VM 10).

Desataca-se tais significados também foram encontrados nos depoimentos de apenas um profissional no município de Guaratinguetá na ESF do **SM**.

A saúde da população possui um significado importante para mim, deve ser composta de trabalho, renda, alimentação habitação e lazer (ACS SM 38).

No que se refere as RSs verbalizadas pelos participantes do estudo, revelam um olhar consensual sobre o conceito de saúde. Não deram importância apenas às questões ligadas aos aspectos físicos de não estar doente ou não sentir dor; para eles

a saúde é vista como resultado da harmonia entre os diferentes elementos apontados (moradia, lazer, trabalho, renda mensal, educação), caracterizando uma visão ampliada de saúde.

A esse respeito, Adam *et al.* (2001) afirmam que saúde não acontece apenas quando não ocorre nenhum tipo de manifestação no organismo, não é a ausência de um problema, para os autores saúde representa um conjunto de condições como psicológicas, biológicas e sociais, afirmam ainda que a harmonia entre esses elementos conduz a pessoa ao *status* saudável.

A Lei Orgânica de Saúde (LOS), n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, traz em seu bojo uma concepção diferenciada a respeito do processo de saúde para além daquela realizada pela OMS, tornando-se clara a importância dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, como se lê a seguir em Brasil (1990), em seu Art. 3.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990, Art. 3).

Observa-se que para quatro participantes, a RS de saúde aparece como um aspecto ligado ao bem estar originando o segundo subtema: **Saúde como bem estar e ausência da doença**, um tema bastante complexo e que merece atenção, pois apresenta relação direta com a qualidade de vida da população.

No meu modo de pensar, a saúde é composta por vários fatores, para ser saudável a pessoa deve estar bem fisicamente, mentalmente e ter um bom convívio dentro da comunidade em que vive, então eu penso na linha da OMS, saúde é o completo bem estar, físico, mental e social e não apenas a ausência da doença (Enf. PA 12).

Saúde da população é o bem-estar populacional, físico, mental e social (ACS PA 17).

A seguir apresenta as falas dos profissionais do município de Guaratinguetá

A saúde é o estado de bem-estar físico, psíquico e social (Méd. SM 32).

Saúde é o bem-estar físico, mental e social de uma pessoa ou da sociedade como um todo (ACS SM 41).

Observa-se nos relatos acima que as RSs dos entrevistados consideram a saúde como bem-estar. Esses pensamentos nos remetem ao conceito de saúde exposto pela OMS. A esse respeito Silva, Schraiber e Mota (2019) afirmam que o ano de 1948 foi um momento importante para a saúde, pois a OMS redefiniu o conceito de saúde, devendo ser compreendida como bem-estar físico, mental, psíquico e social, e não apenas como ausência de doença.

Ainda a esse respeito e como forma de reforçar os conceitos de saúde existentes na época, elaborados pela OMS, a Declaração de Alma Ata (1978) expressou a necessidade de elaboração de ações no campo da saúde, e para tanto, em seu parágrafo I, elaborou o seguinte enunciado:

I - A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde - estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

Vale destacar que nesse estudo apenas um participante trouxe a RS da saúde como ausência da doença:

Saúde é o contrário da doença, é o completo bem-estar físico mental e social da população (Méd. PA 13).

Observa-se que os pensamentos dos participantes do estudo a respeito do conceito de saúde permanecem vinculados à definição de saúde estabelecida pela

OMS. Todavia, essa definição também vem sendo contestada. Em 1997, Marco Segre e Flávio Carvalho Ferraz publicaram um estudo denominado “O conceito de saúde”, onde contextualizam a definição de saúde realizada pela OMS, afirmando que a “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” da pessoa é “considerada ultrapassada”, pois consideram essa perfeição inatingível (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 538).

Os mesmos autores completam:

A definição de saúde da OMS está ultrapassada por que ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. Mesmo a expressão “medicina psicossomática”, encontra-se superada, eis que, graças à vivência psicanalítica, percebe-se a inexistência de uma clivagem entre mente e soma, sendo o social também interagente, de forma nem sempre muito clara, com os dois aspectos mencionados (SEGRE; FERRAZ, P. 540).

No terceiro subtema, a **Saúde como qualidade de vida e bem estar** foi representada por um participante do estudo como uma condição do processo de saúde a saber:

A saúde para a população ao meu ver é ter uma boa qualidade de vida como um estado de bem-estar, físico, mental e social, ter uma boa alimentação em casa, nas refeições escolares, no trabalho, prática de exercício físico, ter bom convívio onde mora, enfim, ter ausência de enfermidades físicas e mentais (Dent. PA 11).

Compreende-se como qualidade de vida tudo aquilo que contribui para que o ser humano possa desenvolver suas potencialidades em busca de sua integridade; representa o grau de satisfação que cada pessoa encontra em diferentes áreas da vida humana, a saber: a área social, a área familiar, tudo aquilo que possa conduzir o indivíduo vivenciar o sentimento de bem-estar e felicidade (VIEIRA *et al.*, 2012).

Existem diferentes compreensões a respeito da qualidade de vida. Para a medicina, está associada aos benefícios ligados à manutenção da vida de uma pessoa que se encontra acometida por determinada doença crônica, tanto do ponto de vista do bem-estar relacionado aos direitos de cada pessoa, quanto àquele ligado

aos interesses e valores da sociedade como um todo. Já na área da economia, qualidade de vida refere-se à renda per capita, indicativo do grau de acesso das populações aos equipamentos de saúde, à educação, aos serviços sociais, dentre outros. Na área da sociologia, qualidade de vida se relaciona aos indicadores econômicos e de desenvolvimento sociocultural que, em certa medida, representam o nível ou padrão de vida de uma população. Por fim, a autora completa dizendo que o termo qualidade de vida na área da psicologia social representa de forma subjetiva a satisfação (NERI, 2008).

Nessa lógica da subjetividade, a qualidade de vida não pode ser percebida como consequência ou resposta de condições objetivas que as pessoas experimentam, mas do julgamento que cada um expressa frente às condições experimentadas. Diante do exposto, considera-se que existam elementos subjetivos não materiais tais como: o relacionamento, a inserção e a realização social, a liberdade e o amor, e elementos significativos e representativos dos elementos materiais, que simbolizam os elementos materiais, tais como a própria saúde, o lazer, a educação o trabalho, alimentação, dentre outros fatores que podem contribuir para o processo do bem-estar nas formas individuais e/ou coletivas (COUTINHO; FRANKEN; RAMOS, 2007).

Os discursos dos participantes acerca da qualidade de vida foram permeados de conhecimentos oriundos do senso comum, interligados às próprias experiências de vida. No possível núcleo central da RS sobre a saúde na perspectiva da qualidade de vida e bem-estar, na Unidade Temática - 1 encontram-se conteúdos representacionais relativos à avaliação positiva dos participantes, que fizeram menção à alimentação, moradia, trabalho, salário, lazer, educação, variáveis consideradas necessárias para uma boa qualidade de vida e bem estar, fatores que contribuem para manutenção de um estado de saúde equilibrado.

Nota-se que os participantes do estudo projetaram seus sentimentos em objetos e fatos ao exprimir as RSs sobre o processo de saúde, resultando na construção de uma objetivação, tal como denomina Jodelet (2001), pois para essa autora a elaboração de uma RS pode ser compreendida por meio de dois processos, a objetivação e a ancoragem.

Para Jodelet (2001), a objetivação é o processo pelo qual o indivíduo reabsorve diversas significações, as quais são materializadas, ou seja, trata-se do momento em que as pessoas constroem um conhecimento formal. Já a ancoragem, além de permitir que se compreenda como os elementos de representação expressam as relações sociais, colaboram também para construí-las. A autora complementa que existe um elo entre a função cognitiva de base da representação e as RSs, e que esse processo de objetivação de elementos imaginativos auxilia na preparação, produção e concepção de novas representações.

8.2.1.2 Unidade Temática 2 - Saúde um bem maior

Essa segunda **Unidade Temática**, denominada Saúde um bem maior, é representada por três subtemas a saber: Saúde um ato de fé; Saúde é tudo; Saúde é vida.

Nesse estudo, percebe-se que as RSs sobre o processo de saúde estão ancoradas nas inter-relações entre o corpo humano, as coisas e os fatos que o cercam. Os elementos expressados pelos participantes provocam os diferentes sentidos a respeito da temática saúde e estes emergem impregnados pelos valores, sentidos e crenças. A religião expressa uma busca de vinculação da pessoa, família e comunidade ao divino, a algo supremo e sublime. A **Saúde um ato de fé** foi representado por três participantes como um fenômeno que pode influenciar para a melhoria da qualidade de vida e a manutenção da saúde humana, como evidenciado a seguir nos depoimentos dos participantes:

Saúde da população de maneira geral algo divino é o bem mais precioso que Deus pode dar a alguém, quando a pessoa está bem, quando ela não tem doença ela fica disposta a realizar todas as atividades do dia a dia, trabalhar, estudar, cuidar da casa, dos filhos, acho que é isso, não temos saúde sem estar perto de Deus, devemos então pedir para Deus dar sabedoria para os profissionais que lida com a saúde para que de fato possam atender as necessidades das pessoas (ASB VM 4).

A saúde da população deixa eu ver, uhum! é o bem mais precioso que Deus dá a alguém, quem não quer ter saúde? Quem não quer viver bem e se sentir bem?

Assim saúde para ser saúde é necessário acreditar em Deus, ter fé para viver e não depender de ninguém para fazer suas próprias coisas (TE VM 5).

Considero a saúde um presente de Deus, é uma dádiva de Deus, saúde é ter fé, isso que nos leva a ter saúde, devemos estar junto de Deus, estar segurando nas mãos de Deus, ele é capaz de nos dar tudo aquilo que precisamos, lugar para viver, alimentos, alegria, a própria saúde e afastar toda as enfermidades (TE VM 6).

Ao longo de sua existência, o ser humano busca explicações para os fenômenos que acontecem em sua trajetória de vida. De acordo com Teles (2005), uma maneira encontrada para compreensão e aceitação desses fenômenos foi a religião. Complementa, ainda, para esclarecimento dos mitos existentes nas diferentes culturas, as comunidades científicas procuraram respostas para as questões existenciais e, por meio da racionalidade, a Ciência busca compreender, estudar, elucidar e comprovar muitos mistérios interpretados apenas pela Religião. A esse respeito Gonçalves e Bervique (2013, p. 2), fazem a seguinte afirmação:

Sob a visão psicológica, verifica-se que, desde então, a Ciência foi colocada como um assunto contrário à Fé, isto porque foi por causa da Ciência que os mitos foram desvendados e, até hoje, muitos cientistas tentam colocar a Religião como algo ilusório — se crê porque não se pode explicar — e, por outro lado, algumas religiões negam a Ciência por medo que a sua fé seja desacreditada.

Percebe-se, acima, nas falas dos participantes que não existe uma ideia de concorrência entre os diferentes campos, religião, medicina e saúde, uma vez que houve discursos referindo-se à importância da aproximação entre esses diferentes territórios; em certa medida, nota-se que há uma espécie de complemento entre as áreas da medicina, profissionais de saúde e fé. Lopez e Dantas (2017, p. 787), participam desse debate, as autoras realizaram um estudo denominado **“Representações sociais da cura divina no contexto neopentecostal”**, com a finalidade de compreender os bens simbólicos produzidos no contexto religiosos fundamentados nas RSs da doença e da cura divina de membros da Igreja Universal do Reino de Deus, evidenciando-se nos depoimentos dos fiéis princípios da cura como

um processo complexo ao qual a medicina e o divino se complementam, como se evidencia a seguir nos depoimentos das autoras:

A medicina se apresenta não mais como uma concorrente no território da saúde e, conforme atesta a existência da doença e a posterior ocorrência da cura, surge como legitimadora da cura divina. O saber médico, antes temido e rejeitado pela igreja, passa a ser aliado da cosmovisão iurdiana; não há mais competição pelo monopólio do saber referente às patologias e aos tratamentos, mas um comensalismo em que o discurso religioso preenche as lacunas do discurso médico. A medicina é concebida pelos fiéis como útil, mas insuficiente, e é nessa insuficiência do saber e do poder médicos que o discurso religioso encontra espaço, o que nos faz inferir que a insuficiência da medicina em promover saúde pode gerar demandas de curas espirituais.

Na história da humanidade, a experiência religiosa, a crença e a fé são vistas como um mecanismo que ajuda a manter a união entre os grupos sociais e, também no autocontrole da saúde mental, acredita-se que o papel da fé está associado à maneira como as pessoas percebem a vida, pois considera-se que os pacientes que praticam a religiosidade costumam ser mais otimistas e, por conseguinte, aderem melhor ao tratamento (LOPES, 2020). A autora complementa que a prática religiosa está associada à liberação de substâncias, a exemplo da serotonina, substância que estimula a sensação do bem estar, melhora o conforto, o humor, conduz estados de alegria; a dopamina, que em certa medida está relacionada com a sensação do prazer e humor, e dentre as variadas funções desse neurotransmissor, cita-se também a regulação de algumas emoções e sensações, como o alívio da dor.

Na área da psicologia, entende-se que exista “harmonia entre Ciência e Fé; a Ciência comprovando a eficácia de métodos de cura pela fé, o que contribui para a melhoria da qualidade de vida do ser humano” (GONÇALVES; BERVIQUE, 2013, p.3).

As RSs revelam a construção da realidade que as pessoas e grupos experimentam e vivem em seu contexto social (JODELET, 2001). Ao analisarmos os depoimentos dos participantes do estudo, encontrou-se nas falas de quatro deles uma construção de RS sobre a saúde mais ampla, simbolizando o segundo subtema dessa unidade temática, **Saúde é tudo**, como se mostra a seguir.

Saúde para mim é tudo, as vezes percebemos que as pessoas não dão o real valor à saúde, mas ninguém vive sem saúde (ASB PA 14).

No município de Guaratinguetá foram encontrados significados similares nos depoimentos de 03 profissionais a saber:

Saúde da população significa tudo, alimentação, lazer, moradia, serviço salário, religião (ACS VA 25).

Gente, a saúde é tudo, ao meu ver saúde está relacionada com o estilo de vida das pessoas, é quando está tudo bem com o organismo das pessoas, quando as pessoas se sentem bem e estão dispostas (ACS SM 36).

A saúde é tudo de bom na vida da pessoa, comer bem, ter salário, emprego, tudo isso é saúde (ACS SM 37).

Os participantes do estudo percebem a saúde como sendo tudo em suas vidas, ao destacarem diversos elementos importantes para conquistá-la e mantê-la. Silva (2008) faz a seguinte afirmação: não dá mais para se pensar na saúde contemplando apenas os aspectos físicos existentes no modelo biomédico, é importante pensar na saúde em seus aspectos psicossociais; para a autora, isso configura uma visão ampliada a respeito de saúde, tanto nos aspectos individuais do sujeito, quanto nos aspectos coletivos da sociedade.

Adam *et al.* (2001) consideram que, ao longo dos tempos, ocorreram mudanças na forma como a sociedade passou a enxergar a saúde; a população compreende que a saúde é o conjunto de condições psicológicas e biológicas que as pessoas podem experimentar (ADAM *et al.*, 2001).

Straub (2005) participa desse debate com a seguinte afirmação: a saúde deve ser visualizada de forma multidimensional; o autor afirma que para se compreender o processo da saúde é importante levar em consideração o estado multidimensional aí imbricado, ou seja, o fenômeno da saúde pode envolver vários e diferentes domínios. Straub (2005) menciona os domínios físico, psicológico e social. Nesse estudo observou-se que estes domínios apareceram em fragmentos nos depoimentos dos participantes, tornando claro que a saúde é um processo que depende de diferentes fatores que se interrelacionam, que se complementam.

A esse respeito Moscovici (1978, p. 41) afirma que as RSs são referências que "circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, que acontece em nosso universo cotidiano". Além disso, as RSs estabelecem, em certa medida, acomodação entre os objetos e as pessoas e, ainda, definem, transformam-se em modelos que podem ser adotados, utilizados e compartilhados pelas pessoas na construção de suas realidades (MOSCOVICI, 2003).

Nesse estudo evidencia-se que alguns participantes atribuíram à saúde significados relacionados a fé, a algo divino. A fé é uma palavra que significa "confiança", "credibilidade", traduz um sentimento de crença em algo abstrato que, para a pessoa que acredita se torna verdade; crença em algo ou alguém, ainda que não haja nenhum tipo de evidência que comprove sua veracidade (DICIO, 2021). Portanto, a fé é um processo que as pessoas utilizam para tentar diminuir a distância entre o conhecimento do objeto social que eles constroem e a percepção que têm de um dado objeto. Moscovici (2003) participa desse debate afirmando que se trata de um processo de objetivação, ao qual as pessoas têm a oportunidade de tornar algo que é abstrato em algo quase concreto, ilustrando o modo pelo qual o conhecimento de um determinado objeto se estrutura. Portanto, para o autor objetivar é materializar abstrações, é dar-lhes um sentido concreto (MOSCOVICI, 2011).

Ao longo da vida as pessoas selecionam informações a respeito de um dado objeto, reiteram seu contexto científico e ou ideológico original apropriando-se de conhecimentos. Esse processo denomina-se seleção e descontextualização, etapa na qual um determinado grupo elabora suas RSs por meio de valores religiosos e culturais, crenças e opiniões (CHAMON; CHAMON, 2007).

8.2.1.3 Unidade Temática 3 - Educação como elemento articulador da saúde

Esta terceira Unidade temática encontra-se dividida em dois subtemas: Saúde como prevenção e promoção e Saúde como processo educativo, apresentados a seguir.

Destaca-se que as RSs da saúde foram trazidas nos contextos de depoimentos dos participantes como prevenção e promoção, emergindo o primeiro subtema dessa unidade temática **Saúde como prevenção e promoção**.

No campo da saúde coletiva é possível perceber que existe aproximações entre os conceitos de promoção de saúde e prevenção de doenças/riscos, como também abordagens nas quais esses conceitos se diferenciam, por apresentarem perspectivas epistemológicas divergentes (BORGES; JESUS; SCHNEIDER, 2018). Neste estudo foi possível observar tal confluência entre os termos prevenção da doença e promoção da saúde, como se evidencia a seguir nos depoimentos de três participantes no município de Guaratinguetá da ESF do SM:

No meu modo de pensar, a prevenção é o melhor caminho para a população ter saúde, deveria ser um hábito tanto para nós profissionais quanto para a população, acho que prevenir é o melhor remédio para não ficar doente, devemos pensar também na promoção da saúde, é isso que a população necessita de fato para viver bem (TE SM 33).

Saúde ao meu ver é a prevenção e também a promoção da saúde, essas práticas evitam que a pessoas adoeçam (TE SM 34).

Saúde para mim significa prevenção e para prevenir é necessário melhorar as condições de vida da população, principalmente fazer eles entenderem que é importante se alimentar bem, praticar atividade física, tomar os medicamentos de maneira correta, participar das atividades que o postinho oferece, isso tudo são formas de prevenção e de fazer saúde, pelo menos é assim que eu penso (ACS SM 40).

Como observado nas falas acima, os participantes fazem analogia entre os termos prevenção e promoção, mas observa-se também, em alguns depoimentos, que em outros momentos os termos aparecem de forma complementar nas falas de dois participantes, como se evidencia a seguir nos depoimentos dos profissionais de Guaratinguetá na ESF da VA:

Saúde para mim é prevenção, por isso todas as orientações que passamos para população e seus familiares são importantes, sempre que posso procuro orientar

sobre as condições de moradia, alimentação, a importância de atividades físicas, a frequência às consultas médicas, a realização de exames, enfim [...] (ACS VA 27).

Eu acho que a Saúde só acontece quando nós que somos profissionais da área da saúde trabalhamos a prevenção, nós devemos sempre oferecer orientações para a população em geral a respeito do cuidado com a saúde, eu acho que quando trabalhamos a prevenção com a população estamos fazendo a promoção da saúde (ACS VA 28).

Cabe destacar que desses participantes um demonstrou maior preocupação com a população que não está cadastrada, merecendo um olhar mais atento dos profissionais que atuam nessa modalidade de atenção à saúde, como se evidencia nos depoimentos a seguir:

[...] tento passar informações para as pessoas que estão na minha área, principalmente àquelas que vejo que não estão cadastradas, essas merecem uma atenção maior nossa, tento convencê-la de ir no postinho quando trabalhamos a prevenção da doença, ao meu ver automaticamente estamos promovendo a saúde, uma complementa a outra hum (pausa) pra mim a prevenção é uma forma de promoção e vice e versa, no final tudo é em prol da saúde (ACS VA 27).

Observa-se uma preocupação com os fundamentos do SUS para transformá-lo em um modelo de atenção centrada na vida das pessoas no contexto que se inserem, bem como a relação do profissional com a saúde da comunidade, especialmente com aqueles que não estão inserido no âmbito da atenção básica.

A saúde possui diferentes compreensões, depende muito de quem a interpreta. Para atender as necessidades da população em termos de saúde, são adotadas algumas estratégias como a prevenção e a promoção à saúde, temáticas que vêm sendo pauta das discussões na agenda dos governos de estados, gestores municipais e gestores dos territórios onde as políticas públicas de saúde são implementadas.

Em relação à prevenção, Ferreira (1986) afirma que significa chegar antes que algo aconteça, impedir, se antecipar, e complementa que promover é gerar, fomentar a prática de ações para saúde (FERREIRA, 1986).

Czeresnia (2003, p. 4) participa desse diálogo afirmando que as ações de prevenção à saúde:

definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

No que se refere à promoção da saúde, Buss (2000, p. 165) diz que:

representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos [...]. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

A ideia de promoção da saúde está vinculada a diferentes elementos: a própria saúde; a cidadania; a qualidade de vida; a solidariedade; a equidade; as questões ligadas à democracia e ao desenvolvimento. Além disso, a promoção da saúde representa uma combinação de estratégias elaboradas por diferentes atores responsáveis pela implementação das políticas públicas e pela gestão dos equipamentos de saúde, tais como: ações do Estado (políticas públicas); as práticas coletivas por meio de ações realizadas pela população (práticas de ações comunitárias); práticas individuais (desenvolvimento de habilidades pessoais), práticas do sistema de saúde (práticas para sua reorganização e reorientação) e de parcerias intersetoriais, ou seja, incentivar o envolvimento de diferentes setores no município para melhoria da qualidade de vida da população (BUSS, 2000).

Com a participação de diferentes atores, infere-se que na prática da promoção da saúde é trabalhada a ideia da corresponsabilização, ou seja, todos os envolvidos se responsabilizam pelos problemas e pelas soluções ou propostas para resolução dos mesmos. Assim, entende-se que promover a saúde para a população é ir além de apenas melhorar as condições de saúde, inclui também a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar.

Diante do exposto quanto a esse subtema, entende-se, então, que a prevenção de doenças e a promoção de saúde foram as RS da saúde compreendidas como formas necessárias a serem alcançadas pela sociedade em seu todo. Por isso, acredita-se que orientar as pessoas sobre a prevenção e promoção seriam alternativas para incentivar o autocuidado da população, não dependendo apenas dos cuidados realizados pelos profissionais da saúde.

Saúde como processo educativo, segundo subtema dessa Unidade Temática, fica evidenciada no recorte das falas de um participante no município de Aparecida:

Ai!!! Saúde é uma polêmica, mas vamos lá, compreendo o seguinte: devemos oferecer informação sobre saúde à população, quanto mais informações levamos para a população mais esclarecidos eles ficam e menos doentes teremos, a educação é capaz de modificar hábitos alimentares, estilos de vida, por meio da educação conseguimos criar hábitos de prevenção na população (Enf.VM 2).

No município de Guaratinguetá foram encontradas similaridades nos depoimentos de dois profissionais evidenciados à seguir:

Considero que a saúde da população é precária, penso que deveria instituir um processo educativo para a população incentivando e respeitando a participação da população nos processos decisórios do sistema de saúde; ao meu ver a população cobra muito e participa pouco, isso deveria ser olhado com mais carinho e ser tratado com uma certa urgência (Dentista VA 2)

[...] Para ter saúde considero importante que os profissionais da área da saúde constantemente realizem esclarecimentos sobre higiene do corpo, alimentação, casa, considero que todas nossas orientações para a população são importantes, as

mudanças, as melhorias só surgem a partir do conhecimento, ao meu ver com a educação conseguimos tudo prevenir, promover e inclusive ter saúde (ACS SM 39).

Pôde-se constatar nas RS dos entrevistados que atribuem grande importância ao “processo educativo” em saúde. As práticas de educação em saúde devem fazer parte do processo do trabalho profissional, embora muitas vezes sejam colocadas em segundo plano. Na área da saúde existem alguns conceitos que definem a educação e, também, práticas fundamentais, a saber: educação em saúde e educação na saúde. A esse respeito, Falkenberg *et al.* (2014, p.851) afirmam que:

Apesar de suas distinções apresentam conexões que devem ser alvo de reflexão por parte dos atuais e futuros profissionais de saúde. Na educação em saúde deve ser enfatizada a educação popular em saúde, que valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico. Na educação na saúde deve ser enfatizada a educação permanente em saúde, de maneira a buscar nas lacunas de conhecimento dos profissionais, ações direcionadas a qualificação dos processos de trabalho em saúde considerando as especificidades locais e as necessidades do trabalho real.

No campo da saúde, a educação é um processo pelo qual o homem reúne recursos para intervir e transformar as condições objetivas de sua realidade, visando a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais. Nesse sentido Falkenberg *et al.* (2014, p.848) dizem que:

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente. Embora a definição do MS apresente elementos que pressupõem essa interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento desse processo, ainda existe grande distância entre retórica e prática.

Dessa maneira, a educação em saúde emerge com a missão de estimular o desenvolvimento do olhar, do pensar crítico e reflexivo, para que o sujeito possa perceber sua realidade, além de propor alternativas e ações capazes de transformar os indivíduos, fornecendo-lhes mais autonomia para que possam se tornar independentes e protagonistas em seu processo histórico e social; deve ainda permitir que os indivíduos opinem nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade (MACHADO, 2007).

No campo representacional dos participantes do estudo foram identificadas RSs que colocam o trabalho como algo que confere autonomia aos profissionais. Foram identificados depoimentos que consideram que a educação em saúde é uma prática importante para a atuação profissional, pois, por meio dela o profissional tem a oportunidade de transformar a vida da população. Além disso, o campo representacional também indica que os profissionais formam imagens do trabalho como algo que lhes concede características próprias.

Assim, entende-se que as representações para os profissionais ancoram-se, em certa medida, em aspectos sociológicos e psicossociais, pois quando eles relacionam o trabalho à importância da atividade laboral é possível perceber que valorizam os projetos pessoais e profissionais para o futuro, além da aquisição de responsabilidade e amadurecimento que podem contribuir para o seu reconhecimento enquanto profissional diante da sociedade e, sobretudo, para a formação de sua identidade como ser humano e profissional. Tanto as RSs quanto as identidades se constituem em meio as relações que acontecem entre as pessoas (MOSCOVICI, 2011; DUBAR, 2005).

Além disso, essa RS do trabalho apontada pelos participantes também se ancora em aspectos sociais, pois em certa medida traduz a ideia de aquisição de aprendizagens, experiências e melhores oportunidades, que, à sua vez, traduzem o sentimento de pertença dos profissionais pesquisados a um determinado grupo social. Assim, como trabalhadores de modo geral pertencem às diferentes camadas populares da sociedade, eles refletem uma construção histórica desse grupo que entende o trabalho como oportunidade de aprendizagens, amadurecimento, realização pessoal e melhoria de condições de vida, sendo o trabalho uma importante via de ascensão social e constituição identitária (DUBAR 2005).

8.2.1.4 Unidade Temática 4 - Acessibilidade e desigualdades em saúde

De acordo com a análise dos depoimentos dos participantes, emerge a quarta Unidade Temática, dividida em dois subtemas: Acessibilidade e Desigualdade em saúde.

Acessar os equipamentos de saúde em especial a saúde pública, e especificamente, a ESF no Brasil, é percebido como um desafio para quem se preocupa com a qualidade de vida e bem-estar para si mesmo e sua família. As RSs dos implementadores de políticas públicas revelam algumas peculiaridades. A **Acessibilidade**, primeiro subtema dessa unidade temática, surge nos depoimentos, como se observa a seguir nos depoimentos de dois profissionais no município de Aparecida:

A população precisa de muita coisa, mas eu acho que se melhorar o acesso da população nos serviços de saúde e também nosso acesso à população, isso melhoraria muito porque muitas vezes deixamos de dar assistência à população por falta de condições, de maneira geral saúde são os serviços que o município oferece, ao meu ver é isso (ACS VM 7).

Significado da Saúde da população deixa eu ver (pausa), [...] nesse mundo tão maluco de hoje poucas pessoas têm saúde porque não têm acesso aos serviços; o descaso do governo, as falcatruas que acontecem no sistema de saúde e no país como um todo, quem vai ter saúde, agora com a questão da pandemia todo mundo vivendo na incerteza, quem tem saúde, muito difícil nós pobres termos saúde; para mim a saúde pública é tudo, mas é difícil oferecer o que a população necessita (TE VM 5)

No município de Guaratinguetá identificou-se similaridade nos depoimentos de um profissional da **VA** evidenciado a seguir.

A saúde é algo que depende de vários fatores e vários condicionantes, por isso, saúde para mim é facilitar o acesso aos serviços de saúde, e oferecer assistência às necessidades de cada um, é fazer acontecer de fato a própria política de saúde, ai

(pausa) é também levar o saneamento básico, os serviços de água potável, lazer a população entre outros (Enf. VA 22).

O acesso aos serviços de saúde está relacionado à capacidade da população em obter o cuidado quando necessário, de forma fácil e conveniente. O tema acesso aos serviços de saúde tem sido frequentemente estudado na literatura, tornando evidente a existência de barreiras que a população precisa enfrentar tais como: filas para marcação de consulta e atendimento, filas para retorno, filas para realização de exames, distância geográfica.

A esse respeito, Starfield (2002) afirma que se os serviços de saúde pudessem ser divididos em etapas o acolhimento seria a primeira a ser superada pelo indivíduo na busca de diminuição e resolução de seus problemas de saúde. Assim, é importante que se tenha a seguinte compreensão: todo problema de saúde exige um novo atendimento, que requer um ponto de chegada ou entrada, devendo o acesso ser facilitado, portanto. Starfield (2002) complementa:

A ideia de uma porta faz sentido. Primeiro, a pessoa não conhece suficientemente os detalhes técnicos da atenção médica para avaliar de maneira informada a fonte e a época apropriada para atenção o a muitos de seus problemas. Os indivíduos que acreditam que tem um problema de saúde deveriam poder consultar com um profissional que pudesse ajudá-los a entender se o problema é sério o suficiente para necessitar de atenção adicional ou se é um problema autolimitado que não necessita de atenção adicional. A ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida ou seja adiada, incorrendo em gastos adicionais. É esperado que o conselho e orientação de um médico de atenção primária facilite a seleção da melhor fonte de atenção (STARFIELD, 2002, p. 208).

Andrade e Minayo (2012) dizem que não é simples definir o termo acessibilidade. O autor relata que as literaturas indicam que a acessibilidade mostra ser um ideal, constitui-se como uma utopia, uma vez que inúmeros obstáculos e problemas ainda se interpõem à realidade de um SUS delineado pela Constituição de 1988 e esperado pela sociedade brasileira. Além disso, aponta-se que o termo acessibilidade aos serviços de saúde está conectado com as condições de vida, a habitação, o poder aquisitivo, a nutrição e a educação da população. Para os mesmos

autores, o acesso vai além da dimensão geográfica, liga-se às questões de organização e qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população, uma vez que envolvem as necessidades em saúde da população.

Diante do exposto, acredita-se que o acesso possui várias concepções de caráter social e político, uma vez que está intrinsicamente ligado às questões relacionadas à elaboração e efetivação das políticas, gestão dos serviços de saúde e à relação entre os pares, no caso específico, os profissionais e a população beneficiária dos serviços.

Uma das questões representativas da desigualdade social em território brasileiro é o acesso aos serviços de saúde. Existem vários fatores que contribuem para o aumento das desigualdades: as dificuldades de acesso à educação, habitação, a saúde. Acredita-se que a desigualdade na saúde talvez seja a mais problemática, pois pode exercer influências negativas em termos de expectativas e qualidade de vida da população.

A dificuldade de acesso pode levar a população a desenvolver problemas de saúde. Além das diferentes compreensões a respeito da saúde, nesse estudo os participantes representam-na ainda como desigualdade, considerada como fator limitante para alcançá-la. **Desigualdade em Saúde**, segundo subtema dessa unidade temática, aparece nos depoimentos de dois participantes:

Saúde para mim é responsabilidade das organizações e instituições, principalmente para que haja a redução das desigualdades na saúde da população; alguma coisa precisa ser feita, os governadores precisam dar mais atenção, não sei muito bem o que fazer, mas acho que se aumentar o número de postinhos, enfermagem, médicos, dentistas, profissionais de modo geral, acho que isso ia melhorar (ASB PA 14).

A saúde da população para mim aiaiai (pausa) está em melhorar as condições físicas, mental e o bem-estar das pessoas, é oferecer um bom atendimento, levar a saúde a toda população, eu creio que isso vai ajudar muito na redução da desigualdade, as pessoas sofrem muito porque não têm facilidade de entrar nos serviços de saúde, isso precisa ser visto o mais depressa possível (TE PA 15).

Os depoimentos dos participantes vão ao encontro do que está exposto no artigo 196 da CF “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Por meio de recortes das falas dos participantes percebe-se que fazem referência ao Estado como o responsável por fazer a saúde e, por conseguinte, diminuir as desigualdades. Para Siqueira, a desigualdade em saúde:

pode ser definida como a diferença no acesso a recursos e a fatores que influenciam a saúde, os quais podem se alterar por circunstâncias e contextos sociais ou por meio de políticas públicas; esse tipo de desigualdade é pensado sob o prisma de grupos sociais em desvantagens, e não indivíduos, sendo a saúde uma desvantagem adicional a esses grupos menos favorecidos socialmente. Também se pode focalizar a desigualdade em saúde sob a ótica das diferenças na condição de saúde ou na distribuição de seus determinantes entre diferentes grupos populacionais: algumas diferenças são atribuíveis a variações biológicas ou de livre escolha, e outras são atribuíveis ao ambiente externo e as condições em geral alheias ao controle dos grupos em questão. No primeiro caso, pode ser eticamente impossível ou ideologicamente inaceitável mudar os determinantes de saúde e, assim, as desigualdades em saúde são inevitáveis. No segundo, a distribuição desigual pode ser desnecessária e evitável, portanto, injusta (SIQUEIRA, 2011, p. 1-2).

A desigualdade em saúde aparece como elemento de privação ao acesso aos serviços de saúde, controle e poder. Siqueira (2011) considera que a desigualdade em saúde é a distribuição da saúde de forma diferenciada entre os segmentos sociais, gerando vários desequilíbrios entre as distintas categorias populacionais. Essa distribuição desigual na saúde, resultado das vantagens/desvantagens socioeconômicas, está atrelada à exposição de diferentes grupos a fatores de riscos. O autor afirma que o estilo de vida dos grupos sociais exerce forte influência no processo de saúde; complementa que a desigualdade em saúde é fruto de um conjunto de causas, a exemplo as circunstâncias e condições as quais a população vive, levando-se em conta o impacto na vida da população.

Como pode-se observar nos depoimentos de alguns participantes, a saúde é percebida como uma questão restrita a fatores biológicos; para outros, trata-se de um fenômeno complexo que envolve uma série de elementos com múltiplas determinações, que se ancoram na forma em que as pessoas vivem, se relacionam e se organizam. Observa-se que a saúde é considerada um dos bens intangíveis e mais preciosos que o ser humano pode conquistar.

Como também pudemos observar nos depoimentos, a desigualdade afeta a vida social das pessoas e, em se tratando de saúde acredita-se que isso pode ser amenizado se aumentar as possibilidades de acesso aos equipamentos de saúde e melhorar a vida daqueles que sofrem os impactos da desigualdade, ou seja, a população mais pobre. Infere-se ainda que a melhoria das condições de saúde da população encontra-se pautada também pelos fatores socioeconômicos, a distribuição desigual de renda e os fatores essenciais para a vida social, que são fatores que impulsionam a desigualdade.

Diante das várias acepções em relação à saúde, é possível concluir que a saúde trata-se de um fenômeno que envolve não somente os comportamentos individuais, mas, também, os fatores sociais, econômicos e culturais. Dessa forma, acredita-se que a saúde seja uma característica indissociável do direito à vida de cada cidadão. A teoria das RSs é apropriada a esta caminhada de tentar compreender o processo de saúde por algumas razões: ela propõe captar o movimento subjetivo de compreender e elaborar a realidade se ocupando tanto do mundo concebido como do vivido pelos sujeitos; ela propõe tratar o objeto de estudo. A esse respeito Moscovici (2011) afirma que as RSs são constantemente construídas, e que se requer considerar que elas não são as mesmas para todos os membros da sociedade, pois dependem tanto do conhecimento do senso comum como do contexto sociocultural em que os indivíduos se inserem. No caso de novas situações ou diante de novos objetos, o processo de representar apresenta uma sequência lógica: tornar familiares objetos desconhecidos por meio de um duplo mecanismo: ancoragem e objetivação (MOSCOVICI, 2011).

Nesse contexto é possível verificar que os profissionais classificaram a saúde com diferentes significados, atribuíram diferentes ideias a esse objeto. Eles situaram a saúde em uma categoria histórica e numa dimensão valorativa, a que Oliveira e Werba (1998, p.109) denominam de ancoragem, “um movimento que implica em juízo de valor, pois, ao se ancorar, classificam-se pessoas, ideias ou objetos”.

8.2.1.5 Análise comparativa sobre a saúde

Em relação às RSs sobre a saúde, nota-se que 04 profissionais da ESF **VM** no município de Aparecida referiram que a saúde significa qualidade de vida, sendo que, dentre estes, 01 é dentista, 01 médico e 02 ACS; em Guaratinguetá, apenas 01 profissional ACS da ESF **SM** apresentou depoimentos correspondentes.

No município de Aparecida, a Saúde como bem-estar e ausência da doença foi identificada nos depoimentos de 02 profissionais da ESF **PA**, sendo 01 médico e um ACS; em Guaratinguetá, essas representações apareceram nos depoimentos de 02 profissionais na ESF **SM**, sendo que dentre esses profissionais 01 é da área médica e 01 ACS. Destaca-se que no município de Aparecida um profissional da ESF **PA** referiu que a saúde é a ausência da doença.

O significado de saúde como qualidade de vida e bem estar apareceu apenas nos depoimentos do dentista da ESF **PA**.¹⁷

A seguir evidencia-se o número de profissionais que apresentaram significados de acordo com os subtemas da Unidade temática 01 em relação à saúde.

Quadro 17 - Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a Saúde como qualidade de vida e bem estar, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Unidade Temática 1 –Saúde na perspectiva da qualidade de vida e bem-estar			
Aparecida			
Profissionais	Saúde como qualidade de vida	Saúde como bem estar e ausência de doença	Saúde como qualidade de vida e bem estar
Dentista	1		1
Enfermeiro		1	
Médico	1		
ASB			
Técnico enf.			
ACS	2	1	
Recep.			
Secretária de saúde			
Guaratinguetá			
Dentista			
Enfermeiro			

Médico		1	
ASB			
Técnico enf.			
ACS	1	1	
Recep.			
Secretária de saúde			

Fonte: Elaborado pelo autor da tese

Em relação à saúde como um ato de fé, essa RS apareceu nos depoimentos de 03 profissionais da ESF da **VM** de Aparecida - 01 ASB e 02 técnicos de enfermagem, como um fenômeno que exerce influência na qualidade de vida das pessoas.

A saúde considerada “como tudo” aparece com mais frequência no município de Guaratinguetá, ou seja, aí identificou-se tal significado nos depoimentos de 01 profissional da ESF **VA** da categoria profissional dos ACS e 02 na ESF **SM**, também da área profissional dos ACS. No município de Aparecida, o mesmo significado foi identificado apenas no depoimento de 01 profissional da ESF **PA**.

A seguir, apresenta-se de forma esquemática os depoimentos dos profissionais de acordo com os subtemas da Unidade temática 02, a respeito da saúde.

Quadro 18- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a Saúde como um bem maior, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Unidade Temática 2 – Saúde um bem maior			
Aparecida			
Profissionais	Saúde um ato de fé	Saúde é tudo	
Dentista			
Enfermeiro			
Médico			
ASB	1	1	
Técnico enf.	2		
ACS			
Recep.			
Secretária de saúde			
Guaratinguetá			
Dentista			
Enfermeiro			
Médico			
ASB			
Técnico enf			
ACS	2	3	

Recep			
Secretária de saúde			

Fonte: Elaborado pelo autor da tese

No que se refere aos significados da saúde como prevenção e promoção, nota-se que apareceram apenas no município de Guaratinguetá nos depoimentos de 02 ACS na ESF da **VA**, sendo que desses, 01 profissional demonstrou maior preocupação com a população não cadastrada no sistema municipal, considerando que essas pessoas merecem um olhar diferenciado.

No quesito saúde como processo educativo, nota-se no município de Aparecida que apenas 01 enfermeiro da ESF da **VM** expressou tal significado. Já em Guaratinguetá encontrou-se similaridade nas falas de 02 profissionais, sendo 01 dentista da ESF da **VA** e 01 ACS da ESF **SM**.

No quadro a seguir apresenta-se o número de profissionais que expressaram significados sobre a educação como elemento articulador da saúde, na Unidade Temática 03, por subtemas sobre a saúde:

Quadro 19 - Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a Educação como elemento articulador da saúde, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Unidade Temática 3 - Educação como elemento articulador da saúde			
Aparecida			
Profissionais	Saúde como prevenção e promoção	Saúde como processo educativo	
Dentista			
Enfermeiro		1	
Médico			
ASB			
Técnico enf.			
ACS			
Recep.			
Secretária de saúde			
Guaratinguetá			
Dentista		1	
Enfermeiro			
Médico			
ASB			
Técnico enf.	2		
ACS	3	1	

Recep.			
Secretária de saúde			

Fonte: Elaborado pelo autor da tese

Quanto à temática acessibilidade como condição da população em obter o cuidado, no município de Aparecida foi identificada nos depoimentos de 02 profissionais da ESF **VM**, sendo 01 técnico em enfermagem e 01 ACS. Em Guaratinguetá identificou-se similaridade nas falas de 01 enfermeiro da **VA**.

Outro ponto que merece ser destacado é a desigualdade em saúde, com destaque para o município de Aparecida, pois identificou-se nos depoimentos de apenas 02 profissionais da ESF **PA**, 01 ASB e 01 técnico em enfermagem. Em Guaratinguetá tais representações não apareceram.

No quadro abaixo apresenta-se o número de profissionais que exprimiram significados por na Unidade temática 04, por subtemas sobre a saúde.

Quadro 20 - Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a Acessibilidade e desigualdade em saúde, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Unidade Temática 4 - Acessibilidade e desigualdade em saúde			
Aparecida			
Profissionais	Acessibilidade	Desigualdade em saúde	
Dentista			
Enfermeiro			
Médico			
ASB		1	
Técnico enf.	1		
ACS	1	1	
Recep.			
Secretária de saúde			
Guaratinguetá			
Dentista			
Enfermeiro	1		
Médico			
ASB			
Técnico enf.			
ACS			
Recep.			
Secretária de saúde			

Fonte: Elaborado pelo autor da tese

8.2.2 Representações Sociais dos profissionais a respeito da doença

A doença é um fenômeno que pode ser representada de diferentes formas em uma mesma sociedade, ou em sociedades diferentes, pois existem variações nas maneiras pelas quais as pessoas ou grupos percebem e enfrentam uma mesma situação, de acordo com a época, cultura e contexto em que se inserem.

Na busca de compreender o fenômeno da “doença”, é preciso rever alguns pensamentos existentes que foram adotados por muito tempo na história da humanidade para definir o processo de adoecer como se evidencia a seguir.

Em primeiro lugar, recorde-se que os gregos já haviam estabelecido que as doenças eram fenômenos naturais, embora não tivessem atingido a noção da especificidade dos diversos males que afligem o ser humano. É verdade que os gregos haviam descrito muitas moléstias, dando-lhes nomes particulares; não perceberam, no entanto, a etiologia específica de cada qual delas, para colocá-las no esquema da concepção humoral (HEGENBERG, 1998, p. 27-28).

Seguindo os caminhos abertos sobre a compreensão e definição da doença, Hegenberg (1998) afirma que os estudiosos de diferentes localidades passaram a perceber a doença como

"falta ou excesso de alguma coisa" - ideia que dominou o cenário médico até meados do século XIX. No século XIX, os médicos passaram a entender a doença em termos de *desvios com respeito à normalidade*. O "deus" da mensuração, que tanto êxito havia alcançado na Astronomia e na Física, preparava-se para conquistar a Medicina! Quem está doente? Aquele que se afasta do "normal". A mera presença de bacilos não caracteriza doença; esta existe quando a quantidade de bacilos ultrapassa um dado "índice de normalidade". A questão é: como fixar um tal índice? (HEGENBERG, 1998, p. 28).

Buscando minimizar as dificuldades de compreensão sobre o conceito da doença, estudiosos adotaram a ideia de impedimento antes de declarar com

segurança que a doença é um desvio do normal, algum tipo de limitação que acontece com a pessoa capaz de causar alguma limitação, impossibilitando e afastando indivíduo do convívio social (HEGENBERG, 1998).

Avançando nas concepções históricas de Hegenberg sobre o fenômeno da doença o autor afirma ainda que

No final do século XIX, Adolph Kussmaul, de Freiburg, cujos trabalhos mais notáveis datam do período 1867-69, preocupado com dilatações gástricas, abre interessante linha de estudos. Ottomar Rosenbach, acompanhando essa linha, cunhou a expressão 'insuficiência ventricular', aludindo à desproporção entre energia muscular do estômago e quantidade de trabalho que desse órgão é solicitada. Note-se que a expressão é usada até hoje, embora com referência mais frequente ao coração (HEGENBERG, 1998, p. 28).

Por fim, o autor completa, estudar as doenças possibilitou a ampliação do olhar sobre os fenômenos que envolvem o processo do adoecimento, a partir da ideia de diagnóstico que são estabelecidos a respeito das alterações físicas e químicas que a doença é capaz de provocar. A partir desse momento percebeu-se a possibilidade de melhores delineamentos em relação às alterações físicas e químicas que ocorrem no organismo das pessoas (HEGENBERG, 1998).

Hegenberg (1998) diz que, posteriormente, surgiram novas definições sobre a saúde e que ela não se define apenas como a ausência de doença; a exemplo cita-se as declarações da OMS que perduram até os dias de hoje e que definem a saúde como o completo bem-estar físico mental e social (WHO, 1946). A partir dessa definição infere-se que a doença é resultado de diferentes fatores.

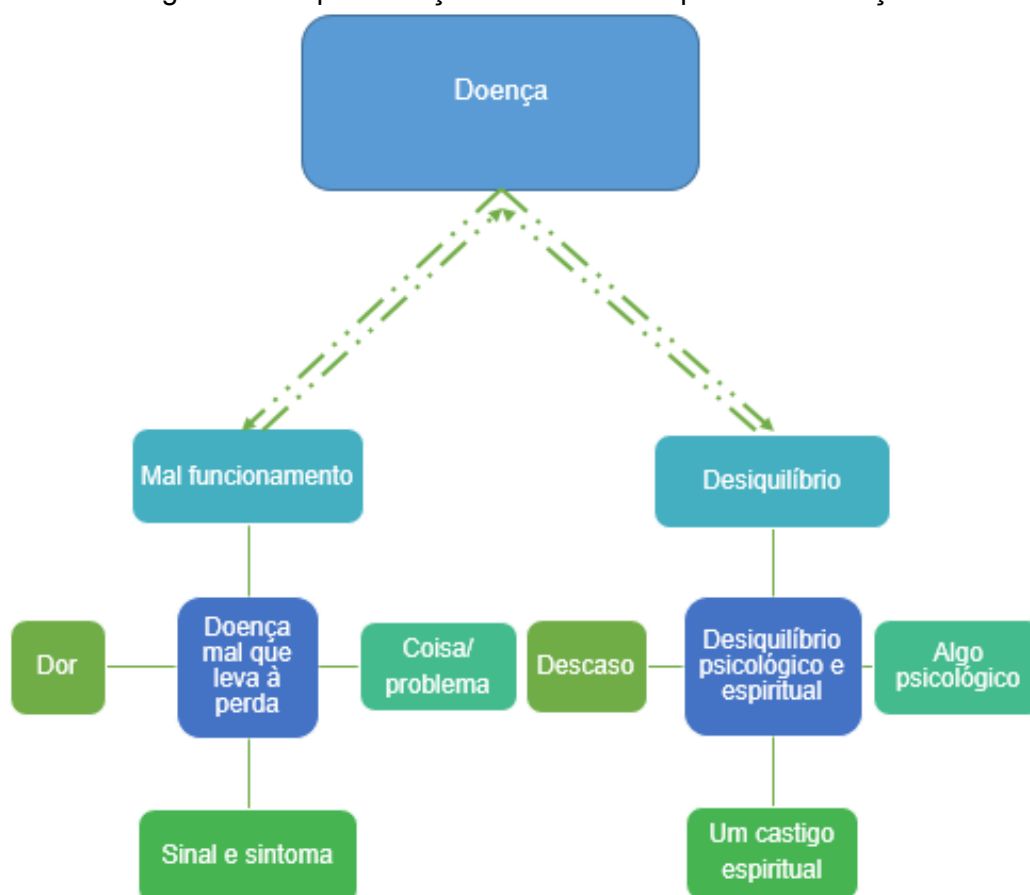
No entanto, embora existam essas definições sobre a doença, Hegenberg (1998) afirma que surgiram novos desafios no que diz respeito à compreensão desse fenômeno. O autor considera necessária a realização de novos estudos para melhor compreensão desse fenômeno que assusta a sociedade.

Dessa forma, diante desses questionamentos, nesse estudo pretende-se identificar as diferentes maneiras que os participantes percebem o fenômeno da

doença. Assim, as RSs da doença aparecem em duas Unidades Temáticas e seus respectivos subtemas. Unidade Temática 1 - **Doença como um mal que leva às perdas**, reunido em quatro subtemas: (**Doença como mal funcionamento do organismo**; **Doença como alguma coisa ou problema**; **Doença como sinal e sintoma que afeta a qualidade de vida**; e **Doença é dor**). Já a Unidade Temática 2 - “**Doença, um desequilíbrio psicológico e espiritual**”, divide-se em quatro subtemas: (**Doença como um desequilíbrio**, **Doença como algo psicológico**, **Doença como um castigo espiritual**, **Doença como descaso**).

A seguir apresenta-se por meio da figura abaixo uma síntese da Unidades Temáticas e seus subtemas:

Figura 23- Representação Social sobre o processo doença.



Fonte: Elaborado pelo autor.

8.2.2.1 Unidade Temática 1 - Doença um mal que leva às perdas

As RSs da doença que surgem a partir dos depoimentos dos participantes estão relacionadas à ideia de mal, fenômenos que levam a perdas, quando acometem o organismo do ser humano se constitui como algo ruim emergindo a **Unidade Temática 1 - Doença como um mal que leva às perdas**.

O primeiro subtema dessa unidade temática 01, **Doença como mal funcionamento do organismo** foi identificado a partir dos depoimentos dos participantes apenas do município de Aparecida. A seguir apresenta-se os depoimentos dos de 04 profissionais das ESF da **VM** e **PA**:

Doença é quando o organismo não está funcionando bem, é tudo aquilo que acontece de ruim no organismo de uma pessoa e, às vezes pode deixar sequelas, e às vezes não (Dent. VM 1).

É quando alguma coisa está errada, quando o organismo não funciona muito bem e a pessoa fica sem coragem para fazer suas próprias atividades (ASB VM 4).

Doença é o mau funcionamento de algum órgão (Enf. PA 12).

Alguma coisa de ruim que acontece no organismo das pessoas e acaba prejudicando (ACS PA 19).

Em Guaratinguetá identificou-se similaridade nos depoimentos de apenas 02 profissionais da ESF do **SM**.

Doença é todo mal que acomete o ser humano (ACS VA 28).

Doença é o mal funcionamento do organismo, de forma geral ausência da saúde (Enf. SM 31).

As RSs da doença surgem nos depoimentos como algo que leva o organismo ao mal funcionamento e causa prejuízos. A esse respeito, Gonçalves (2018) afirma que a doença é um aviso que o próprio organismo mostra para indicar que algo está errado no modo de agir do ser humano para com suas condições físicas, psíquicas e biológicas. É um apelo do organismo para que o homem avalie o caminho que está

seguindo. A doença é a resposta, a luta do organismo para expulsar um mal que está lhe agredindo, muitas pessoas buscam os hospitais para eliminar a doença e o mau que está lhe afligindo, almejando a cura. Mas, a doença não é o problema maior, é apenas o resultado de alguma conduta errada das pessoas como alimentação errada, o excesso sexual sem proteção, vícios do alcoolismo, tabagismo, drogas, conduzindo o organismo a fadiga mental e emocional.

De acordo com Herzlich (2005), a doença gera uma necessidade de discurso e interpretação, pois traz alterações significativas tanto para a vida individual quanto para a coletividade. Ela surge como um fenômeno que traz ameaças à vida das pessoas, provoca mudanças e alterações no estilo de vida, no relacionamento e na inserção social dos indivíduos. O autor complementa dizendo que a doença é um mal que causa um desequilíbrio coletivo, levando as pessoas a produzirem discursos interpretativos para tais agravos, e na forma como lidar melhor com eles. Fortes e Baptista (2004) participam desses pensamentos afirmando que a forma como as pessoas percebem a doença baseia-se na própria maneira de encarar a vida da pessoa e é também influenciada por aspectos familiares e culturais.

Os depoimentos acima apontam para as RSs da doença em seus aspectos biológicos. Esses dados vão ao encontro dos discursos de Herzlich (2005) em seu estudo intitulado **A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença**, quando afirma que as representações de saúde e doença aparecem relacionadas às visões que homens e mulheres têm dos aspectos biológico e social, diferenciando-se, muitas vezes, do saber médico.

Ainda em relação às RSs da doença, Cardoso e Gomes (2000) afirmam que o médico percebe a doença por meio da interpretação dos aspectos reportados pelos pacientes e os analisa à luz dos conhecimentos científicos e apontamentos médicos biológicos. O autor complementa que os pacientes representam a saúde a partir de um referencial baseado no contexto cultural em que estão inseridos. Assim, compreende-se que o fenômeno da doença não é visto somente a partir dos conhecimentos da medicina, deve-se, portanto, considerar os significados dos vários atores envolvidos nesse processo de adoecimento.

Temos ainda nesse estudo as RSs da doença de três participantes como “algo limitante”, “problemas que afetam o corpo” e “a doença incapacita”. Dessa forma, surge o segundo subtema dessa unidade temática, **Doença como alguma coisa ou problema**, tal como se evidencia a seguir:

Doença é quando alguma coisa, algum problema de saúde acontece nas pessoas e muitas vezes deixa a pessoa limitada, sem vontade de viver dependendo da gravidade do problema e da aceitação de cada pessoa (TE VM 6).

Doença é quando o indivíduo sente alguma coisa, quando está acontecendo algum problema e a pessoa não está em suas condições normais, tanto físicas quanto mentais, afetando negativamente a saúde do indivíduo; a pessoa doente muitas vezes de início pode não apresentar sintomas (Dent. PA 11).

Em Guaratinguetá apenas um profissional expressou significados correspondentes.

Doença é problema que afeta a vida das pessoas deixando elas incapacitadas (ACS VA 25).

De acordo com os depoimentos dos entrevistados, estar doente significa ter alguma coisa, algum problema de saúde capaz de limitar, incapacitar a realização das atividades básicas do dia-a-dia, aquelas que somente a própria pessoa pode fazer. Observa-se nos depoimentos que existe a valorização da capacidade de realizar essas atividades, de modo que a doença impede que isso aconteça, causando danos na vida dessas pessoas. Para Hegenberg (1998), a doença caracteriza-se pela falta ou pelo excesso de alguma coisa

A esse respeito Camargo Junior (2007) pontua, muitas vezes, que a doença é percebida como doença-coisa; o autor considera uma definição ampla, vaga e limitada, dificultando a compreensão e conseqüentemente a intervenção a respeito do fenômeno doença. Tal fato exige muitas vezes do interventor um olhar mais atencioso, detalhado e criterioso sobre tal fenômeno doença, como se evidencia a seguir:

A doença-coisa, realidade última no plano biológico, entidade “natural” que dispensa articulação teórica, restringe ao mesmo tempo, o escopo das concepções sobre o processo de saúde doença e as possíveis soluções para os problemas decorrentes do mesmo (...), as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar, de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas, por sua vez, no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta. (CAMARGO JUNIOR, 2007, p. 65).

Assim, infere-se compreender que o fenômeno doença não é simplesmente defini-la e, sim, compreendê-la em sua concretude, considerando a história, as consequências e influências, sobretudo, seus determinantes.

De acordo com Souto (2003), a doença é um evento indesejável que acomete o organismo, acarreta incapacidade, limitações que podem ser temporárias ou permanentes, parciais ou totais.

Uma doença é uma condição anormal que uma pessoa pode experimentar; afeta de maneira negativa as estruturas e as funções, de parte ou de todo o organismo humano, sendo frequentemente compreendida e interpretada como uma condição patológica que se associa a sinais e sintomas característicos de cada doença. **Doença sinal e sintoma que afeta qualidade de vida**, terceiro subtema dessa unidade temática, evidencia-se a seguir nos recortes das falas de quatro participantes. Inicialmente apresenta-se os depoimentos dos profissionais de Aparecida:

Doença é quando aparece um sinal no organismo de uma pessoa e nada fica bom, quando ocorre uma alteração na qualidade de vida (ACS VM 8).

Doença é quando a qualidade de vida da pessoa fica abalada, quando alguma complicação ataca o organismo de uma pessoa (ACS VM 10).

A seguir os depoimentos dos profissionais do município de Guaratinguetá:

Doença é algo ruim, são sintomas que atingem a todos nós, é uma situação anormal de um organismo ou parte dele (Enf. VA 22).

É quando o organismo total ou parcial está com alguma anormalidade, (TE SM 34).

Nessas falas, pode-se analisar que as RSs da doença referidas pelos participantes surgem relacionadas a alguma complicação que acomete a qualidade de vida, a presença de algum sinal e sintoma, algo negativo, uma anormalidade que pode atingir a vida da pessoa, de tal modo que a pessoa doente a associa a tudo o que é ruim, a sensações ruins.

Nesse sentido, Ferreira (1994, p. 104) afirma que:

Muitos estudos destacam que as representações que os indivíduos possuem a respeito de doença estão diretamente relacionadas com os usos sociais do corpo em seu estado normal. Assim, qualquer alteração na qualidade de vida, como por exemplo, quando o indivíduo não consegue trabalhar, comer, dormir ou realizar qualquer outra atividade que habitualmente está acostumado, implica estar doente.

Ferreira (1994), em seu estudo intitulado “**O corpo sígnico**”, de natureza etnográfica, a autora pretendeu analisar a percepção dos participantes sobre como é se sentir doente; afirma que os relatos dos participantes indicam qualquer prejuízo relacionado às atividades normais de uma pessoa. Na concepção dos participantes é um estado de adoecimento expresso por diferentes sensações desagradáveis tais como: cansaço, fraqueza, dor, mal-estar, dentre outros, denominadas “**sintomas**”. A autora afirma que se trata de uma definição do senso comum da sociedade sobre o estado de doença que quase sempre se traduz em sintomas, sendo a dor um sintoma recorrente nas falas das pessoas.

Quando questionados sobre o que é “estar doente”, nota-se que três responderam à pergunta como “não estar bem”, “alguma coisa de anormal” e “algo errado”. A representação de “estar doente”, para eles, relaciona a doença a “alguma dor” e “sentir algo”. Destaca-se que os entrevistados não consideram a doença que se manifesta de forma silenciosa, a **Doença é dor** é o quarto subtema dessa unidade temática, cujas falas estão descritas a seguir:

A doença é quando a pessoa não está bem, sente alguma dor, sente mal ai meu Deus não gosto nem de pensar a doença acaba com todo mundo (ACS VM 7)

Algo de errado que acontece no corpo a pessoa doente as vezes pode sentir muita dor, eu não falo somente da dor física que ao meu ver é mais fácil de controlar, toma o medicamento ai melhora, eu falo da dor que a pessoa sente de descaso, a pessoa doente muitas vezes é rejeitada pelos familiares, o pior quando busca ajuda os profissionais não dão a devida importância ai, ai viu isso acontece, ai já viu, além de doente é rejeitada, a pessoa perde a vontade de tudo (ACS VM 9).

Quando tem alguma coisa anormal no meu organismo e que me faz sentir mal, e quando tenho dor, vejo que estou doente, não sinto vontade para nada (ASB PA 14)

As RSs da doença para três participantes aparecem nos depoimentos como dor física; destaca-se que, desses, um referiu que a doença não é representada apenas pela dor física, ela pode ser compreendida como sofrimento, rejeição, sentimentos causados pela dor.

De acordo com Grossi (2012, p. 18) a dor é

uma experiência subjetiva, que todo mundo relata já ter vivido, porém, só quem sente é que pode informar sobre ela, apesar de podermos deduzir pelo comportamento, postura e expressões faciais que o indivíduo mostra. A dor é então influenciada por vários elementos, como a vivência cultural do doente, o seu repertório linguístico, o seu domínio (ou não) de termos médicos, as suas crenças e representações sobre corpo e doença, as suas experiências individuais em geral e suas experiências e sua memória específica quanto à sensação de dor.

Nesse sentido Bastos (2007, p. 86) relata que a dor em estados mais graves pode:

gerar problemas de incapacitação, dificultando a realização de atividades diárias, chegando a interferir no estado de humor, nas relações sociais e profissionais. É importante fazer parte do tratamento uma equipe multiprofissional qualificada e integrada que realize uma avaliação precisa de cada paciente, contendo questões de ordem biológica, emocional, sociocultural e ambiental que contribuem para o aumento da sensação de dor.

Bastos *et al.* (2007) afirmam ainda que a doença é qualquer dor, independentemente da natureza e forma que se apresenta, aguda ou crônica, de causa conhecida ou desconhecida; para os autores sempre haverá um componente psicológico que pode variar de pessoa para pessoa, pode ser modificado por diferentes fatores a saber: culturais, étnicos, sociais e ambientais. Os autores consideram que algumas pessoas experimentam a sensação da dor de forma mais tranquila e outras reagem de maneira inusitada.

Ferreira (1994, p. 195) afirma que cada pessoa tem uma forma específica de expressar e representar a dor, como se verifica a seguir em seus discursos:

Qualquer um de nós pode se reportar à sua experiência pessoal e dizer que sabe o que é a dor, ainda que a busca de palavras para expressar esta sensação seja difícil. Muitas definições podem ser dadas, mas nunca abarcarão a dimensão do que é esta sensação, isto porque a dor é uma experiência subjetiva, privada e qualquer informação sobre ela há de provir apenas daquele que a sente. Às vezes pode-se deduzir pelo comportamento, postura e expressões faciais que o indivíduo está sentindo dor e por estas indicações até pode-se localizá-la, mas os demais aspectos a seu respeito só aquele que a sente pode informar. Talvez o fato de ser difícil descrevê-la faz com que recorramos constantemente a imagens e metáforas para representá-la, como por exemplo: "facadas", "pontadas" e "agulhadas".

Para Ferreira (1994) as RSs que as pessoas possuem em relação a doença estão diretamente relacionadas com a interpretação que cada pessoa possui de seu corpo em seu estado normal e, quando surge alguma coisa que altere esse estado de normalidade, pode refletir de forma negativa na qualidade de vida das pessoas, como dificuldade em se alimentar, trabalhar, dormir, enfim, limitações, alterações na própria imagem dificuldades para realizar as atividades de subsistência no cotidiano (FERREIRA, 1994).

Por meio dos depoimentos dos participantes foi possível perceber que as RSs da doença estão vinculadas a diferentes problemas, que, em certa medida, atrapalham a vida das pessoas e são objetivadas na patologia, no mal funcionamento do organismo, na ideia de dor, tristeza e sofrimento em decorrência do adoecimento.

A pessoa acometida por uma determinada doença sente que algo de errado está acontecendo em seu organismo e que seu organismo se encontra modificado; tal pessoa se vê diante de uma realidade multifacetada, que a impele para uma reaprendizagem intrapsíquica (objetivação e ancoragem) de sua nova condição e imagem corporal. A sua capacidade em aceitar e adaptar-se a essas mudanças advindas com a doença pode repercutir diretamente na vida pessoal, psíquica, familiar, laboral e social, o que pode se transformar em fonte de desequilíbrio (PALMEIRA; FERREIRA, 2012).

Além disso, a doença pode acarretar sequelas trazendo modificações e transformações físicas com reflexos negativos de percepção da autoimagem. Ao se refletir acerca da imagem que as pessoas constroem continuamente sobre si (a partir do julgamento dos pares e da sociedade como um todo), é possível perceber o quanto é insatisfatório para as pessoas doentes viverem em um corpo cujos padrões encontram-se distantes do ideal de aceitação social. Estas questões possibilitam observar a função de orientação das RSs, ou seja, no imaginário social existe um padrão ideal pré estabelecido que, além de determinar comportamentos e práticas também determina as necessidades e aspirações dos sujeitos em relação a sua imagem e seu próprio corpo (GONÇALVES, 1994).

8.2.2.2 Unidade Temática 2 - Doença um desequilíbrio psicológico e espiritual

A segunda **Unidade Temática** encontra-se dividida em quatro subtemas: **Doença um desequilíbrio, Doença algo psicológico, Doença um castigo espiritual, Doença como descaso.**

As RSs da doença para dois participantes do estudo estão relacionadas à ideia de desequilíbrio, algo ruim, precisa ter um fim. O primeiro subtema “**Doença um desequilíbrio**” evidencia-se a seguir nos depoimentos de 03 profissionais, inicialmente apresenta-se os depoimentos dos participantes do município de Aparecida:

É quando o organismo se encontra em desequilíbrio, algo de errado está acontecendo, a pessoa pode ter sinais e sintomas, dor, pode ser de menor ou maior

intensidade, pode deixar alguma sequela, algum dano na pessoa dependendo da gravidade (TE VM 5).

Ao meu ver, doença é um desequilíbrio que acontece no organismo de uma pessoa e se manifesta por sinais e sintomas, às vezes, dependendo da gravidade pode deixar sequelas, pode evoluir para cura ou morte, a população hoje em dia sofre um monte de doenças crônicas, necessita de uso contínuo de medicação, acompanhamento, mudanças de estilo de vida do paciente (Méd. VM 3).

A seguir os depoimentos de 01 participante de Guaratinguetá

Doença é o estado de desequilíbrio do bem-estar físico, psíquico e social que pode gerar agravos e danos à saúde, se manifesta através de sinais e sintomas, que devem ser tratados de forma rápida, evitando complicações (Méd. SM 32).

As RRs da doença como um desequilíbrio que acomete o organismo das pessoas emergem nos depoimentos de três implementadores de políticas públicas.

De acordo com Hegenberg (1998), na Suíça o médico, alquimista, físico, astrólogo e ocultista alcunhado “Paracelso”, por volta de finais do século XV e primeira metade do XVI, em sua teoria concebeu a doença como um

processo "anômalo" que ocorre nos organismos. Estudioso de alquimia, Paracelso atribui especial importância à composição química dos líquidos existentes no corpo, imaginando a doença como decorrência de desequilíbrios químicos dos sucos digestivos - que, penetrando no sangue, originam as "acrimônias", percebidas na forma de "acidez", ou "mau sabor".

Coelho *et al* (2014) participam dessa discussão, afirmando, em seu estudo intitulado “**Concepções e práticas de saúde e doença entre alunos da primeira turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia**”, que o conceito da doença emerge nas falas dos participantes como um desequilíbrio. Além disso, os autores destacam que os participantes vêm a doença como algo negativo, capaz de provocar dor, tristeza, mal-estar e até a morte (LAPLANTINE, 2010).

Além dessas definições em relação ao fenômeno da doença tem-se ainda os depoimentos dos participantes desse estudo que consideram a “**Doença algo psicológico**”, segundo subtema dessa unidade temática. Por meio das falas foi possível observar que a doença está relacionada a algo negativo que acomete a vida das pessoas, como se evidencia a seguir nos recortes dos depoimentos de um profissional da ESF da **VA**:

O meu ver a doença é tudo que afeta o organismo psicologicamente e fisicamente (TE PA 16).

A seguir apresenta-se os depoimentos dos profissionais de Guaratinguetá:

Doença enfermidade física e mental (ACS VA 29).

Doença é a falta do bem-estar físico, mental e social (TE SM 35).

É toda alteração física e mental que uma pessoa possa ter (ACS SM 38).

Doença, quando algo não está correto no organismo engloba tanto a parte física, mental, biológica e psíquica da pessoa (ACS SM 39).

Doença quando afeta a parte física e mental atrapalhando a convivência da pessoa (ACS SM 40).

Muito embora a saúde física, mental e social sejam os três pilares que ancoram o bem-estar humano, não são consideradas as únicas dimensões que importam na vida; soma-se também ao processo de bem estar as questões financeiras, ocupacionais, intelectuais, a realização profissional e pessoal, dentre outras. Com a harmonia entre essas variáveis é possível minimizar o aparecimento de doenças (MARTINS, 2021).

Para Martins (2021), a saúde física está relacionada ao bom funcionamento dos órgãos e sistemas; um indivíduo com boas condições de saúde é aquele em que o metabolismo funciona de forma adequada. A autora complementa, a genética, hábitos de vida e alimentares, condições de trabalho também são fatores que podem contribuir de forma significativa para a manutenção da saúde. Em relação à saúde mental a autora diz que não existe uma definição oficial, por se tratar de questões subjetivas, a saúde mental então, está relacionada a percepção que cada pessoa

possui de sua própria realidade, está ligada as questões emocionais e psicológicas de cada pessoa. Já em relação à saúde social para a autora diz respeito a capacidade que cada indivíduo possui em se relacionar com outras pessoas e se inserir nos diferentes contextos sociais, é a maneira saudável e equilibrada de se relacionar.

GAIANO *et al* (2018, p. 110) participam dessa discussão, dizendo que existem dois paradigmas a serem discutidos, ou seja,

o paradigma biomédico e o da produção social de saúde. No primeiro, o foco é exclusivamente na doença e em suas manifestações [...]. No segundo, a saúde é mais complexa que as manifestações das doenças e inclui aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais.

Com essa definição complexa a respeito do processo saúde e doença e, com o novo perfil epidemiológico, acredita-se que o conceito de saúde posto pela WHO (1946) tornou-se obsoleto, pois, compreender esse fenômeno exige mais atenção, uma vez que não envolve apenas uma variável, tratando-se, portanto, de um processo multifacetado que exige mais atenção dos diferentes atores que se propõem a implementar as políticas públicas de saúde para a população.

A doença é um fenômeno que causa sofrimento e transformações na vida das pessoas. Quando uma pessoa é acometida por uma doença procura significados, na tentativa de compreender e enfrentar essa experiência que, por vezes, é tão avassaladora. Esses significados, muitas vezes, são delineados pelas crenças de que fazem parte da história de fé e compreensão do sagrado que cada pessoa possui. O sagrado, está relacionado ao divino, a Deus, algo que representa um valor superior ainda que seja abstrato e impalpável (MCLEOD; WRIGHT, 2008).

As RSs da doença como provação divina aparece nos depoimentos de três participantes originando o terceiro subtema dessa unidade temática, “**Doença um castigo espiritual**”.

A seguir os depoimentos de um profissional da ESF da **PA**.

Doença é ausência do bem-estar físico e mental, eu penso que temos que seguir os passos de Deus, se apegar na religião, Deus sempre nos dá livramento, mesmo quando estamos doentes é nele que devemos buscar auxílio, é ele que nos dá forças para enfrentar todos os problemas que aparecem em nossas vidas, sem ele não somos nada (Méd. PA 13).

No município de Guaratinguetá identificou-se significados correspondentes nos depoimentos de 02 profissionais.

Doença para mim é enfermidade física e mental e, às vezes, até espiritual, por isso, além de cuidar do corpo devemos cuidar da nossa alma também (ACS VA 26).

A doença para mim é falta de Deus, a pessoa doente fica abalada, perde a vontade de viver, perde as esperanças, por isso eu penso que as pessoas devem se apegar a Deus (ACS SM 37).

O ser humano por sua natureza é religioso. Dessa maneira, tudo de ruim que acontece em sua vida, ele procura atribuir aos fatores espirituais e sobrenaturais. Em relação à doença isso não poderia ser diferente; quando alguém adoece, procura estabelecer uma relação entre a sua enfermidade com alguma espécie de castigo divino. Alguns chegam a perguntar: “Por que Deus deixa isso acontecer comigo?”. Ou: “Será que fiz alguma coisa para Deus, porque ele está me castigando? Eu não mereço isso”. Existem pessoas que quando adoecem estabelecem relação com alguma penitência do corpo, algum tipo de purificação diante de erros que comeu ou, aqueles cometidos por seus pais, algo percebido como uma espécie de pagamento (GONÇALVES, 2018).

A esse respeito Hegenberg (1998, p. 18) diz que a doença foi percebida pelos povos primitivos como

ocorrência sobrenatural, tal como os ventos, as tempestades ou as manifestações de deuses malévolos. A doença, com suas dolorosas consequências, seria obra de algum espírito, cuja ira importaria aplacar com os sacrifícios, ou seria obra de algum inimigo, dotado de poderes especiais, cuja animosidade haveria de ser combatida por meio de sortilégios. Nesse quadro geral, a doença foi diversamente contemplada, ora como fruto de invasão do organismo por matéria

estranha, ora como "perda da alma", ora em termos de corpo "tomado" por fantasmas, ora como decorrência do rompimento de tabus, ora, enfim, como fruto de ritos mágicos.

A compreensão de que a doença é algo muito difícil e que testa a capacidade de superação de um indivíduo é muitas vezes percebida como um castigo de Deus, sendo discutido há muito tempo em nossa cultura. Nos primórdios dos tempos, as representações sobre o fenômeno doença eram vistas como resultados das influências ou eventos sobrenaturais, contra os quais o homem nada podia fazer (SEVALHO, 1993).

Na Idade Média a compreensão da doença esteve atrelada às crenças e às práticas religiosas, ou seja, o pensamento vigente na época era de que todo mal que afetava o organismo de uma pessoa era obra dos deuses. Inicialmente compreendia-se que tudo dependia do humor divino, não se atribuía nada ao comportamento humano. A doença por muito tempo foi interpretada de acordo com a lógica religiosa, “como consequência da fatalidade [...] a doença-maldição”; e além disso, como “uma consequência necessária provocada pelo indivíduo ou pelo grupo [...] é a doença-punição” (LAPLANTINE, 1991, p. 74).

Hegenberg (1998, p. 18) participa dessa discussão com o seguinte pensamento a respeito da compreensão da doença na lógica da punição:

o doente é castigado por haver-se rebelado contra imperativos religiosos ou sociais. Deuses e almas de antepassados punem os homens que não se curvam diante dos mandamentos vigentes. E preciso, em certas circunstâncias, distinguir a culpa individual da coletiva

Destaca-se que, nesse estudo, foi possível identificar nos depoimentos de três participantes aspectos religiosos, especificamente àqueles ligados ao distanciamento de Deus e aos relacionados às punições ou aos castigos. Deduz-se que fazem parte do senso comum desse grupo de sujeitos e de certa forma revestem as RSs da doença. As representações estão internalizadas nas pessoas ainda que de forma

inconsciente, de tal forma que demonstram dificuldades de compreensão a respeito da doença relacionando a compreensão à crença religiosa (EIDT, 2004). O indivíduo projeta sua identidade em algum objeto que representa, pois é por meio de sua identidade que as pessoas dão significados as coisas e ao mundo em que vive (MOSCOVICI, 2003).

O quarto subtema, “**Doença como descaso**” apareceu nos depoimentos dos entrevistados e nos leva a perceber que atribuem culpa da doença ao governo.

A doença é uma condição de vulnerabilidade negativa que o organismo se encontra, é uma alteração no estado da saúde das pessoas, que se manifesta por sintomas isso e a doença na pessoa mas, se gente olhar no sistema de saúde em geral a coisa fica feia, a saúde em geral está um fracasso, não vê o que estamos passando com essa pandemia, o governo precisa pensar em alguma coisa logo para melhorar a nossa saúde, eu me incluo porque também uso o sistema de saúde por isso eu falo a nossa saúde (TE PA 15).

De maneira geral eu vejo que a saúde da população está doente, a prova está aí para gente ver os reflexos da pandemia, falta de consideração e o descaso dos políticos, desvio de verbas, como falar em saúde da população com tudo isso acontecendo de ruim, os reflexos são negativos, deparamos constantemente com doença, fome, falta de moradia, desemprego, falta de salário, se a pessoa não tem essas condições mínimas de viver com certeza vai estar doente, não tem dinheiro para comprar um medicamento é triste (ACS PA 20).

As RSs da doença para dois participantes do estudo estão relacionadas ao descaso dos governantes. Em vários momentos na história da saúde pública do Brasil houve a ocorrência de várias patologias que assolaram a população deixando-a em situação de vulnerabilidade; esses momentos foram citados por autores como descaso dos governantes.

Os pensamentos expressos nos discursos dos participantes do estudo vão ao encontro com os discursos de Prado (2017). O autor afirma que no ano de 2016 o país, sobretudo a cidade de São Paulo estava na mira de uma epidemia. Após 75 anos de erradicação, houve o reaparecimento de uma doença denominada febre

amarela; complementa o autor que as declarações que a sociedade recebia dos órgãos superiores (gestores do país na época) não correspondiam à realidade.

Outro exemplo que se cita são os relatos de Kieller (2021), que afirma que na atualidade com a situação da pandemia da COVID em território brasileiro, em um primeiro momento foi considerada um descaso, irresponsabilidade sanitária do governo federal. O autor complementa que posteriormente essa reponsabilidade foi atribuída a outras esferas do governo. O autor cita que em muitos municípios e estados, em território brasileiro, houve descaso também por parte dos governos municipais, estaduais e federal.

Nesse sentido, acredita-se que o Estado tem a obrigação de garantir a proteção da saúde da população por meio da elaboração e implementação de ações e políticas públicas mais eficazes, especialmente, às pessoas em situações de vulnerabilidades, por apresentarem maiores riscos; não se trata pois de uma opinião incerta, ou uma dedução de que algo irá acontecer e sim de uma obrigação do Estado (MAGALHÃES, 2013).

A esse respeito, no ano de 2020 a OMS, na tentativa de inibir o número de pessoas infectadas e as mortes pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), adotou medidas, e para tanto, foi elaborada a LEI Nº 13.979, de 6 de Fevereiro de 2020, que em seu Art. 1º “dispõe sobre as medidas que poderão ser adotadas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019”. Cita-se ainda no parágrafo 1º que “As medidas estabelecidas nesta Lei objetivam a proteção da coletividade”. Complementa-se que os governos devem manter o foco na contenção desse agravo a saúde.

Dessa forma, considera-se que todas as ações elaboradas pelos gestores possuem efeito sobre a saúde individual e coletiva da população, originam outras perspectivas de atenção à saúde, no caso a promoção de cuidado em saúde. A compreensão a respeito do processo saúde e doença, como um instrumento social, traz repercussões importantes para a vida social da população, pois acredita-se que em certa medida esse envolvimento, o olhar ampliado dos gestores e dos profissionais das políticas públicas devam se abrir a novas possibilidades, especialmente para a efetivação do sistema de saúde.

Diante do exposto, acredita-se que para se promover a saúde é importante atuar diretamente e de forma positiva nos determinantes de saúde do processo saúde e doença.

Nesse estudo observou-se que a carga negativa da doença também apareceu significada, entre os profissionais que participaram do estudo, como sentimentos de desequilíbrio que afetam o psicológico e podem se tornar um elemento gerador de tristeza profunda e desamparo, verbalizados e objetivados também em alguns depoimentos e expressões no momento do grupo focal. Neste cenário de sofrimento construído pelos profissionais a respeito da doença, estava presente o sentimento de impotência diante de uma doença que traz consigo sequelas que vão além das incapacidades e deformidades físicas, ao castigo e descaso.

É justamente essa rede de sentimentos e significações criada pelas representações sociais que permite constatar “[...] a ancoragem da ação e a atribuição de sentido aos acontecimentos, comportamentos, pessoas, grupos e fatos sociais” (VALA, 2000, p. 474). Ou seja, quando a novidade chega, no caso específico, a doença considerada como algo novo e estranho, observa-se em alguns recortes dos depoimentos dos profissionais um certo esforço para transformar os sentimentos a respeito da doença familiar e transformá-la para integrá-la ao universo de pensamentos pré-existent denominados função cognitiva essencial das RSs, função de proteção e legitimação das condutas e limitação (JODELET, 2001).

8.2.2.3 Análise comparativa sobre a doença

Em relação às RSs sobre a doença, identificou-se nos depoimentos que a doença é um fenômeno que leva o organismo ao mal funcionamento e causa prejuízos, sendo que tais representações apareceram nos depoimentos de 05 profissionais, sendo 01 dentista e 01 ASB, ambos da ESF da **VM**, e 01 enfermeiro e 01 ACS pertencentes a ESF da **PA**. No município de Guaratinguetá identificou-se similaridade nos depoimentos de 02 profissionais, 01 ACS da ESF **VA** e 01 enfermeiro da ESF do **SM**.

Doença como alguma coisa ou problema foi destacada com maior frequência em Aparecida, ou seja, tais significados foram identificados nos depoimentos de 01 Técnico de enfermagem da ESF da **VM** e 01 dentista da ESF da **PA**. Em Guaratinguetá, apenas um ACS da ESF da **VA** apresentou significados similares; os profissionais citados entendem que estar doente significa ter alguma coisa, algum problema de saúde capaz de limitar, incapacitar a pessoa.

Nos depoimentos dos participantes, significados relacionados a complicações foram identificados. No olhar dos profissionais, a doença é algum sinal e sintoma que acomete a qualidade de vida; tais RSs foram identificadas nos depoimentos de 02 ACS do município de Aparecida, na ESF da **VM**. Em Guaratinguetá apareceu no depoimento de 01 enfermeiro da ESF da **VA** e no depoimento de 01 técnico em enfermagem da ESF do **SM**. A dor foi referenciada apenas no município de Aparecida, nos depoimentos de 02 ACS da ESF da **VM** e no depoimento de 01 ACS da ESF **PA**.

No quadro abaixo, apresenta-se de forma esquemática os significados atribuídos pelos profissionais da ESF relacionados à doença na Unidade temática 01, de acordo com os subtemas.

Quadro 21- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a Doença, um mal que leva a perdas, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Unidade Temática 1 – Doença, um mal que leva às perdas				
Aparecida				
Profissionais	Doença como mal funcionamento do organismo	Doença como alguma coisa ou problema	Doença sinal e sintoma que afeta a qualidade de vida	Doença é dor
Dentista	1	1		
Enfermeiro	1			
Médico				
ASB	1			1
Técnico enf.		1		
ACS	1		2	2
Recep.				
Secretária de saúde				
Guaratinguetá				
Dentista				
Enfermeiro	1		1	
Médico				
ASB				

Técnico enf.			1	
ACS	1	1		
Recep.				
Secretária de saúde				

Fonte: Elaborado pelo autor da tese.

Doença como um desequilíbrio apareceu nos depoimentos de 02 profissionais da ESF da **VM**, sendo 01 Técnico em enfermagem e 01 Médico. Em Guaratinguetá identificou-se similaridade nos depoimentos de 01 Médico da ESF do **SM**. Outro ponto que apareceu nos depoimentos dos participantes foi a ideia de doença como algo psicológico. Em Aparecida, apareceu nos depoimentos de apenas 01 Técnico de enfermagem da **PA**, com destaque para Guaratinguetá, onde 05 profissionais referenciaram tais representações, sendo 01 ACS da ESF **VA**, 01 Técnico em enfermagem e 03 ACS que pertenciam à ESF **SM**.

A doença como um castigo espiritual foi identificada no município de Aparecida, no depoimento de 01 profissional Médico da ESF **PA**, e em Guaratinguetá, tal significado foi identificado nos depoimentos de 01 ACS da ESF **VA** e no depoimento de 01 ACS da ESF **SM**.

Nos pensamentos de alguns profissionais, a doença aparece como um descaso do governo, o que foi identificado nos depoimentos de 02 profissionais da ESF **PA** de Aparecida, sendo 01 Técnico em enfermagem e 01 ACS, e no município de Guaratinguetá não foi identificada essa representação.

A seguir apresenta-se no quadro abaixo o número de profissionais que expressaram significados sobre a Doença como um desequilíbrio psicológico e espiritual na Unidade Temática 02, por subtema:

Quadro 22- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a Doença como desequilíbrio psicológico e espiritual, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá
(continuação...)

Unidade Temática 2 - Doença um desequilíbrio psicológico e espiritual				
Aparecida				
Profissionais	Doença um desequilíbrio	Doença algo psicológico	Doença um castigo espiritual	Doença como descaso
Dentista				
Enfermeiro				
Médico	1		1	

ASB				
Técnico enf.	1	1		1
ACS				1
Recep.				
Secretária de saúde				
Guaratinguetá				
Dentista				
Enfermeiro				
Médico	1			
ASB				
Técnico enf.		1		
ACS		4	2	
Recep.				
Secretária de saúde				

Fonte: Elaborado pelo autor da tese.

8.2.3 Representações Sociais dos profissionais a respeito da Estratégia da Saúde da Família

A ESF foi instituída para reorganizar o sistema de saúde da atenção básica em território brasileiro. É uma ação implantada com a finalidade de acabar com a ideia da assistência à população apenas nos momentos emergenciais, ou seja, tratar apenas quando as pessoas já se encontram enfermas. Desenvolve ações de atenção primária sob a gestão da União, estados e municípios e com a participação da população.

Dentre as várias atividades exercidas pela ESF, cita-se algumas delas: consultas, saúde bucal, imunização, exames de rotina, transferência dos pacientes para serviços de referência e/ou especialidades, campanhas educacionais, ações de prevenção e promoção à saúde, orientações em geral. Tais práticas podem diminuir o evento do adoecimento, ajudar na diminuição de gastos para os cofres públicos, melhorar o fluxo de atendimento e diminuir a superlotação nos hospitais.

Comumente, nota-se que as pessoas pulam a etapa de atendimento, o que seria feito em uma unidade de ESF, e recorrem à unidade de pronto socorro. Observa-se que alguns gestores públicos possuem concepções equivocadas a respeito do tratamento primário à população, pois veem como menos importante. Mudar as concepções existentes da população sobre os equipamentos de saúde é difícil, por se

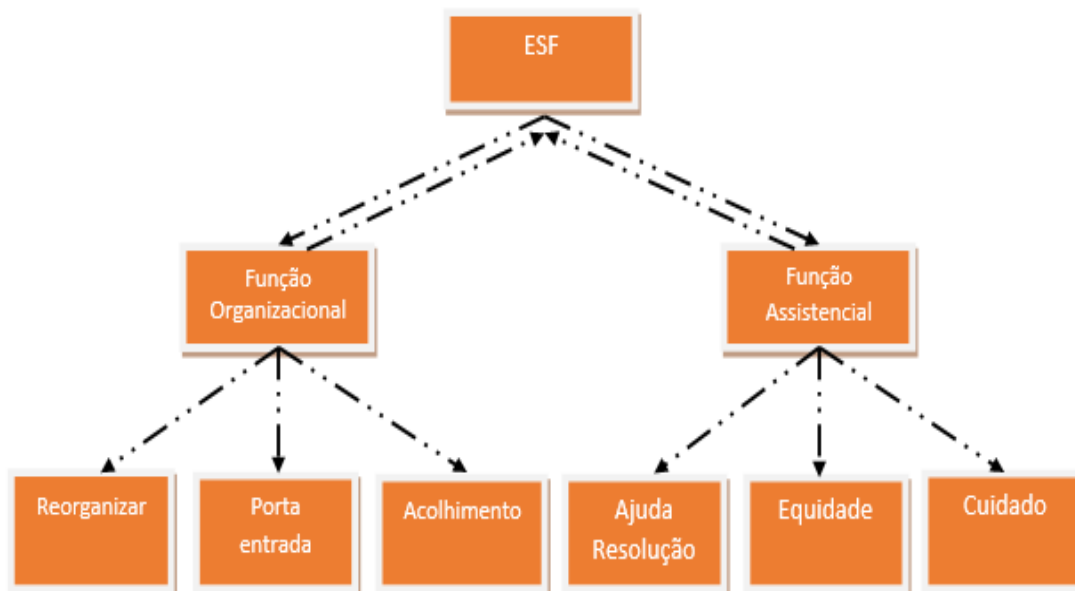
tratar de um hábito ou falta de conhecimento, mas é importante orientar a população para que o hospital não seja a porta de entrada para o sistema de saúde e o tratamento.

Diante disso, acredita-se que seja importante conhecer as diferentes concepções, compreender os olhares, as RSs dos implementadores de políticas públicas de saúde a respeito da ESF. Para Moscovici (2011), as RSs emergem a partir de encontros de duas ou mais pessoas em diferentes espaços onde transitam e se comunicam. A implementação das políticas públicas em geral possui dimensões individuais e coletivas e constituem um material rico para a análise de comportamentos e pensamentos culturais e sociais (JODELET, 2015).

Nesse capítulo as RSs sobre a ESF são apresentadas, com especial interesse na identificação de pontos convergentes e divergentes a respeito da temática em questão.

Na figura a seguir apresenta-se de forma esquemática as palavras mais referenciadas pelos participantes, originando essa unidade temática e seus subtemas.

Figura 24- Síntese das Representações Sociais sobre a Estratégia de Saúde da Família



Fonte: Elaborado pelo autor

Destaca-se que os depoimentos dos participantes serão apresentados separadamente. Primeiro apresenta-se os depoimentos das gestoras dos municípios estudados e depois os dos profissionais implementadores da ESF no município de Aparecida e Guaratinguetá, todos discutidos à luz da literatura.

8.2.3.1 Estratégia da Saúde da Família e suas funções gerenciais e assistenciais

Após análise dos depoimentos criou-se a Unidade Temática **Estratégia da Saúde da Família e suas funções gerenciais e assistências** e seus subtemas: **Função reorganizadora, Porta de entrada, Acolhimento, Ajuda e resolução, Equidade e Cuidado.**

Em depoimentos de sete participantes do estudo vem expresso o primeiro subtema dessa unidade temática **Função reorganizadora**. Para eles a ESF foi pensada para reorganizar o sistema de saúde da atenção básica.

Para as **gestoras** dos municípios analisados, a ESF é assim representada:

Reorganização da Atenção Básica de acordo com as normatizes do SUS; reorienta o processo de trabalho, amplia o atendimento e acesso à população; porta de entrada, formada por equipe multiprofissional, passa-se a ter um conhecimento maior sobre o território abrangente, sua população e suas características epidemiológicas e sanitárias (SS1 A).

A principal meta da ESF é a reorganização, acredito que o principal objetivo da Atenção Básica e da ESF é organizacional, criar e implantar medidas de trabalho, ações, normas que orientam o processo de trabalho das equipes, amplia o atendimento e acesso à população, atua como elo de ligação, a porta de entrada da população aos equipamentos de saúde; tem como premissa facilitar o acesso da população aos equipamentos de saúde; composta por uma equipe multiprofissional todos trabalhando em prol da saúde da população, assim ela amplia os olhares sobre o processo saúde e doença (SS2G).

Em relação aos profissionais que estão na linha de frente no município de **Aparecida**, observa-se as seguintes RSs sobre a ESF:

A Estratégia da Saúde da Família tem como objetivo organizar; quando eu falo organizar estou querendo dizer organizar os serviços de saúde para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos moradores de uma determinada área e também auxiliar na organização da vida da população em geral, por isso os profissionais precisam promover ações de conscientização sobre: alimentação, atividade física, prevenção do câncer, hipertensão, diabetes, ações que visam o bem-estar da população no dia a dia (Dent. PA 11).

A Estratégia da Saúde da Família visa organização da atenção básica no país buscando promover a qualidade de vida população e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco (TE PA 15).

A Estratégia da Saúde da Família para mim é um serviço que tem como finalidade organizar tudo aquilo que o SUS diz; é por meio dela que o SUS funciona bem, quer dizer, pelo menos deveria funcionar e atender as necessidades das pessoas que necessitam nos diferentes territórios (ACS PA 19).

A seguir evidencia-se as RSs da ESF sobre os olhares dos profissionais que atuam no município de **Guaratinguetá**.

A Estratégia da Saúde da Família é um programa do SUS criada para organizar e oferecer os serviços de saúde em que atua em um território, é composta por vários profissionais (Enf. VA 22).

Estratégia da Saúde da Família é uma organização da atenção básica para assistência à saúde da população (TE VA 24).

Após sua implementação, percebe-se a expansão da ESF em território nacional; consolidou-se como estratégia principal da Atenção Básica. Para tanto, o governo Federal elaborou a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, estabelecendo a ESF, o então PSF, como a principal estratégia implementada pelo MS, com a finalidade de organização da Atenção Básica, trazendo em seu bojo o acesso universal e contínuo da população aos equipamentos de saúde e reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade, por meio do cadastramento e estabelecimento de vínculos junto à população adstrita (BRASIL, 2006a).

A esse respeito, Walisete de Almenida Godinho Rosa e Renata Curi Labate (2005) afirmam que a ESF surgiu no Brasil com a proposta de reorientar o modelo assistencial tecnicista/hospitalocêntrico vigente na época de sua implementação, na década de 1994. De acordo com as autoras esse modelo não atendia às necessidades de saúde da população. Assim, a ESF surge com a necessidade de voltar os olhares para a saúde da família, ou seja, a família deve ser sempre colocada no centro das intervenções; todas as ações realizadas por essa modalidade de atenção não se restringem ao indivíduo doente, agindo de forma preventiva junto à população.

Escorel *et al.* (2007) participam desses pensamentos, afirmando que a implantação do SUS e da ESF em território brasileiro representou uma importante mudança organizacional no curso da saúde pública em meados dos anos de 1990, uma vez que consolidou a organização dos serviços de saúde vigente.

A respeito da mudança organizacional, Antunes (2012) afirma que se trata de um processo multifacetado e de difícil execução, requerendo mudanças estruturais; tecnológicas; nos espaços físico e sobretudo nas pessoas, como se evidencia a seguir nas falas da autora, ao descrever quatro características básicas para mudanças organizacionais:

- a) Mudar a estrutura da organização pode passar por reajustes nos departamentos, na coordenação, nos níveis de controle ou nos centros de decisão, ou por mudanças mais substantivas que alterem a configuração da estrutura, implicando uma reorganização mais profunda das tarefas e da sua distribuição pelos diferentes departamentos e unidades.
- b) As grandes mudanças operadas no domínio da tecnologia envolvem a introdução de novos equipamentos, ferramentas e métodos operativos. A primeira fase de grande mudança tecnológica foi a que se iniciou com a Revolução Industrial e que se caracterizou pela automação ou substituição das pessoas por maquinaria, podendo considerar-se que nos nossos dias se vive uma segunda fase de mudança mais associada à introdução dos computadores e da tecnologia informacional e digital na vida das organizações, produzindo-se importantes mudanças nos sistemas de gestão da informação e de dados e nas redes de comunicação organizacionais.
- c) [...] A organização dos espaços de trabalho deve, por conseguinte, ser planeada e pensada de acordo com as necessidades das tarefas, os requisitos da interação formal necessária à sua realização e o ambiente social que se deseja respirar na organização.
- d) Mudar as pessoas não significa, necessariamente, substituí-las. A mudança organizacional pretende ser, a este nível, essencialmente

uma mudança de atitudes e de comportamentos, por via da utilização de processos comunicacionais, de tomada de decisão e de resolução de problemas, visando ajudar as pessoas e os grupos a trabalharem em conjunto de uma forma mais eficiente e contribuir para uma melhoria na natureza e qualidade das interações que desenvolvem no local de trabalho (ANTUNES, 2012, p. 6-7).

Diante da importância que a ESF possui frente ao processo de reorganização do modelo da atenção à saúde, torna-se importante conhecer os significados atribuídos pelos atores em relação à ESF. A partir da extração desses conhecimentos é possível estabelecer metas para o processo de estruturação dos diferentes aspectos que envolvem o trabalho dos implementadores de políticas públicas de saúde. A esse respeito Moscovici (2003) afirma que a partir da extração e compreensão de categorias de pensamentos é que se tem as RSs, pois elas possuem como pano de fundo os pensamentos e significados atribuídos pela sociedade.

Na análise dos depoimentos dos participantes observa-se que as RSs da ESF aparecem também como **Porta de entrada**, segundo subtema dessa unidade temática como evidencia-se a seguir nos discursos de sete participantes.

Os implementadores das políticas pública de **Aparecida** representaram a ESF da seguinte forma:

A porta de entrada para o sistema é através da ESF que inicia o atendimento das pessoas (ASB VM 4).

A ESF ao meu ver é um meio criado para colocar o paciente dentro do SUS; por meio dela o paciente passa a ter acesso aos serviços disponíveis no SUS, é a maneira que o paciente encontra para entrar no sistema; funciona como apoio às necessidades da população... (ACS VM 8).

Estratégia da Saúde hum!!!; para mim é a porta de entrada do SUS (Méd.PA 13).

A Estratégia da Saúde da Família é uma atenção primária, acho que é a porta de entrada para se combater a doença, garantir a saúde, pois trabalhamos com prevenção e promoção à saúde (TE PA 16).

Estratégia da Saúde da Família é um programa do governo para atuar na atenção primária da saúde da população, como porta de entrada do usuário, visando o atendimento da família de forma generalizada, atuando na prevenção de doenças (ACS PA 17).

A porta de entrada dos pacientes para a prevenção das doenças (ACS PA 18).

No município de **Guaratinguetá** a representação da ESF como porta de entrada aparece apenas no depoimento de um profissional, como se evidencia a seguir:

E vejo que a Estratégia da saúde da família foi criada para trabalhar a saúde da população, por meio dela os pacientes conseguem ter acesso aos serviços de saúde do SUS, seus serviços foram pensados para trabalhar na base antes que as pessoas adoecem a ESF trabalha mais a prevenção (Enf. SM 31).

A Estratégia da saúde da família é um programa do governo para atuar na atenção primária de saúde da população como porta de entrada do usuário visando o atendimento da família de forma generalizada, atuando na prevenção de doenças

Os depoimentos apresentados se assemelham com os resultados do estudo realizado por Azevedo (2006, p. 21), denominado **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**, onde a autora concluiu que o PSF se constitui como a “principal porta de entrada” para os serviços da atenção à saúde; para a autora os serviços dessa modalidade de atenção à saúde devem ser resolutivos e atender o grau de complexidade que se propôs dentro da atenção básica; complementa ainda que a característica da acessibilidade é o diferencial que garante a qualidade, a efetividade dos serviços de saúde do SUS.

Rosa e Labate (2005) afirmam que a ESF e a Atenção Primária à Saúde (APS) tornaram-se a porta para o sistema de saúde e seus equipamentos. As autoras complementam que, ao se inserir a APS em um contexto ampliado de saúde, ela surge com a proposta de atender todas as necessidades que não eram supridas pelo então modelo tecnicista/hospitalocêntrico vigente na época. Destacam-se as demandas de prevenção, promoção, imunização, saneamento, vacinação, monitoria e tratamento das doenças em condições epidêmicas ou não. Para as autoras essa modalidade de

atenção à saúde se beneficia de baixa densidade tecnológica, pois utiliza poucos equipamentos. Sua principal meta é intervir antes que aconteça o agravo às condições de saúde da sociedade, embora seja dotada de alta complexidade de técnicas de diagnóstico pois incorpora em suas práticas ações de prevenção nos âmbitos individuais e coletivos.

A ESF e a APS devem ser escolhidas como a principal porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde do SUS, como função ordenadora dos cuidados oferecidos à população, além de estimular atitudes de responsabilização e o desenvolvimento de vínculos entre diferentes pares relacionais, profissionais e população (SOUZA; BOTAZZO, 2013). A ESF é guiada por eixos estruturantes, denominados atributos essenciais: longitudinalidade, integralidade, atenção ao primeiro contato, coordenação do cuidado e, ainda, por suas características próprias: orientação individual, familiar e comunitária e competência cultural (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Dessa forma, acredita-se que a ESF é detentora de muitas possibilidades de atuação no campo da saúde para a população, por isso deve ser constantemente discutida e rediscutida para que ocorram renovações sempre que necessário, principalmente nas políticas que a orientam. Ênfase deve ser dada nas concepções e maneiras como as políticas são implementadas para que os serviços de saúde cheguem à população de maneira integral e de fato, atendam suas necessidades.

Observa-se que, para quatro participantes, as RSs da ESF aparecem como um aspecto ligado à maneira como os profissionais recebem a população. **Acolhimento** é o terceiro subtema dessa unidade temática. Destaca-se que essa representação aparece apenas nos depoimentos dos profissionais de **Aparecida**.

Local de acolhimento, na ESF recebemos a população, ouvimos cada um para compreender suas necessidades; isso já é para mim o início do tratamento do paciente, a ESF é uma porta de entrada do paciente para o SUS (Dent. VM 1).

A Estratégia da Saúde da Família é um local onde acolhemos e escutamos as pessoas (Enf. VM 2).

É uma unidade localizada em um território que realiza o acolhimento da família e da comunidade como um todo, oferece atendimento continuado para resolver os problemas de saúde da população, por isso se chama estratégia (Méd. VM 3).

Estratégia de saúde da família é o local onde acontece o acolhimento das pessoas (TE VM 5).

Uma das principais ações propostas para mudança de trabalho e melhoria das práticas dos serviços de saúde em especial, a ESF é o acolhimento, tal prática constitui-se como elemento potencial para ampliação das práticas do cuidado (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

A esse respeito Silveira, Sena, Oliveira (2011), afirmam que:

A ESF vem se revelando como elemento potencializador e oportuno rumo a construção de uma nova ética social, alicerçada nos princípios do acesso, territorialização, acolhimento, humanização e criação de vínculo com o usuário, inscrevendo a intersectorialidade como campo de saber e prática e possibilitando mudanças no modelo técnicoassistencial (SILVEIRA; SENA; OLIVEIRA, 2011, p. 197).

O acolhimento deve ser concebido sobre a lógica de espaço mediador de encontros e negociações entre os trabalhadores e usuários; consiste em um modo específico de trabalho dos profissionais de saúde (TEIXEIRA, 2003).

Teixeira é um dos autores que trabalha com a abordagem do acolhimento como um modo de se relacionar com os usuários e o define como uma “rede de conversações”. O autor sugere a utilização do termo acolhimento-diálogo para significar um tipo especial de conversa que acontece (ou deveria acontecer) nos espaços de saúde. Complementa-se que se trata de “uma espécie de mola mestra da lógica técnicoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede técnicoassistencial de um serviço de saúde” (TEIXEIRA, 2003, p. 101).

Dessa forma, entende-se que o acolhimento possui um papel fundamental, é uma espécie de elo na rede de conversações que acontecem nos serviços de saúde,

com a finalidade de interligar uma conversa à outra, conectando os pensamentos, desejos, necessidades nos diferentes espaços de conversa, que se dá em qualquer relação entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2003). O autor complementa dizendo que esses espaços não são imutáveis, estão em constante movimentação, pois os trabalhadores de saúde constantemente acolhem novos usuários, iniciando assim novas conversas.

Percebe-se que o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, é inerente às atividades assistenciais dos profissionais de saúde. Acredita-se que seja a busca pela compreensão das necessidades da população com a finalidade de atendê-las.

Diante do acima exposto, por meio dos depoimentos dos participantes do estudo é possível compreender que o **Acolhimento** é uma estratégia que deve acontecer na ESF; tal ação possibilita a criação de vínculos por meio de diálogos estabelecidos entre os pares relacionais. Dessa forma infere-se que a ESF se efetiva em meio a relações de compreensão do outro.

Por meio de análise dos depoimentos dos participantes do estudo, foi possível compreender que a empatia, embora não apareça de forma explícita nas falas dos profissionais, aparece como um sentimento balizador das relações, pois o termo traz a ideia de ouvir o outro, reconhecer o outro como protagonista no seu processo saúde e doença, pressupõe afetividade e, por conseguinte, vínculo. Logo, é uma premissa das relações dessa modalidade de atenção à saúde.

A esse respeito Martins (2018, p. 55), afirmam que

a empatia é uma variável importante para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica e, conseqüentemente, para a adesão e para o sucesso da terapia. A realização de estudos sobre as estratégias para o desenvolvimento desta habilidade nos psicoterapeutas é relevante.

A esse respeito, Jodelet (2001) afirma que as RSs são criadas pelos seres humanos para que eles possam compreender o mundo à sua volta, pela necessidade

de se entender os comportamentos, as informações, os domínios físico e intelectual do mundo. A autora complementa que representações são sociais porque o mundo é constituído de pessoas, o que possibilita o compartilhamento de ideias e pensamentos entre elas; é uma forma de apoio para algumas pessoas que compartilham de pensamentos similares e para outras, muitas vezes podem ser divergentes e conflituosas (Jodelet, 2001). Para Souza,

representar é uma capacidade mental inerente ao homem que busca apreender a realidade que o rodeia. Pode-se perceber essa capacidade representativa através da linguagem falada e escrita, nos comportamentos, na produção pictórica e gráfica que nos cercam. Em síntese, pode-se afirmar que representar são formas que traduzem o querer, o sentir e o agir humanos (2005, p. 61).

De acordo com Moscovici (2003), as RSs se produzem e são produzidas quando dois universos convergem, o consensual e o reificado, o que acontece por meio da comunicação social, capaz de produzir fortes influências nas representações.

Nos depoimentos dos entrevistados, as RSs sobre a ESF indicam a ideia de apoio às necessidades da população, surgindo, então, o quarto subtema dessa unidade temática: **Ajuda e resolução**.

No município de Aparecida, os entrevistados dizem que para eles a ESF representa **Ajuda**, como se apresenta a seguir:

Estratégia de Saúde da Família é um local onde fica um conjunto de pessoas de diferentes áreas que trabalham com o objetivo de ajudar a solucionar os problemas de saúde da população (ASB PA 14).

Local de ajuda para as pessoas, nós profissionais da saúde recebemos o paciente e a família, e tentamos de todas as formas resolver os problemas de saúde, mesmo com todas as dificuldades que o sistema tem; vejo a ESF como um local de solução de problemas (ACS VM 7).

A Estratégia da Saúde da Família para mim é ajuda, é prestação de serviço, no postinho que nós profissionais conseguimos realizar as atividades em prol da Saúde da população e resolver os problemas de cada um (TE VM 6).

É o lugar onde as pessoas são atendidas, lugar de ajuda e de socorro (ACS VM 10).

Destaca-se que no município de **Guaratinguetá** os participantes utilizam um sinônimo da palavra ajuda para representar a ESF, **Auxílio**.

A Estratégia da Saúde da Família para mim é o local que auxilia as pessoas, quando vão ao postinho sempre saem com uma resposta, por isso eu vejo que é o local onde as pessoas são ajudadas, muitas só têm o postinho para ajudar (TE VA 23).

Eu vejo que a Estratégia da Saúde da Família funciona como uma espécie de um auxílio para a população; realiza acompanhamento médico para toda a família (ACS VA 26).

A Estratégia Saúde da Família é o auxílio para os problemas de saúde das pessoas e da comunidade, realiza ações preventivas de doenças por meio da educação em saúde (ACS VA 29).

De acordo com o dicionário online **Ajuda** significa: assistência ou favor que se oferece a alguém sem cobrar nada em troca; benevolência, obséquio e **Auxílio**, quer dizer, contribuição ou colaboração para a elaboração e a conclusão de uma tarefa (DICIO, 2021).

Para Gularte (2010), ajudar significa conhecer as necessidades das pessoas, compreender as impressões que cada um possui a respeito da vida e do problema que está enfrentando; respeitar, agregar valorização aos sentimentos do outro por meio do processo de cuidar. O ato da ajuda é efetivado em meio às relações mutuas que se estabelecem entre profissional e paciente, por meio de uma relação de respeito e confiança.

Uma das primeiras etapas do processo de ajuda é compreender o que o paciente pensa, torná-lo protagonista de sua história e seu processo, uma vez que é

ele quem indicará ao profissional o que de fato necessita, permitindo compreensão e a escolha da melhor assistência a ser realizada para o problema apresentado (GULARTE, 2010).

Gularte (2010) afirma que existe uma relação de mutualidade entre a ajuda, o auxílio e o conceito de cuidar projetados na ação de prover autonomia à pessoa necessitada. Complementa-se que tais atributos sinalizam sentimentos de conexão entre as partes e sobretudo compreensão, gerando a satisfação de ambos, quem ajuda e que recebe a ajuda.

Dessa forma, infere-se que o ato de ajudar é fazer pela pessoa tudo aquilo que ela não pode fazer por si própria; é participar, ensinar, orientar, supervisionar ou, ainda, encaminhar para outros profissionais quando não se tem o preparo desejado para a execução de alguma prática, ou quando a ação não é competência de sua categoria profissional. Compreender as limitações do fazer profissional é ação de cuidar, pois auxilia na compreensão de papéis dos profissionais e no exercício de suas atribuições.

Equidade é o quinto subtema, que emerge apenas nos depoimentos dos participantes do estudo do município de Guaratinguetá, como olhar ampliado sobre o ser humano, procurando compreender e atender as necessidades da população respeitando os aspectos individuais e coletivos de cada pessoa, como segue abaixo:

Estratégia da Saúde da Família é um processo holístico, uma forma de perceber o paciente em todas as suas necessidades procurando atender a população de maneira individual, é procurar entender a real necessidade de cada paciente (Dent. VA 21)

Um tipo de atendimento direcionado para as famílias e também para população, atende às necessidades de modo geral mas ... (pausa), de maneira individual, eu vejo que cada um tem uma necessidade, tem pessoas que precisam de medicamentos, tem outros que precisam só conversar, às vezes só com uma boa conversa, uma orientação já conseguimos resolver os problemas de saúde das pessoas, por isso é que penso que a ESF deve atender cada um de maneira diferente (ACS VA 28).

Estratégia da Saúde da Família é uma equipe preparada para atender todas as necessidades da população, oferecendo atendimento médico, atendimento à saúde, procurar atender tudo que as pessoas precisam, procurando atender as necessidades de cada um de forma individual e única (ACS SM 36).

A Equidade é um dos princípios doutrinários do SUS está diretamente ligado aos conceitos de igualdade e justiça. Na esfera do sistema de saúde nacional, a Equidade representa a oferta de assistência conforme as necessidades das pessoas, ou seja, oferecer mais a quem mais necessita e menos a quem tem menos necessidade; é olhar para a pessoa de forma integral, reconhecer as diferenças de cada um em suas condições de vida e de saúde, sem perder de vista que a saúde é direito de todos, considerando as diferenças sociais e a diversidade (FIOCRUZ, 2021).

Para Fortes (2015) a equidade pode ser compreendida como

o esforço de tratar desigualmente os desiguais conforme suas necessidades. Essa interpretação tem bases diversificadas, defendendo que o tratamento dado às pessoas seja diferenciado quando está fundamentado nas necessidades de cada pessoa. Teorias igualitárias fundadas no atendimento das necessidades das pessoas aceitam que o Estado, mediante políticas públicas, deva garantir, com justiça, a distribuição de bens e serviços, e assim minimizar os efeitos das loterias biológica e social (FORTES, 2015, p. 156).

Equidade em saúde vem sendo constantemente discutida para expressar os direitos sociais, tanto em seus aspectos genéricos quanto específicos. Em relação aos aspectos genéricos sua acepção acaba se equiparando ao sentido de justiça e de igualdade, frequentemente discutidos no campo da saúde (CAMPOS, 2006). O autor complementa que em relação aos aspectos mais específicos, equidade é uma adaptação da norma geral em específica, pois para o autor a utilização de uma norma geral sem avaliar as especificidades de cada situação e de cada pessoa acabaria incorrendo em injustiça. Assim, ainda para o mesmo autor, a equidade deve ser concebida na lógica da intervenção e do julgamento situacional, ou seja, cada caso deve ser avaliado como único e cada intervenção também deve ser única.

Dessa forma compreende-se a equidade como ação indissociável da prática dos profissionais de saúde e indispensável para o alcance da justiça e da cidadania; quando aplicada de maneira eficaz é capaz de garantir a situação do bem estar para toda população.

O **Cuidado** é o sexto subtema referido, apenas pelos participantes do estudo do município de Guaratinguetá. Tal representação surge relacionada com o zelo à saúde da população em seu todo, tal como se constata a seguir.

Estratégia da Saúde da Família significa, para mim, cuidar da saúde, zelar pelo estado de saúde de cada pessoa e da população como um todo, é ter atenção voltada à saúde pública (ACS VA 25).

A Estratégia da Saúde da Família para mim representa cuidado, ao meu ver os profissionais que trabalham na ESF precisam estar preparados para cuidar das necessidades das pessoas desde as mais simples até as mais difíceis; nós profissionais temos que cuidar de cada um que procura o postinho, cuidar significa zelar pela saúde da comunidade que está cadastrada naquela área, para mim é essa a função, é a grande diferença de um hospital porque os profissionais trabalham próximo da população, enfim, atender as necessidades da população (ACS SM 39).

Com a implementação do SUS o cuidado assume novas acepções. Na visão de Backes *et al* (2012, p. 227), o cuidado é

visibilizado como prática interativa, multidimensional e interdisciplinar, ou seja, como prática social que integra uma rede de relações e associações comunitárias. Nessa direção, os participantes entendem que é preciso ocorrer uma articulação crescente com os diferentes profissionais que atuam no sistema de saúde para que a pessoa humana, em seu contexto singular e coletivo, seja compreendida como um ser integral - protagonista do seu processo saúde doença.

A atenção e o cuidado à saúde se constituem de intervenções que os profissionais realizam sobre o processo saúde-doença nos âmbitos individuais e coletivos, tais como: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde (LEÃO, 2015).

Nantes; Castro; Zaleski (2018, p. 19), participam desse diálogo afirmando que o cuidado em saúde:

vem atualmente sendo associado à perspectiva de dedicar atenção ou dirigir intervenções ao indivíduo ou grupo, de maneira a envolver um conjunto de ações e comportamentos tecnicamente orientados para o bom êxito de determinado tratamento. Tal perspectiva, se observada profundamente, parece orientar-se por uma lógica de caráter weberiano que afirma uma racionalidade meios fins na qual o produto está focado na performance ou em outras palavras, na eficiência e eficácia dos processos e métodos de intervenção.

Pensar no cuidado como uma prática sanitária significa olhar a pessoa como um todo. O cuidado é uma ação essencial na prática dos profissionais da área da saúde, exigindo deles melhor compreensão sobre os elementos que envolvem o cuidado e o estilo de vida das pessoas (CARNUT, 2017).

Então, compreende-se que o significado de cuidar em saúde é amplo, significa ir além da construção de um objeto de trabalho. Nantes, Castro e Zaleski (2018) acreditam que as práticas de cuidados devem ser

pensadas como processo de promoção, manutenção e prevenção da saúde e da vida devem estar estruturadas sob uma racionalidade e uma praxeologia com foco tanto em processos institucionais (como a quantidade de unidades em relação a uma demanda populacional, muitas vezes alicerçado em resposta a um perfil geográfico ou territorial) quanto em habilidades relacionais (como a capacidade de acolher, dialogar, refletir criticamente, transformar criativamente os modos de ver, sentir e pensar, em prol da emancipação da pessoa) (NANTES; CASTRO; ZALESKI, 2018, p. 19).

O cuidado aparece nos depoimentos dos participantes como zelo, atenção, afeição e preocupação com o outro. Nesse sentido, acredita-se que o cuidado exige que o profissional pratique a ética profissional nas relações com a população, solidariedade, vínculo e confiança. Presume-se que todo cuidado busca a atenção ao problema de saúde da pessoa, promovendo alívio ao desconforto causado pela

doença, mudanças no estilo de vida, às vezes a cura, a depender do agravo, além de conforto e bem-estar (VALE; PAGLUICA, 2011).

Dessa forma, infere-se que as RSs encontradas nesta Unidade Temática sobre a ESF referem-se ao atendimento prestado pelos profissionais e são demarcadas por uma mudança, e na forma de se perceber a saúde, apesar de muitos ainda não compreenderem muito bem o que ocorreu ou o conjunto de fatos ou elementos que contribuíram para essa transformação e para a concepção da saúde com essa diversidade de funções encontradas nos depoimentos dos participantes que, em certa medida convergem para o modelo ampliado de atenção à saúde. Na prática o cuidado oferecido pelos profissionais e dos serviços e saúde pautavam-se no modelo biomédico, ou seja, esse modelo exclui fatores psicológicos e sociais e inclui apenas fatores biológicos na tentativa de entender a doença ou distúrbios que acometem determinada uma pessoa.

Em parte dos depoimentos, tais representações devem-se à interação cotidiana entre os profissionais de saúde com os demais membros da comunidade, havendo um contato entre as diversas representações continuamente transformadas, pois as RSs possibilitam aos grupos compreender e explicar a realidade que os cercam, resignificar um determinado fenômeno social. Essa realidade torna-se compreensível para o grupo e objetivada na imagem da implantação de uma ESF, cujo foco é a população beneficiária, como aparece em alguns depoimentos nessa Unidade Temática (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2011).

Os depoimentos dos profissionais da ESF trazem significados de reorganização. A ESF é citada como porta de entrada dos serviços de saúde, e por meio da prática do acolhimento atua na resolução dos problemas de saúde da população de forma equânime. Isso pode ser percebido como processo de objetivação dos serviços assistenciais dos profissionais das ESF que se caracterizavam por uma assistência focada no indivíduo e na família, os profissionais acreditam que além de oferecer exame, medicar, cuidar é necessário prevenir e promover saúde para população antes mesmo que haja uma exploração sobre o sofrimento apresentado pelo indivíduo acometido por uma determinada patologia, tais condutas fortalecem as representações sobre a resolução de problemas na lógica do conceito ampliado de saúde (MATTOS, 2007).

8.2.3.2 Análise comparativa a respeito da Estratégia da Saúde da Família

Em ambos municípios foram consensuais os depoimentos das secretárias de saúde a respeito dos significados atribuídos à ESF. Eles indicam as características organizacionais da ESF, ou seja, referiram que a ESF foi pensada para organizar os serviços de saúde segundo as diretrizes estabelecidas pelo SUS. Para ambas as gestoras, uma das principais premissas da ESF deve ser a facilitação e ampliação do acesso da população aos equipamentos de saúde. Complementam que essas ações de aproximação da equipe junto à população ampliam os olhares dos implementadores de políticas públicas acerca dos territórios de atuação, o que contribui para melhor compreensão e análise do perfil epidemiológico de saúde da população sob sua responsabilidade.

Na análise dos depoimentos dos que estão na linha de frente da implementação da ESF nos territórios estudados, é possível observar semelhanças nos depoimentos dos participantes, ou seja, as RSs da ESF também são entendidas por suas características organizacionais. Nota-se que, em certa medida, os profissionais procuram adotar minimamente os princípios e diretrizes estabelecidos pelo MS para efetivação do SUS. No município de Aparecida, tais significados foram identificados nos depoimentos de 01 Dentista, 01 Técnico em enfermagem e 01 ACS da ESF na **PA**. No município de Guaratinguetá identificou-se significados correspondentes nos depoimentos de 01 Enfermeiro e 01 Técnico em enfermagem na ESF da **VA**.

Ressalta-se que as RSs da ESF como porta de entrada foram identificadas com maior frequência no município de Aparecida, em ambas as ESFs analisadas, ou seja, na ESF da **VM**, 01 ASB e 01 ACS apresentaram tais significados e na ESF da **PA**, 01 Médico, 01 Técnico em Enfermagem e 02 ACS. No Município de Guaratinguetá apenas o enfermeiro do **SM** referiu esse significado.

A ESF foi também referenciada por um grupo de profissionais da **VM** por sua forma de receber a população, sendo 01 Dentista, 01 Enfermeiro, 01 Médico e 01 Técnico em enfermagem. Para esse grupo de profissionais, a ESF representa

acolhimento, e no município de Guaratinguetá tais significados não foram identificados.

Nota-se que em ambos os municípios os profissionais utilizaram sinônimas para expressar o sentimento de ajuda e resolução. No município de Aparecida, os profissionais expressaram o sentimento de ajuda para indicar disponibilidade para realizar algo para outrem. Esses significados foram identificados nos recortes dos depoimentos do ASB da ESF na **PA**. Na ESF da **VM**, esses significados foram identificados nos depoimentos de 02 ACS e 01 Técnico em enfermagem, ao passo que em Guaratinguetá o sentimento de auxílio emerge com o sentido de resolução, contribuição para realização ou conclusão de algo nas falas de 01 Técnico em enfermagem e 02 ACS da ESF na **VA**.

Além disso, o termo acolhimento apareceu apenas nos depoimentos dos profissionais do município de Aparecida. A equidade e o cuidado foram acepções que apareceram apenas nos depoimentos dos profissionais de Guaratinguetá, ou seja, 01 Dentista e 01 ACS da ESF da **VA** e 01 ACS da ESF do SM.

No que se refere às RSs da ESF como cuidado, esse significado apareceu nos depoimentos de 01 ACS da VA e 01 ACS do SM. Ressalta-se que tais significados não foram identificados no município de Aparecida.

Diante das RSs aqui apresentadas a respeito da ESF, pontos convergentes nos depoimentos dos profissionais de ambos municípios foram identificados. Observou-se que acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, responsabilização, humanização e participação social são intrínsecos aos significados apresentados pelos profissionais. Infere-se que os profissionais estão se baseando nas diretrizes do SUS, ainda que apareçam de forma implícita nos depoimentos dos profissionais. A seguir apresenta-se de forma esquemática os depoimentos dos profissionais referentes aos significados atribuídos à ESF de acordo com os respectivos subtemas.

Quadro 23- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a Estratégia da Saúde da Família nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Unidade Temática - Estratégia da Saúde da Família e suas funções gerenciais e assistenciais						
Aparecida						
Profissionais	Função reorganizadora	Porta de entrada	Acolhimento	Ajuda e resolução	Equidade	Cuidado
Dentista	1		1			
Enfermeiro			1			
Médico		1				
ASB		1		1		
Técnico enf.	1	1	1	1		
ACS	1	3		2		
Recep.						
Secretária de saúde	1					
Guaratinguetá						
Dentista					1	
Enfermeiro	1	1				
Médico						
ASB						
Técnico enf.	1			1		
ACS				2	2	2
Recep.						
Secretária de saúde	1					

Fonte: elaborado pelo autor

8.2.4 Representações Sociais dos profissionais a respeito da população

A ESF foi idealizada para organizar os serviços de saúde, com o principal foco de trabalho na saúde da família, priorizando a construção de vínculos entre os diferentes atores, a família, o indivíduo e a equipe por meio de ações de proteção à saúde. A ESF procura compreender a pessoa e a família a partir do ambiente físico e social que se inserem e, como um sujeito ativo capaz de transformar, atuar e modificar o próprio estilo de vida, apto a opinar e escolher estratégias diante do conjunto de recursos existentes. O fato de a equipe da ESF considerar o sujeito e a família como

centro de seu trabalho permite a mesma colocar em prática diferentes ações, além daquelas centradas apenas na doença (SHIMIZU; REIS, 2011).

Contudo, sabe-se que trabalhar com essas dimensões, atender às necessidades da população, constitui-se um grande desafio para os profissionais de saúde. Compreender as RSs sobre a população é um processo desafiador, exige esforço por parte dos profissionais, mas se faz necessário. Acredita-se que partir dessa compreensão surgirão diferentes olhares, práticas que favoreçam a gestão dos territórios nos municípios e de seus equipamentos de saúde, bem como a otimização de ações de prevenção e de promoção da saúde junto à população beneficiária.

A figura abaixo representa de forma esquemática as RSs dos gestores e dos profissionais dos municípios analisados.

Figura 25- Síntese das Representações Sociais a respeito da população



Fonte: Elaborado pelo autor

8.2.4.1 A essência do trabalho de profissionais da Estratégia de Saúde da Família

Após leitura e análise dos depoimentos das gestoras dos municípios e dos profissionais que atuam nas ESF, identificou-se palavras e frases que apareceram com maior frequência emergindo a Unidade Temática **A essência do trabalho de profissionais da Estratégia de Saúde da Família** e seus subtemas: **População em foco; Busca por Auxílio; Carência e vulnerabilidade e Afeto e Vínculo**.

População em foco, primeiro subtema dessa Unidade Temática, aparece nas representações dos participantes do estudo a respeito da população.

Inicialmente apresenta-se os depoimentos das gestoras dos municípios a respeito da população.

[...] é o propósito pela qual a ESF foi criada, pois precisam de cuidados básicos e ações sócio políticas, e na ESF é o local que a população busca encontrar a solução para seus problemas de saúde (SS1 A).

A população para mim é nosso objeto de trabalho [...] (SS2 G).

Além disso, as gestoras dos municípios disseram que a população para elas representa um grupo de pessoas que podem viver em uma mesma área ou não, com interesses diferentes, mas com foco na resolução de suas necessidades e no alcance do bem-estar.

População para mim é um conjunto de pessoas, que se encontram dentro de uma comunidade, cidade, estado, país, se organizam entre si, tem seus anseios e necessidades, mas lutam para satisfaze-las [...] (SS1 A).

São pessoas que embora morem em uma mesma área dentro do município, ou residem em uma mesma casa, possuem costumes variados, possuem culturas diferenciadas, logo, suas necessidades são também diferentes, não é fácil atender todas essas necessidades, mas é esse o nosso desafio diário (SS2 G).

As RSs aparecem como um conjunto de explicações, crenças e ideias comuns, resultam da interação social, sem perder de vista as questões da individualidade. A esse respeito Franco (2004, p. 170) afirma que

as representações sociais são elementos simbólicos que os homens expressam mediante o uso de palavras e de gestos. No caso do uso de palavras, utilizando-se da linguagem oral ou escrita, os homens explicitam o que pensam, como percebem esta ou aquela situação, que opinião formulam acerca de determinado fato ou objeto, que expectativas desenvolvem a respeito disto ou daquilo... e assim por diante. Essas mensagens, mediadas pela linguagem, são construídas socialmente e estão, necessariamente, ancoradas no âmbito da situação real e concreta dos indivíduos que as emitem.

Nos depoimentos dos profissionais que atuam nas ESF analisadas nota-se similaridade como se evidencia a seguir no município de **Aparecida**.

A população representa para mim o ponto chave do meu trabalho, é para eles que realizo minhas atividades (Dent.VM 1).

Para mim representa atendimento, é isso, eu trabalho lá na ESF por causa deles, então entendo que precisamos ajudá-los ao máximo e todos os dias sempre tem alguém que está necessitando de nossa ajuda (ASB VM 4).

A população representa o meu trabalho (ACS VM 7).

A população é nosso maior desafio, pois trata-se do nosso instrumento de trabalho, aliás, é por causa deles que estamos ali, é nosso foco e como já disse é nosso desafio diário e sempre nos procuram com necessidades diferentes (Enf.PA 12).

A população representa o meu trabalho, por isso tento tratá-los da melhor maneira possível, assim como gostaria de ser tratada ou que minha família fosse tratada [...] (Méd.PA 13).

Nota-se também tal similaridade nos depoimentos dos profissionais do município de **Guaratinguetá**, conforme demonstrado a seguir.

A população para mim representa o produto do trabalho, trabalhamos em prol da população, eles precisam da gente, diariamente um ou outro procura pelo meu trabalho, verifico uma pressão, realizo um exame físico, faço um curativo, não tem um dia que não tenho contato com um morador, existem uns que precisam mais de nossos serviços, aí, aí... todos os dias eu atendo as pessoas (Enf. VA 22).

A população para mim é essência de todo trabalho (ACS SM 36).

As ações do cuidar na ESF se efetivam por meio da integração de diferentes áreas, norteadas pelos princípios do SUS, tais como a integralidade, universalização, descentralização e participação da comunidade (CERVINSKI, 2012).

As políticas públicas que perpassam o trabalho das equipes da ESF são as mesmas, mas cada grupo se organiza de forma diferenciada para executá-las, dependendo das características dos profissionais e das equipes e, sobretudo, das demandas que aparecem em sua área de cobertura. A Atenção Básica (AB) atua como porta de entrada da rede de serviços para a população, e se estabelece também como um meio de comunicação entre a população e a rede de equipamentos de saúde com os demais níveis de atenção. As práticas dos profissionais que atuam na ESF devem focar o sujeito como um todo, são orientadas por práticas de humanização, pela criação de vínculo, contempla as necessidades particulares de cada pessoa e da população para que se estabeleça a inclusão, a participação e, sobretudo, a integralidade de atendimento à saúde da população, um dos princípios basilares do SUS (BRASIL, 2011c).

Nos depoimentos dos participantes o significado a respeito da população emerge como conjunto de pessoas que habitam em determinada área em um dado período de tempo e que necessitam dos serviços oferecidos pela política da ESF. A **Busca por Auxílio**, segundo subtema dessa Unidade Temática, surge nos depoimentos como se evidencia a seguir para **Aparecida**.

O que eu acho da população [...] pausa, significa, deixa eu ver (pausa), eles necessitam de ajuda, utilizam todos os serviços que oferecemos, sempre estamos atendendo, sempre estamos tentando solucionar os problemas dos moradores [...] (Enf.VM 2).

A população para mim é um conjunto de pessoas muitas vezes carentes de ajuda, de atenção, de necessidade econômica e dificuldade que não me custa servir, aliás, esse é o meu propósito, o meu foco de trabalho, é a população (TE PA 15).

Destaca-se que no município de **Guaratinguetá**, tais representações também foram evidenciadas nos depoimentos dos profissionais, a saber:

...representa necessidade de ajuda constante, precisamos estar sempre perto delas, olhando por elas, oferecer o melhor serviço para elas, essa aproximação é muito importante para o serviço da ESF funcionar (ACS VA 30).

Em território brasileiro, a saúde representa um direito social garantido pela CF. Acesso universal e o atendimento integral são diretrizes estabelecidas pelos SUS como garantia desses direitos. Porém, na realidade evidenciam-se obstáculos que dificultam a consecução desses princípios. Ainda hoje, por diferentes motivos, nota-se que muitas pessoas não procuram atendimento de saúde diante de suas necessidades. Assim, atingir essa parcela da população tornou-se um desafio para o SUS e para os profissionais que atuam nessa modalidade de atenção à saúde (OSÓRIO; SERVO; PIOLA, 2011).

A necessidade em saúde pode ser compreendida por diferentes formas. Osório, Servo e Piola (2011, 3742) afirmam que em “uma acepção ampliada, envolveria não apenas as necessidades relacionadas à assistência à saúde, mas também as necessidades derivadas de outras dimensões”, como alimentação, habitação, meio ambiente, segurança, dentre outras.

Campos e Mishima (2005) afirmam que os conceitos de necessidade em saúde encontram-se agrupados em dois sentidos “abstratos” e “concreto-operacionais”. Em relação ao sentido abstrato, as necessidades estão relacionadas aos aspectos sociais e históricos da população, contemplam as dimensões ligadas à garantia de sobrevivência do homem, além de abarcar os elementos relacionados à determinação de direito social da saúde. No que se refere ao aspecto concreto-operacional, as necessidades de saúde são aquelas estabelecidas por quem elabora, organiza e implementa a assistência em saúde. Estão relacionadas à definição do objeto de atenção à saúde, possui função organizacional.

O SUS segue numa luta para atender as necessidades da população, que estão em constante evolução. Dessa forma, acelerar as iniciativas de melhoria de qualidade é um passo importante para sua efetivação, tarefa bem desafiadora.

Carência e vulnerabilidade, terceiro subtema dessa Unidade Temática, aparece nos depoimentos dos participantes a respeito da população, como sentimento de ausência de alguma coisa, falta de algo. Segue os depoimentos dos profissionais do município de **Aparecida**.

[...] a maior parte da população possui um baixo nível sócio cultural, muitos veem em nós a oportunidade de encontrar as soluções para os seus problemas (Enf.VM 2).

População representa para mim carência, a população é bem carente e realmente necessita das ações realizadas por nós da Estratégia da Saúde da Família, eles são nosso foco de trabalho (Méd.VM 3).

Em **Guaratinguetá**, os profissionais também atribuíram à população significados semelhantes, apresentados a seguir.

População representa carência, quando a gente vai nas casas das pessoas e quando a gente vive no meio deles, a gente vê quanta carência existe, o quanto que a população necessita dos nossos serviços, para mim é isso, é uma população carente (TE VA 24).

A população é necessidade, são carentes, tem muita dificuldade, precisam muito da gente (ACS VA 26).

A população representa para mim usuários que precisam de ajuda, necessitam de atenção, deparamos como muitas necessidades, a população é muito carente (ACS VA 29).

São pessoas que precisam muito, necessitam de orientação, cuidados dos quais possuo formação e gosto do que faço (TE SM 33).

As pessoas representam necessidade, necessitam de orientações, cuidado, informações, na minha área existem muitas pessoas vulneráveis em extrema pobreza (TE SM 34).

A ESF é um modelo de assistência à saúde implantada para alcançar a população brasileira carente, de alto risco e diminuir as desigualdades.

A esse respeito Vega (2001, p. 287) faz a seguinte afirmação:

Os avanços tecnológicos na área da saúde não param de acontecer. É fundamental uma reciclagem constante da equipe multiprofissional [...], para que o atendimento seja feito de forma digna, amparada por conhecimentos e tecnologia de ponta. As normas sugeridas visam o atendimento da população mais carente e, à primeira vista, parecem simples de serem executadas. Dependem, entretanto, de uma enorme vontade política agregada a uma mobilização da classe médica como um todo, para que realmente surtam o efeito desejado.

Em relação ao conceito de vulnerabilidade, está diretamente ligado à exposição e às perturbações físicas de uma pessoa com implicações no bem estar, além de refletir na capacidade de lidar com essas perturbações (UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAM, 2002).

De acordo com Pelling (2007), a vulnerabilidade é definida como a exposição a um determinado risco que uma pessoa experimenta não sendo capaz de evitar ou reagir aos potenciais danos. O autor complementa dizendo que o termo vulnerabilidade possui diferentes significados, tais como: a vulnerabilidade física relacionada à vulnerabilidade do ambiente físico e a vulnerabilidade social relacionada às vivências das pessoas em seus contextos sociais, econômicos e políticos; e ainda a vulnerabilidade humana considerada combinação das vulnerabilidades física e social.

As pessoas habitam em diferentes territórios que, historicamente, apresentam algum risco à saúde, como lugares mais frios, quentes, secos, com falhas geológicas, dentre outras especificidades, que, muitas vezes, se apresentam como ameaça à

vida, ainda mais quando não são evitadas e atenuadas a tempo (UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAM, 2002).

Comumente o termo “vulnerabilidade” é retratado como algo negativo ou alguma situação de fragilidade, a qual uma pessoa enfrenta. O SUS emerge da necessidade de garantir o acesso a todas as pessoas aos serviços de saúde, aumentar a cobertura da população e, por conseguinte, eliminar ou amenizar as condições epidemiológicas que possam expor ainda mais a população às de adoecimentos e desigualdade. Considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde existentes, o SUS e seus serviços de saúde foram pensados para garantir o acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, oferecer assistência desde os mais simples atendimentos, como o ambulatorial, aos mais complexos. Por isso, é visto como um programa diferenciado não apenas em território nacional, mas também no mundo, uma vez que, por meio da acessibilidade para todas as classes sociais, propõe ações para diminuir a iniquidade em território brasileiro (UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAM, 2002).

O modelo de trabalho adotado pela ESF busca favorecer aproximação, acesso aos serviços, estabelecimento de vínculos entre profissionais da saúde e a população, com vistas a dar continuidade às práticas assistenciais e as ações do cuidar, além de aumentar a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde por meio da corresponsabilização da atenção. Diante disso, é possível observar que emerge nos depoimentos dos profissionais o significado **Afeto e vínculo**, quarto subtema dessa Unidade Temática.

Nesse subtema observa-se que as RSs dos participantes a respeito da população aparecem expressas como sinônimo de afeto e vínculo, ou seja, nos discursos de muitos deles estão imbricados significados correspondentes.

No município de **Aparecida**, três participantes disseram que a população para eles representa afeto, como se evidencia a seguir.

A população representa para mim amizade, carinho, eles nos procuram tanto que a gente acaba sentindo por eles um enorme afeto, bom pelo menos eu tenho muito carinho por todos que me procura [...] (TE VM 5).

Considero a população como membros da minha família, a gente cria um laço de afetividade e vínculo com eles (ACS VM 8).

Querendo ou não a população se torna uma parte da nossa família, a população para mim representa minha família (ACS PA20).

A valorização da relação com o usuário e com a família é uma das principais características de profissionais que atuam na ESF, além de afeto a população representou, para os profissionais, aproximação, confiança e respeito, tal como evidenciado a seguir nos depoimentos de dois profissionais da ESF de Aparecida.

A população representa laço e parceria, somos parceiros deles e eles nosso, trabalhamos por eles, então temos que procurar fazer o melhor por eles [...] (TE VM 6).

[...] representa uma ligação entre nós profissionais, população e a própria política de saúde, eu percebo que esse laço é uma das maiores estratégias existentes nessa modalidade de atenção à saúde [...] (ACS PA 19).

O significado de afeto também foi encontrado nos discursos de um participante do município de Guaratinguetá.

Considero a população atendida parceira [...], enfrentamos e superamos juntos as dificuldades e os desafios em nosso território, crescemos e desenvolvemos juntos, nossas conquistas são constantes, fazer saúde é isso, conquistar o bem estar de cada pessoa que nos procura (Méd.SM 32).

Vínculo foi outro significado encontrado nos discursos de três profissionais das ESF do município de **Aparecida** para expressar seus sentimentos sobre a população.

Representa vínculo, gosto muito de escutar as pessoas, procuro atender o paciente com carinho e atenção, isso faz com que crie um vínculo entre nós, amo o que faço (ACS VM 10).

A população representa vínculo, onde ocorre a troca de experiências, conhecimento de novas culturas, religiões, hábitos e costumes, a população para mim é aprendizagem, aprendo muito com eles, é isso que eu vejo deles (TE PA 16).

A população para mim [...] é tudo, representa vínculo, amor, fraternidade, carinho, zelo, atenção, tudo isso aí [...] (ACS PA 18).

No município de **Guaratinguetá** também foram observadas semelhanças nos depoimentos de dois profissionais.

A população é o nosso elo, criamos um vínculo com ela, representa isso, vínculo para nós, nós agentes comunitários de saúde precisamos estabelecer esse vínculo e esse elo entre nós, a unidade e a população, estamos aqui para fazer com que a população tenha uma qualidade de vida melhor (ACS VA 27).

A população representa para mim um vínculo, somos igual uma corrente, cada um de nós é como se fosse um elo, assim ligamos o postinho com a população, somos nós profissionais da saúde que fazemos esta aproximação das famílias e da população com serviços de saúde do SUS (ACS VA 28).

Branco (2021) compartilha dos pensamentos acima citados, afirmando que pensar em saúde da família é voltar no tempo, lembrar das histórias contadas pelos familiares, as mães, avós; tais sentimentos eram fortemente evidenciados principalmente nas cidadezinhas do interior. Em tempos passados, os sentimentos de afeto eram mais frequentes, pois diversas intercorrências de saúde eram atendidas em casa pelos médicos, para muitos, o hospital nem era opção. A ESF, em certa medida, traz essa figura de volta, o afeto, mas numa forma mais contemporânea.

Estabelecer laços com a população adstrita no território de responsabilidade é uma das intenções da ESF. De acordo com Branco (2021), a proximidade com os pacientes, famílias e a vizinhança, prevê a realização de diagnósticos precoces e, conseqüentemente, melhor adesão aos tratamentos.

A disponibilidade do profissional, mediada pelo carinho, afeto, se intensifica pela profundidade que se desenvolvem nas práticas diárias, por meio das relações entre os diferentes atores profissionais e moradores de um dado território (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). Os autores complementam que os encontros de negociação, os pactos e a mediação de conflito, são elementos constituintes da rede de subjetividades das práticas em saúde.

O relacionamento, cumplicidade, afeto e confiança são elementos que favorecem a criação de vínculos. Além disso, o compromisso e o respeito são indispensáveis para a atenção; ressalta-se que o vínculo na ESF é uma estratégia importante para a assistência à população.

A esse respeito Santos; Mishima, Merrhy (2018, p. 857) afirmam:

O vínculo é nutrido pelo cotidiano e parece configurar relações tão próximas que se assemelham às relações domésticas [...] de “amizade” e “intimidade” que diminuem a distância entre o profissional e o usuário, à medida que ambos são unidos, não apenas pela queixa de saúde (ou de doença) específica, mas também pelos laços de afeto que compartilham (SANTOS; MISHIMA, MERRHY, 2018, p. 857).

Os laços vivos de afeto e amizade auxiliam na constituição de vínculo entre profissionais e usuários; estabelecem um clima de intimidade que aproxima as relações, originando as redes vivas de produção de existências (SANTOS; MISHIMA. MERRHY, 2018).

De acordo com Campos (1997), o vínculo é uma estratégia essencial para qualidade dos serviços de saúde, pois amplia as ações de saúde, favorece a participação dos usuários no momento da realização dos serviços. Esse espaço de relações que o vínculo proporciona deve ser utilizado para construção de indivíduos mais autônomos, pois não há construção de vínculo sem antes reconhecer o sujeito que fala, julga, que deseja e escolhe.

A esse respeito Campos (1997, p. 50) afirma que

[...] faria parte fundamental de qualquer processo terapêutico todo o esforço voltado para aumentar a capacidade de autonomia do paciente, para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença. De suas relações com o meio social e, em consequência da capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidades de vida.

Diante do exposto, infere-se que o vínculo é uma ferramenta utilizada para compreensão do processo saúde e doença, pois, por meio da aproximação com a população é possível conhecer as demandas advindas de seus problemas de saúde e, consequentemente, identificar possíveis estratégias para intervenções, proporcionando satisfação aos envolvidos no processo. Para Santos e Miranda (2016), o vínculo entre profissional e paciente se caracteriza como um recurso terapêutico à medida em que intervém na comunicação entre as pessoas e profissionais de saúde, estimula a autonomia e a cidadania, promove a participação durante a prestação de serviço, concretizando o estabelecimento de uma relação muito próxima entre os mesmos.

Diante dos recortes dos relatos acima apresentados e da análise dos depoimentos, infere-se que os profissionais introduzem elementos característicos do atendimento atual que realizam, e que em certa medida revela aproximação dos profissionais da ESF com as populações beneficiárias. Assim, nota-se que existem elementos significativos nos depoimentos dos participantes em relação à população que se caracteriza como objetivação visto que conseguem atribuir e nomear significados a respeito da população tais como: foco; auxílio; carência, vulnerabilidade, afeto e vínculo. Como se percebe a objetivação possibilita a elaboração de conceitos e imagens para reproduzi-los no mundo exterior. Ênfase deve ser dada no imaginário das pessoas, pois possibilita a apreensão da realidade que os cerca, uma vez que as imagens são formadas a partir de elementos significantes e pelos signos, construídos por meio da ancoragem para serem objetivados ou formarem o imaginário (MOSCOVICI, 2003).

8.2.4.2 Análise comparativa a respeito da população

Em relação às RSs sobre a população, as gestoras dos municípios referiram-se à população como o foco do trabalho. Para elas, a população representa o objeto de trabalho. Além disso, para as secretárias de saúde dos municípios analisados, a população representa um grupo de pessoas com hábitos e costumes diferentes, mas todos em busca constante para satisfazê-las.

Nos depoimentos dos profissionais, nota-se a existência de similaridades. Os profissionais consideram que os moradores representam o foco de trabalho. Como se constata no município de Aparecida, na ESF da **VM** tais representações apareceram nos depoimentos de 01 dentista, 01 ASB, 01 ACS, e na ESF **PA**, 02 profissionais expressaram o mesmo significado, sendo 01 Enfermeiro e 01 Médico.

No município de Guaratinguetá evidenciaram-se as mesmas representações nas falas de 01 Enfermeiro e 01 na ESF **VA** e em 01 ACS na ESF **SM**.

O significado de auxílio foi outro sentimento identificado nos depoimentos, ou seja, no município de Aparecida 02 profissionais, 01 Enfermeiro da ESF **VM** e 01 Técnico da ESF **PA** expressaram que a população representa auxílio. Em Guaratinguetá, tal representação apareceu apenas nos depoimentos de 01 ACS na ESF **VA**. Compreende-se que o significado de auxílio expressado pelos profissionais reforça a ideia de paciente como o foco das atenções, uma vez que os profissionais centralizam suas práticas para atender e solucionar as necessidades apresentadas pela população adstrita.

Em certa medida, a procura por ajuda pelos moradores pode ser compreendida como um mapeamento do território e da população, pois os problemas de saúde e as necessidades apresentadas podem servir de instrumentos para identificar a incidência de doenças que mais acometem a população, bem como os pontos de vulnerabilidade que necessitam de mais ações educativas e cuidados.

A carência e vulnerabilidade foram representações identificadas nos depoimentos de 02 profissionais no município de Aparecida que atuam na ESF da **VM**, sendo 01 Enfermeiro e 01 Médico. No município de Guaratinguetá, significados semelhantes foram identificados nos depoimentos de 05 profissionais, sendo que destes, 03 pertencem à ESF **VA**, sendo 01 Técnico em enfermagem e 02 ACS. Na ESF do **SM** identificou-se esses significados nos depoimentos de 02 Técnicos em enfermagem.

Afeto e vínculo foram percepções presentes nos discursos de vários profissionais a respeito da população. Nos depoimentos de 08 profissionais o significado afeto foi identificado, e destes, 04 pertencem à ESF da **VM** das seguintes categorias profissionais: 02 Técnicos em enfermagem e 02 ACS. Depoimentos

similares foram identificados nos depoimentos de 03 ACS e 01 Técnico em Enfermagem da ESF da **PA**. Em Guaratinguetá esses significados foram identificados nos depoimentos de 02 ASC da ESF da **VA** e 01 Médico da ESF do **SM**.

Assim, conclui-se que, para as gestoras e profissionais de ambos os municípios, os significados sobre a população são correspondentes. De maneira geral, o sentimento de proximidade é intrínseco aos depoimentos dos participantes, revelando-se como atributo dessa modalidade de atenção, especificamente a ESF. Saber escutar as queixas estimula o estabelecimento de vínculos entre os atores, que é uma importante representação, pois aumenta a confiança por parte dos moradores a respeito do profissional e, conseqüentemente, facilita a implementação das políticas da ESF em dado território para uma dada população.

A seguir, apresenta-se de forma esquemática um quadro com as respostas dos profissionais nessa Unidade Temática, de acordo com os subtemas definidos.

Quadro 24- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a População, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Unidade Temática - A essência do trabalho de profissionais da Estratégia de Saúde da Família				
Aparecida				
Profissionais	População em foco	Busca por Auxílio	Carência e vulnerabilidade	Afeto e Vínculo
Dentista	1			
Enfermeiro	1	1	1	
Médico	1		1	
ASB	1			
Técnico enf.		1		3
ACS	1			5
Recep.				
Secretária de saúde	1			
Guaratinguetá				
Dentista				
Enfermeiro	1			
Médico				1
ASB				
Técnico enf.			3	
ACS	1	1	2	2
Recep.				
Secretária de saúde	1			

Fonte: elaborado pelo autor da tese

8.2.5 Representações Sociais dos profissionais sobre território

Ao longo da história os conceitos que norteiam a Ciência Geográfica foram modificados, revisões teórico-metodológicas significativas do pensamento geográfico e, conseqüentemente, a respeito do território foram realizadas. A esse respeito Rodrigues (2015) afirma que:

Não se pode deixar de observar que esses conceitos mudaram, [...] o território não é mais compreendido somente como uma demarcação espacial, dotado de características físicas e sociais. As práticas sociais, as relações, as ações políticas (Estado) e as redes passam a ser fundamentais na interpretação contemporânea de fronteira e território (RODRIGUES, 2015, p. 140).

Nesse sentido, são consideradas importantes as constantes abordagens a respeito de território para melhor compreensão. Dessa forma, esse capítulo destina-se a apresentar as RSs sobre o território, na ótica das gestoras e dos implementadores das políticas da ESF nos municípios analisados.

Entende-se que as RSs perpassam as diferentes formas de pensamento das pessoas, formando um complexo de ideias e motivações que se apresentam consolidados (MOSCOVICI, 2011). Entretanto, antes das RSs efetivarem-se como complexo de ideias e motivações, as pessoas reportam-se para seu íntimo, com a intenção de fazer uso dos conhecimentos preexistentes para defini-las.

A figura a seguir evidencia os elementos de representatividade referenciados pelos participantes do estudo a respeito de território.

Figura 26 - Estruturação esquemática das Representações Sociais do território



Fonte: Elaborado pelo autor

8.2.5.1 Território no contexto da Estratégia de Saúde da Família e sua utilização

A partir da análise dos depoimentos dos participantes elaborou-se a Unidade Temática **Território no contexto da Estratégia de Saúde da Família e sua utilização** e seus subtemas: **Território vivo**; **Território suporte e trabalho**; **Território cultural e identitário**; **Território disputa e poder**; **Território salubre**.

Os dados revelam a percepção de território como ambiente dinâmico. É possível observar que as RSs vinculam o território à dinâmica de atividades e das relações sociais que nele acontecem. O significado de território como **Território vivo**, primeiro subtema dessa unidade temática, aparece nos recortes das falas dos participantes.

A seguir apresenta-se os significados atribuídos pelas gestoras dos municípios:

Território é onde a vida acontece [...] (SS1 A).

Representa a vida, é nele que tudo acontece [...], as políticas públicas de saúde só acontecem no território porque ali existe vida, existem pessoas transitando, cada uma delas com suas necessidades específicas; as políticas públicas de saúde são pensadas para atender as necessidades da população em geral (SS2 G).

Além disso, os elementos referidos que fazem parte dessa representação aparecem também nas falas dos profissionais que atuam na linha de frente da ESF, reiterando o núcleo de significados.

Em relação aos profissionais de **Aparecida** evidencia-se os seguintes significados:

[...] é o local onde as coisas acontecem numa rapidez, às vezes não conseguimos acompanhar todas as mudanças, ao longo dos dias sempre encontramos surpresas (Enf. VM 2).

Território é uma área onde a população reside [...] (TE VM 6).

Território significa...hummm...(pausa), representa para mim...(pausa) local vivo, onde tudo acontece, é lá que a população mora, é lá que a ESF está situada, as pessoas são atendidas, as pessoas trabalham, o território é o dia a dia das pessoas (Méd. VM 3).

O território é o local onde as pessoas realizam suas atividades [...], o território para mim é o local onde as coisas acontecem, o território representa nossa segunda casa (Den.PA 11).

O território para mim é uma área viva, composto por pessoas e pelas ações dessas pessoas; no território tudo acontece, o ir e vir das pessoas, o trabalho, as escolas, as dinâmicas do dia a dia; o território para mim é um local dinâmico onde tudo acontece, não existe uma rotina estabelecida, cada dia temos surpresas diferentes e novidades, é uma escola, nele constantemente aprendemos (Enf. PA 12).

No município de **Guaratinguetá** essa representatividade aparece apenas nas falas de um participante como se evidencia a seguir:

Território é o local de trabalho, moradia das pessoas, ele é vivo, onde as coisas acontecem a gente nem percebe (ACS SM 37).

A ideia de totalidade referida pelos participantes corrobora para a compreensão a respeito do território e também da saúde. Cabe destacar que as RSs de território trazidas pelos participantes aproximam-se, em certa medida, das definições de saúde apresentadas na Carta de Ottawa (1986). Aqui, a saúde contempla alguns fatores sociais tais como: a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social, e equidade. Esses pré-requisitos foram evidenciados nas RSs de território, o que leva a inferir sobre o alcance desses elementos contributivos para um estado de bem estar físico, mental e social.

Nesta perspectiva, a análise dos depoimentos dos profissionais a respeito do território permitiu observar que as RSs expressadas voltam-se para os aspectos sócio econômicos, tais como: moradia, escolas, emprego, lazer, transporte, segurança, as relações entre os pares, dentre outros, como se evidencia a seguir.

[...] local onde as pessoas trabalham, vivem, estudam, representa o cotidiano das pessoas (SS1 A).

[...] as pessoas habitam, se mobilizam, usam o território para seu sustento, as ações [...] (SS2 G).

[...] ele é composto por casas, pessoas, escolas, bares, restaurantes, farmácia, o território é muito bem movimentado, não vejo o território que atuo um dia se quer parado (TE VM 6).

O conceito de território possui diversificadas acepções, isso depende de quem o percebe e do ângulo e a lente que se olha. Nesse sentido, Salvador (2009) afirma que o conceito de território, atribuído no âmbito da Ciência Geográfica, vem sendo constantemente discutido e sua compreensão passa pelas diferentes acepções. O autor complementa que, do século XIX até meados do século XX, buscou-se compreender o território por diferentes concepções:

desde a ideia de posse sobre uma determinada área da superfície terrestre por um homem ou grupo de homens, até as estratégias tomadas pelos homens para afetar, influenciar e controlar outras pessoas numa dada delimitação espacial. Mais recentemente, especificamente na década de 1990, o geógrafo brasileiro Milton Santos formulou a concepção do território usado, que é considerado

como sinônimo de espaço habitado, construído e reconstruído pelos homens, por meio de suas ações e relações. Para esse geógrafo, o território por si só não interessa às abordagens geográficas, constituindo-se em mera forma. O que interessa de fato à Geografia é o conteúdo do território, ou seja, o processo histórico de uso do território pelos homens, que revela os diferentes interesses dos diversos agentes sociais que atuam nesse uso (SALVADOR, 2009, p. 110).

Salvador (2009) afirma que o território é resultado das ações sociais, guarda em si as marcas do trabalho e das ações dos homens, das relações de poder e disputas que acontecem entre os pares relacionais e, ainda, na relação com o meio que o cerca.

Diante destes relatos, é possível compreender que as relações entre o território e as variáveis sociais e econômicas são precursoras da saúde. Assim, nesse cenário, acredita-se que a harmonia entre os pré-requisitos, mencionados pelos participantes do estudo, deve fazer parte dos debates entre os gestores, profissionais e, sobretudo, a população, para que de fato o bem estar social seja alcançado.

Território suporte e trabalho, segundo subtema dessa unidade temática, foi referenciado por sete participantes dos dois municípios.

Nessa perspectiva, de acordo com os depoimentos de dois participantes do município de **Aparecida**, o território aparece como determinante de qualidade de vida, pois evidencia-se nos recortes de suas falas que retiram do território seu próprio sustento e o sustento para sua família.

Local onde as pessoas... retiram o seu próprio sustento, eu mesmo retiro do território que atuo meu sustento e ainda ajudo no sustento da minha família com essa renda (Enf. VM 2).

Local onde as pessoas moram, é o local onde eu ganho o meu sustento, lá que eu trabalho, então o território para mim é onde acontecem as coisas (ACS VM 8).

Em relação ao município de **Guaratinguetá**, os participantes expressaram que o território para eles é o local de trabalho, evidenciado a seguir.

Território é a área de atuação (ACS VA 26).

Território representa para mim a área onde atuo e, portanto, procuro desenvolver um bom trabalho nele (ACS VA 27).

Território é minha área de atuação, representa o meu trabalho, o local que nós circulamos, é também local que a população reside (ACS VA 29).

Território é o local que eu trabalho (Enf. SM 31).

Local onde trabalhamos, local onde as pessoas residem, ou seja, a área que podemos atuar (TE SM 34).

Frente aos relatos dos participantes do estudo, nota-se que as RSs de território para alguns participantes estão intimamente relacionadas com o ambiente de trabalho e lugar onde vivem, podendo-se inferir, então, que o território para muitos se revela como fonte de sustento. De acordo com Junges, Barbiani, Zaboli (2015), as condições de ocupação e moradia dos territórios resultam das relações entre o desenvolvimento econômico e social. Os autores complementam que a partir dessas relações surgem outras variáveis que sinalizam a qualidade de vida no território.

Dessa maneira, é necessário compreender que o território de atuação ao qual os participantes do estudo estão inseridos não deve ser percebido apenas como um espaço geográfico delimitado, mas como o local onde eles buscam por condições mais dignas de vida (ADDUM, 2011).

As RSs do território para os participantes do estudo configuram-se como um misto de sentimentos e relações. Eduardo (2006) corrobora afirmando que as RSs emergem de diversas relações, assim denominadas

sujeição e dominação, de (des)realizações, de subserviência e insatisfação às somas sempre refeitas das determinações. Embaladas pelos diferentes tons e intensidades dos poderes interagidos socialmente. O trabalho, e seus atores sintagmáticos, circunscrevem-se como elementos centrais na análise territorial (EDUARDO, 2006, p. 193).

Na atualidade, vivemos num mundo delineado por características plurais: diferentes culturas, diferentes histórias, diferentes territórios e diferentes nacionalidades. Compreende-se que essas características são elementos que

auxiliam na composição da diversidade de identidades. Nessa perspectiva, o território não fica de fora dessas ocorrências, uma vez que é influenciado pela ação humana, por suas histórias e culturas. Tais fatores foram identificados nos depoimentos dos participantes, originando o terceiro subtema **Território cultural e identitário**, como evidenciado a seguir.

Inicialmente apresenta-se os dados dos profissionais do município de **Aparecida**.

[...] é muita gente, com muitos costumes, diferentes hábitos de saúde e de higiene, diferentes culturas, diferentes gostos, por isso, considero difícil trabalhar nessa área, é difícil, nós não conseguimos dar conta disso tudo (Dent. VM 1).

Território [...] composto por histórias, cultura e significados das pessoas; o território não é algo sozinho, ele é o local onde as pessoas realizam suas atividades (TE VM 5).

O território [...] é composto por histórias vidas cada canto possui sua história a população atribui para cada área um sentimento diferenciado. Então, para mim, o território é a casa, as ruas montanhas, os bares, os rios, é tudo isso mais o sentimento humano (Méd. PA 13).

[...] o território é o local cheio de histórias, desejos das pessoas local de moradia de muitos ou porque não dizer de todos [...] (ACS. PA 20).

Além das variáveis cultura e história, expressadas pelos participantes de Aparecida, ressalta-se que no município de **Guaratinguetá** um participante disse que o território é também composto por identidade, tal como evidenciado a seguir.

Território [...] composto por histórias das pessoas não é somente um amontoado de casas, ali tem sentimentos, cada um tem seu próprio sentimento, cada casa, cada rua possui um significado, cada um tem uma identidade própria (ACS SM 38).

Neste entendimento, para os profissionais o território está ligado às questões simbólicas, históricas, culturais e de identidade, elementos que dão características próprias ao mesmo. Tal conjuntura estimula a compreensão de múltiplos territórios.

A esse respeito Moken *et al* (2008) afirmam que quando o território é analisado como um todo, permite ter uma visão não fragmentada dos diferentes processos que o tornam dinâmico, tais como, os processos econômicos, políticos e sociais. Nessa perspectiva, os mesmos autores ressaltam que:

As discussões mais recentes sobre o território incorporam a componente cultural considerando que o território carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão simbólica, ou cultural em sentido estrito, e uma dimensão material, de natureza predominantemente econômico-política (MONKEN *et al.*, 2008, p. 5).

No que se refere ao território cultural, Vieira, Vieira, Knopp (2010, p. 1), afirmam que

O território cultural, formado pela apropriação do espaço físico de um lado e, de outro, a construção do espaço econômico e social no processo de desenvolvimento de costumes, comportamentos, arte e cultura, abriu-se, na presente modernidade, à inserção e interação entre as culturas local e global. Isso significa que há uma cultura local interagindo com a cultura global. Ao analisar questões ligadas a território, cultura e identidade coloca-se a perspectiva de futuro, com novos avanços no processo de formação de uma sociedade global enriquecida com a multiplicidade de identidades culturais.

Dessa forma, infere-se que o território pode ser constantemente reinventado à medida que recebe das pessoas cargas identitárias de sua tradição.

Hall (2003) afirma que a identidade, na ótica da sociológica clássica, é constituída pela interação entre o eu e a sociedade. O sujeito cultiva sua essência interior denominado "eu real", mas sua mudança acontece em meio ao diálogo contínuo com os mundos culturais "exteriores" e as identidades que se constituem a partir daí. De acordo com Hall (2003, p.14),

a identidade, na concepção sociológica, preenche o espaço entre o 'interior' e o 'exterior' - entre o mundo pessoal e o mundo público. O

fato de que projetamos a ‘nós próprios’ nessas identidades culturais, ao mesmo tempo que, internalizamos seus significados e valores, tornando-os ‘parte de nós’ contribui para alinhar nossos sentimentos subjetivos com os lugares objetivos que ocupamos no mundo social e cultural. A identidade, então, costura (ou, para usar uma metáfora médica, ‘sutura’) o sujeito à estrutura. Estabiliza tanto os sujeitos quanto os mundos culturais que eles habitam, tornando ambos reciprocamente mais unificados e previsíveis.

O território aparece carregado de diferentes sentimentos culturais e históricos. Nessa perspectiva, para os participantes do estudo o território representa um processo complexo, que resulta das dinâmicas de relações que acontecem entre os diferentes atores. Pela necessidade de sobrevivência, infere-se que as pessoas buscam satisfazer suas próprias necessidades e, por vezes, isso pode se dar por meio de disputas e tentativas de domínio sobre um pedaço do território para sua subsistência.

Território disputa e poder, quarto subtema dessa unidade temática, aparece nos depoimentos de dois profissionais do município de **Aparecida**, como se evidencia a seguir.

O território para mim representa o local [...] onde as pessoas disputam umas com as outras [...] (ASB PA 14).

Território é uma área pequena ou grande, não importa o tamanho, onde podemos observar que muitas coisas acontecem, percebemos que as pessoas vivem disputando um pedaço, um espaço para conseguir se manter dentro daquele território [...] (TE PA 16).

A seguir evidencia-se que esses atributos “disputa” e “poder” também se apresentam nos depoimentos de um profissional no município de **Guaratinguetá**.

O território para mim representa um grande desafio, ali residem pessoas com as mais variadas necessidades, diferentes propósitos de vida, diferenças culturais, disputando seus interesses [...] (Dent. VA 21).

Nas RSs, o poder foi citado por profissionais. A esse respeito, Eduardo (2006) afirma que existem elementos indissociáveis para a compreensão do território e as mudanças pelas quais passa.

O território, o trabalho e o poder é uma tríade indissolúvel, e a geografia deve compenetrar-se na elaboração de uma linguagem consistente que vislumbre suas estruturas históricas, para somente assim compreender o devir dialético do(s) território(s) em sua multidimensionalidade vivida e agida (EDUARDO, 2006, p. 193).

Como se percebe na literatura o poder é um elemento de estruturação do território. Nos pensamentos de Haesbaert (2007, p. 20) o território em qualquer compreensão

tem a ver com poder, mas não apenas ao tradicional "poder político". Ele diz respeito tanto ao poder no sentido mais explícito, de dominação, quanto ao poder no sentido mais implícito ou simbólico, de apropriação (HAESBAERT, 2007, p. 20)

Lefebvre (2000) afirma que as acepções de território não se relacionam apenas ao poder tradicional político, possui também relação com o poder mais concreto, de dominação e, ainda, com o poder simbólico, de apropriação. Lefebvre esclarece que apropriação é um processo muito mais simbólico, repleto de marcas de algo “vivido”, de valor ou de uso, já a dominação está relacionada com o concreto, o funcional que se vincula ao valor de troca.

Assim, infere-se que o território se caracteriza como um campo de reprodução das relações sociais, onde os atores sociais disputam e exercem de diferentes maneiras sua relação de poder, propagando formas de apropriação ou dominação.

Monteiro (2021) corrobora com essas discussões mediante a seguinte afirmação.

o poder é um elemento atravessador das relações territoriais, exercendo-se a partir de diferentes escalas geográficas e formando redes de poderes; o lugar enquanto uma escala geográfica particularizada dentro do território, abrange as dimensões do habitar, do cotidiano e do corpo (MONTEIRO, 2021, p. 1).

De acordo com os relatos dos profissionais do estudo, infere-se que o poder aparece com o significado de gestão, ou seja, o poder foi citado como um elemento que auxilia as pessoas na gestão de suas próprias vidas e a conquistar um espaço dentro do território.

Além disso, a salubridade do território também aparece nos depoimentos dos participantes como elementos que contribuem para a saúde da população, pois as RSs dos participantes em relação à saúde aparecem como **Território salubre**, quinto subtema dessa unidade temática evidenciado nos depoimentos de dois profissionais do município de **Aparecida**.

O território para mim...(pausa) são as condições de saneamento, rede de esgoto, água potável, representa os cuidados básicos com o meio ambiente, local saudável para se ter uma vida saudável (ASB VM 4).

É o local onde as pessoas habitam, está relacionado com as condições de vida e a saúde da população, a coleta de lixo, a rede de saneamento, a água potável, a luz, as boas condições de moradia, é isso para mim (ACS VM 10).

Tais características apareceram também nos depoimentos de dois munícipes de **Guaratinguetá**.

Eu acho que o território está relacionado com o meio ambiente saudável, para mim as condições do meio ambiente influenciam na saúde das pessoas, é isso, para mim o território representa o meio ambiente e o meio ambiente a saúde, tem que existir uma harmonia entre eles (ACS SM 39).

O território é um local importante, [...] nós profissionais que trabalhamos com saúde nos territórios temos que pensar em tudo, trabalhamos a prevenção, atuamos mesmo que indiretamente no meio ambiente, nos rios, nas lagoas, nas redes de saneamento nas redes de água, temos muito trabalho ACS SM 41

Diante dos depoimentos dos profissionais, é possível compreender que a relação entre território e meio ambiente vincula-se às condições de vida da população, sendo considerado condicionante do estado de saúde. Assim, nesse cenário os participantes relacionam o fato de não ter saúde com más qualidades de vida, uma vez que a partir das alterações do meio ambiente a saúde também é alterada (DIAS, 2017).

Trabalhar com território na ESF direciona os profissionais na compreensão do território como causa e efeito e da relação entre saúde e ambiente, uma vez que o trabalho em ESF proporciona uma aproximação do profissional com a população, o que favorece a compreensão e o reconhecimento das condições relacionadas à salubridade e território (DIAS, 2017).

Dessa forma, compreende-se que os territórios se tornam complexos, pois se articulam em diversos níveis, do local ao global, e na medida em que os sujeitos atribuem novos significados. Além disso, o território agrega diversos tipos de relações, naturais, biológicas, políticas, econômicas, culturais, dentre outras. Estes elementos foram encontrados nos depoimentos das gestoras dos municípios e dos profissionais das ESF.

Assim, compreende-se que para os participantes, as RSs não são apenas um padrão individual, mas coletivo, socialmente criadas e internalizadas por meio de contínuas socializações entre os pares.

A partir da análise dos depoimentos dos profissionais, foi possível apreender quais os elementos compõem o processo de objetivação a respeito do território: Território vivo; Território suporte e trabalho; Território cultural e identitário; Território disputa e poder; Território salubre. Esses elementos foram reconhecidos nas RSs, porém não são elementos centrais nos discursos dos profissionais, eles aparecem de maneira periférica na RSs, e são elementos complementares nos quais as RSs se sustentam.

Por meio do processo de objetivação, os profissionais extraíram conceitos e imagens, reproduziram e classificaram o território (MOSCOVICI, 2011). Para os participantes, o território não é estático, ele é dinâmico, vivo, possui uma fluidez. Além disso, foram identificados outros elementos intrínsecos aos depoimentos dos

profissionais, tais como as RSs de território associadas a educação, moradia, alimentação, a renda, rede de esgoto, água potável, coleta de lixo, luz, um ecossistema estável, justiça social e equidade. A partir dessa verbalização dos profissionais é possível compreender que esses elementos quando alcançados contribuem para um estado de bem estar físico, mental e social da população. A objetivação foi aqui o processo que permitiu aos profissionais a externalização das RSs sobre o território.

8.2.5.2 Análise comparativa a respeito do território

Ao se analisar as RSs de território nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá, identificou-se nos depoimentos das gestoras que o território é vivo, dinâmico, cercado pelas ações das pessoas. Na acepção dos profissionais do município de Aparecida significados correspondentes foram identificados nos depoimentos de 01 Enfermeiro, 01 Técnico em enfermagem e 01 Médico da ESF **VM**. Na ESF da **PA**, 01 Dentista e 01 Enfermeiro referiram significados correspondentes. Já no município de Guaratinguetá, apenas 01 ACS da ESF do **SM** fez referência ao território vivo.

Território, suporte e trabalho dão a tônica das RSs de dois profissionais no município de Aparecida na ESF **VM**, sendo 01 Enfermeiro e 01 ACS. Esses mesmos atributos apareceram também nas falas de cinco profissionais do município de Guaratinguetá, sendo 03 da ESF **VA** que atuam na categoria de ACS, 02 da ESF do **SM**, 01 Enfermeiro e 01 Técnico em enfermagem. Em âmbito municipal observa-se prevalência desses atributos no município de Guaratinguetá.

Para os profissionais que participaram do estudo no município de Aparecida, as RSs de território aparecem carregadas da acepção de cultura e história. Tais atributos foram identificados nas falas de dois participantes na ESF **VM**, sendo 01 dentista e 01 Técnico em enfermagem e, também, nos depoimentos de dois profissionais na ESF **PA**, 01 Médico e 01 ACS. Além desses atributos, no município de Guaratinguetá, na ESF **SM** identificou-se nos depoimentos de ACS a

representação de território como suporte para identidades, ou seja, para o profissional esta representação de território se apresenta relacionada às questões identitárias.

O poder aparece como RS nos depoimentos de dois profissionais no município de Aparecida, na ESF **PA**, 01 ASB e 01 Técnico em enfermagem, e em Guaratinguetá, apareceu apenas nos depoimentos de 01 Dentista da ESF **VA**. Além disso, evidencia-se que o território aparece também como ambiente salubre nos depoimentos de dois profissionais no município de Aparecida, na ESF VM, 01 ACB e 01 ACS, e nas falas de dois ACS no município de Guaratinguetá, na ESF **SM**.

Em uma análise ampliada dos municípios estudados, nota-se que houve similaridade nas falas das gestoras a respeito de território. As RSs aparecem nos depoimentos das secretárias de saúde no sentido de local vivo, composto por acontecimentos sociais, econômicos e de trabalho. Esta representação apareceu mais vezes no município de Aparecida.

No Quadro abaixo, apresenta-se uma síntese das respostas dos profissionais nessa Unidade temática de acordo com os respectivos subtemas.

Quadro 25- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre o Território, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Unidade Temática - Território no contexto da Estratégia de Saúde da Família e sua utilização					
Aparecida					
Profissionais	Território vivo	Território suporte e trabalho	Território cultural e identitário	Território disputa e poder	Território salubre
Dentista	1		1		
Enfermeiro	2	1			
Médico	1		1		
ASB				1	1
Técnico enf.	1		1	1	
ACS		1	1		1
Recep.					
Secretária de saúde					
Guaratinguetá					
Dentista				1	
Enfermeiro		1			
Médico					

ASB					
Técnico enf.		1			
ACS	1	3	1		2
Recep.					
Secretária de saúde	1				

Fonte: elaborado pelo autor da tese

8.2.6 Representações Sociais dos profissionais sobre as influências de profissionais na vida dos moradores

A temática da influência sobre a saúde das pessoas, condições e a qualidade de vida ao longo da história têm despertado interesse em alguns políticos e pensadores. Buss (2020) afirma que a saúde pode ser afetada, para melhor ou para pior, pode ser influenciada pelo estado dos ambientes físicos, pelas relações sociais, ação de alguém ou algo sobre alguém, ou seja, o poder, o controle ou autoridade. Quando se diz que uma determinada pessoa exerce influência sobre a vida de outras pessoas significa que pode servir de modelo a ser seguido ou que suas ações, em certa medida, influenciam o modo de agir ou de pensar dessas pessoas.

A esse respeito, fazem-se necessárias discussões com a finalidade de compreender as RSs sobre as influências que determinadas pessoas exercem sobre a vida de outras, especificamente os profissionais implementadores das políticas públicas da ESF sobre a vida dos moradores de territórios adscritos.

Compreende-se que representar um objeto é dar significados e criá-lo simbolicamente, ou seja, fazer com que algo ou algum tema seja objeto de atribuição de um sentido para quem o representa e para quem o interpreta, passando a fazer parte do senso comum e do mundo. Os sentidos dos objetos não são captados de forma individual pelos sujeitos, mas, em determinados contextos sociais em meio a relações sociais. Dessa forma, compreende-se que as RSs sobre um dado objeto muitas vezes advêm das relações estabelecidas e das RSs que são apresentadas sobre outros objetos, originando um campo de representações (JODELET, 1986). Assim, as RSs só são sociais porque são constituídas socialmente, ou seja, surgem a partir das interações sociais em diferentes contextos e grupos. Dessa maneira, a

estruturação do campo da RSs e o sentido elaborado depende muito das relações dos indivíduos em diferentes grupos sociais.

Na figura a seguir evidencia-se os elementos de representatividade referenciados pelos participantes do estudo a respeito das influências de profissionais na vida dos moradores.

Figura 27- Síntese esquemática das Representações Sociais sobre as influências de profissionais na vida dos moradores



Fonte: Elaborado pelo autor

8.2.6.1 Qualidade de vida de moradores permeada pelas influências de profissionais da ESF

Antes de apresentar a unidade temática e os subtemas que emergiram a partir da análise dos depoimentos dos participantes a respeito das influências que os profissionais exercem na vida dos moradores, é interessante ressaltar que, embora a maior parte dos participantes tenham considerado que suas práticas profissionais e suas ações nos territórios das ESF em que atuam possuem representatividade positiva na vida dos moradores, alguns profissionais não exprimiram significações em

suas respostas. Durante a realização do grupo focal, quando indagados a respeito da temática “influência na vida dos moradores” observou-se que 15 profissionais disseram apenas “SIM”, mesmo sendo provocados pelo mediador. Isto é, os profissionais declinaram da possibilidade de comentar a respeito das “influências que exercem na vida das pessoas”, mantendo-se silenciosos.

Ressalta-se que no município de **Aparecida** na ESF da **VM** os profissionais que não se prontificaram a responder foram **ACS VM 7**, **ACS VM 8** e **ACS VM 9**, e na ESF **PA**, **TE PA 15** e **ACS PA 19**. No caso do município de **Guaratinguetá**, houve maior número de profissionais que, em suas falas, não se manifestaram a respeito da temática tratada. Na ESF **VA**: **Dent. VA 21**; **Enf. VA 22**; **TE VA 23**; **TE VA 24**; **ACS VA 25**; **ACS VA 26**; **ACS VA 27**; **ACS VA 29**; **ACS VA 30**, e na ESF **SM** apenas um participante permaneceu calado durante a abordagem (**TE SM 33**). A respeito do silêncio, Marigheto e Macei (2014, p, 1) afirmam que é

analisado, antes de tudo, como própria forma de linguagem: é a dialética do discurso [...] que permite de atribuir ao silêncio um determinado significado semântico linguístico. Da mesma forma, no âmbito das relações jurídicas obrigacionais, o silêncio produz efeitos cujo Ordenamento atribui explicita ou implicitamente determinados efeitos jurídicos.

Dall'agnol e Trench (1999) afirmam que o silêncio é tão importante quanto a palavra informada, pois pode ser compreendido como uma fonte rica de comunicação.

O silêncio possui diferentes significados, pode ser resultado da intervenção ou falta de clareza do moderador ao abordar o tema a ser discutido nas rodadas do grupo focal, pela interrupção do participante, sem antes mesmo que conclua seu raciocínio durante o debate ou, ainda, quando o moderador se omite a realizar perguntas essenciais aos participantes. O silêncio pode se manifestar diante de um tema que soa como algo novo, nunca experimentado ou vivenciado pelo participante do grupo (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006; DALL'AGNOL *et al.*, 2012).

Dessa forma, acredita-se que as pessoas tendem a ficar em silêncio, refletir e organizar suas ideias para em seguida manifestar suas convicções. Dessa forma, o

silêncio é uma manifestação de vontade e, em certas situações, torna-se ação de negação expressa por uma pessoa, caracterizando um ato que demonstra a vontade oposta de se pronunciar.

De acordo com Bittencourt (2014), a desinformação no campo da saúde pode acarretar várias sequelas, podendo resultar em alienação, insatisfação, com reflexos negativos para a saúde de um município (BITTENCOURT, 2014).

Outro ponto que merece ser destacado nesse tópico refere-se ao fato de que três profissionais do município de Guaratinguetá na ESF **SM** expressaram em seus depoimentos sentimento de insegurança, ou seja, para eles os serviços realizados por eles mesmos e pela equipe da ESF são insuficientes para causar impactos na vida dos moradores, como se evidencia a seguir.

Algumas pessoas eu consigo influenciar e modificar a vida das pessoas outras não (Enf.SM 31).

Ao meu ver, deveria influenciar mas, deixamos muito a desejar, então conseguimos realizar poucas e às vezes nenhuma influência sobre a vida da população (TE SM 34).

Claro que sim, quer dizer, pelos menos deveria influenciar, mas, não conseguimos fazer muita coisa aqui devido a muitos fatores, como falar em humanização com um trabalho assim nessa qualidade [...] precisa mudar muita coisa (TE SM 35).

Embora avanços significativos com a implantação da ESF em território brasileiro sejam constatados, Arantes, Shimizu, Hamann (2016, p. 1507) afirmam que existem desafios para o aprimoramento dessa modalidade de atenção à saúde, considerando que os desafios

estão condicionados a fatores complexos e que, por isso, exigem um maior esforço político-institucional, como as questões ligadas ao financiamento, à formação de profissionais, à gestão/educação de pessoal e ao desenvolvimento de ações intersetoriais. Ações mais consistentes também precisam ser implantadas para fortalecer a ESF como porta de entrada preferencial e melhorar a organização do acesso aos demais níveis de atenção. Requerem-se paralelamente

ações de planejamento com participação social nas questões organizativas de modo a atender às reais necessidades da população, buscando superar processos de trabalho ainda baseados no modelo biomédico. Nessa perspectiva, outro desafio para a garantia dos cuidados integrais está no alcance do equilíbrio adequado entre a abordagem individual em tempo oportuno e a comunitária para enfrentar os determinantes sociais.

A partir da análise dos depoimentos dos participantes emerge a Unidade Temática **Qualidade de vida de moradores permeada pelas influências de trabalhados da ESF** e seus subtemas: **Organização do processo de trabalho em saúde; Orientações para mudanças no estilo de vida e melhoria da qualidade de vida; Visita domiciliar como instrumento de qualidade de vida.**

Nos depoimentos das gestoras municipais, as secretárias de saúde de ambos municípios, originou-se o primeiro subtema dessa unidade temática, a **Organização do processo de trabalho em saúde**, como evidenciado a seguir:

Sim, o trabalho do Secretário de Saúde é fundamental para a organização e execução das políticas públicas de saúde [...] acredito que nosso trabalho pode influenciar a vida da população de maneira positiva e negativa, precisamos ter tato nas nossas ações que realizamos (SS1A).

Sim, influenciamos de forma indireta a vida das pessoas digo “forma indireta porque não sou eu que vou nos territórios e nem nas casas das pessoas”, trabalho mais nos bastidores. Nós secretários de saúde precisamos estabelecer um bom relacionamento com os profissionais, do contrário pouco conseguiremos fazer para a população, mas de maneira geral nossos trabalhos causam impactos importantes na vida das pessoas desde que sejam bem executados, meu trabalho é mais voltado para gestão, penso em estratégias para implantação e efetivação das políticas públicas nos territórios [...] (SS2G).

Ressalta-se que representações similares apareceram nos depoimentos das gestoras quando indagadas sobre a função da ESF, as gestoras expressaram a questão da reorganização. Embora sejam significados correspondentes entende-se que traduzem ações diferenciadas, ou seja, o significado reorganização expressado por elas representa colocar em ordem as ações da atenção básica dentro do município seguindo os preceitos dos SUS, para que os serviços da ESF cheguem aos moradores. No caso dessa unidade temática, percebe-se que o significado

organização está relacionado ao *modus operandi*, que de acordo com o Dicionário online de Português (2021), significa “modo por meio do qual alguém, uma instituição ou sociedade trabalha ou realiza suas funções”. Assim, infere-se que as RSs aqui expressadas pelas gestoras, a respeito das influências sobre a vida dos moradores, estão diretamente ligadas às ações que se estabelecem nos territórios, estão relacionadas às práticas assistenciais, aos resultados finais das políticas da ESF sobre a vida dos moradores propriamente dita.

Para melhor compreensão, a seguir apresenta-se o significado das palavras “reorganização” e “organização”, de acordo com o Dicionário online de Português (2021). A primeira significa “organizar mais uma vez física e moralmente; fazer uma nova organização; organizar criando melhorias, alterações e inovações; reestruturar; e por extensão representa: reorganização empresarial; reorganização política”. Já a segunda palavra, organização significa “o ato ou resultado de se organizar; formação estrutural daquilo que compõe um ser vivo ou do que constitui um sistema; arrumação; e por extensão relaciona-se ao conjunto de pessoas que possuem os mesmos interesses; associação e/ou, ainda, instituição que se destina à realização de atos no âmbito político, social, econômico; sociedade”.

Para os profissionais, as RSs sobre as influências na vida dos moradores estão relacionadas às **Orientações para mudanças no estilo de vida e melhoria da qualidade de vida**, segundo subtema dessa unidade temática, evidenciadas a seguir nas falas dos depoentes de Aparecida.

[...] por meio de orientações conseguimos modificar o estilo de vida, os hábitos de higiene bucal, dessa maneira evitamos o aparecimento de problemas como a carie, feridas na cavidade oral (Dent. VM 1).

[...] por meio das palestras, conversas, educações em Campo de trabalho, aos poucos vamos modificando e moldando os hábitos e costumes de cada cidadão é um trabalho de formiguinha, lento, mas tem que acontecer sempre (Enf. VM 2).

[...] tudo que eu faço de certa forma pode influenciar a vida das pessoas sim, é um trabalho muito grande, conseguimos avanços, não podemos desanimar, cada vez que acessamos alguém mudamos algo na vida dela, tudo que fazemos é para melhorar a saúde das pessoas (Méd. VM 3).

Sim trabalhamos a prevenção ué, isso por si só já é um fator de mudança, conseguimos modificar os hábitos de vida (ASB VM 4).

[...] muitas vezes somente com conversas conseguimos amenizar o problema das pessoas, aliás, o nosso grande potencial está aí, resolver o problema e transformar a vida das pessoas, quer dizer, os hábitos de vida, para que possam ter uma vida mais saudável, ouvimos e acolhemos sempre (Enf.PA 12).

[...] quando atendo alguém procuro investigar, realizar um diagnóstico precoce e tratar, realizo orientações sobre alimentação, hábitos de vida saudável, essas orientações têm o potencial de realizar grandes mudanças na vida das pessoas (Méd. PA 13).

Sim, meu trabalho influencia, não só influencia a vida das pessoas como também ajuda a salvar vidas, deixa eu explicar bem, toda vez que um paciente chega para atendimento, eu converso, oriento, explico tudo né, para que ele saiba prevenir algumas doenças na boca evitando complicações, essas informações são capazes de mudar os hábitos e melhorar a saúde bucal e reflete na saúde em geral (ASB PA 14).

Sim, porque dou orientações a toda população sobre a prevenção de algumas doenças, oriento também sobre a importância da consulta médica, da realização de exames, a importância de se preocuparem com a saúde para que possam ter uma melhor qualidade de vida (TE PA 16).

Acho que podemos sim exercer influências sobre a vida da população, executando nosso trabalho corretamente conseguimos ajudar as famílias oferecendo para elas nossos serviços em saúde (ACS PA 17).

Sim pois, através das minhas informações eles conseguem fazer prevenção acompanhamento, ofereço meus serviços à população para tentar melhorar a qualidade de vida de cada um ACS PA 18

Sim, considero sim um bom atendimento poder deixar a população mais acolhida; o mau funcionamento quer dizer o mau atendimento, pode afastar a população do postinho, isso pode refletir no aumento das doenças (ACS PA 20).

A seguir, as RSs dos profissionais do município de **Guaratinguetá** podem ser conhecidas.

Sim, meu trabalho pode influenciar e muito, as orientações que nós realizamos tem a capacidade de modificar o hábito de vida da população (ACS VA 28).

Sim, com certeza, pois trabalhamos a prevenção e para mim é a melhor maneira de ajudar a população a ter uma vida mais digna (ACS SM 37).

Sim, com certeza tudo que faço é pensando em proporcionar mudança na vida da população, se uma pessoa está doente procuro resolver o problema para que ela melhore (ACS SM 39).

Meu trabalho tem a capacidade de influenciar na vida das pessoas sim, como já disse, trabalhamos a promoção, e promoção, tentamos mudar estilo de vida e criar hábitos saudáveis (ACS SM 40).

Sim, e como podemos influenciar as pessoas, tudo que fazemos, orientações que damos, os exames que realizamos, isso tudo pode influenciar sim na vida de cada um dos moradores que nos procuram (ACS SM 41).

Diante dos depoimentos dos profissionais, percebe-se que o trabalho em saúde está fundamentado numa interrelação entre os profissionais e moradores, e cada um traz consigo especificidades próprias, de acordo com o sexo, contexto social que se insere, visão de mundo e interesses próprios. Um dos princípios que norteia a ESF é a equidade, que considera a pessoa um ser indivisível com necessidades específicas, e trabalha na perspectiva do olhar integral, reconhecendo as necessidades de cada pessoa considerando as diferenças que cada um possui (FIOCRUZ, 2021).

A esse respeito, Araújo e Oliveira (2012) consideram que após a criação do SUS evidenciou-se a necessidade de implantar modelos e práticas de comunicação mais interativas, participativas e abertas, que possibilitem a troca de informações entre os atores envolvidos. Para os autores, a comunicação e a informação são capazes de qualificar os agentes para oferecer assistência de maior qualidade à saúde da população.

Destaca-se que os desequilíbrios decorrentes das doenças podem afetar significativamente os aspectos biopsicossociais das pessoas e seus familiares; desse modo, faz-se necessária uma participação mais ativa dos profissionais junto à população, com a finalidade de acolhê-los na rede de serviços, capacitar e desenvolver nos profissionais habilidades de comunicação para esclarecimentos de dúvidas das pessoas, observando que existem pessoas com maior necessidade de informações do que outras (FIGUEIREDO; SOUSA; GOMES, 2016).

Estudo realizado por Figueiredo *et al* (2018), no ano de 2017, denominado **Importância das orientações em saúde para familiares de crianças com doença falciforme**, concluiu que os participantes manifestaram significativo anseio por receber informações a respeito da doença, dos cuidados que iriam ser realizados, sobre a prevenção de possíveis complicações, e orientações relacionadas à alimentação. Para eles, conhecer a doença significa reconhecer sinais e sintomas de alerta para prováveis complicações, e nesse sentido, as orientações por meio de tecnologias educativas como materiais impressos são de grande ajuda para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com problemas de saúde e para os entes queridos que, muitas vezes, são as pessoas que continuam com os cuidados após a alta do paciente.

As orientações em saúde têm por finalidades: esclarecer a população a respeito das ações de prevenção antes que uma determinada doença se estabeleça; orientar a prática do autocuidado na perspectiva de melhor qualidade de vida; estabelecer comunicação entre o profissional e o paciente; organizar o modelo assistencial; enfatizar o tratamento individual das pessoas e, também, integrar a família e a comunidade com as práticas assistências da ESF (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

As orientações são recursos intermediados pelos profissionais, alcança a vida e o cotidiano das pessoas, podendo intervir nos fatores responsáveis pelo processo saúde-doença; oferece subsídios para a adoção de novos hábitos saudáveis e condutas para melhoria da qualidade de vida (ALVES, 2005).

Araújo e Oliveira (2012, p. 3) consideram que “a Informação e a Comunicação se tornam instâncias mediadoras e vetores importantes para superar tanto o

tradicional recorte disciplinar quanto permitir um olhar mais amplo sobre a saúde”. Complementam que as informações devem acontecer nos ambientes hospitalares, nos postos de saúde e nos domicílios, sendo necessário despertar nos profissionais o interesse por essa prática que, muitas vezes, parece óbvia, mas para o paciente e seus familiares faz muita diferença, uma vez que auxilia na compreensão do processo de saúde doença, bem como no reconhecimento precoce de prováveis complicações e possibilidades de intervenções.

A relação de proximidade entre os profissionais de saúde e a população é um fator que favorece o estabelecimento de vínculos; facilita a realização de práticas de promoção e recuperação da saúde; a participação ativa do paciente nas práticas de prevenção e promoção da saúde; pode contribuir para melhoria da qualidade de vida e diminuir os índices de internações.

Por meio dos depoimentos de profissionais identificou-se, ainda, significados relacionados à importância da proximidade entre profissionais e pacientes. Quando indagados sobre as influências que podem exercer sobre a vida das pessoas, maior parte dos profissionais expressou que suas atividades, muitas vezes, podem modificar os hábitos de vida da população e melhorar a qualidade de vida. Com a análise dos depoimentos emergiu o terceiro subtema dessa unidade temática, **Visita domiciliar como instrumento de qualidade de vida**, ressalta-se que esses significados apareceram apenas nos depoimentos dos profissionais do município de **Aparecida**.

[...] meu trabalho influencia muito a vida das pessoas, eu realizo muitas atividades, dentre elas a visita domiciliar, esse é o momento que tenho para realizar alguns procedimentos para atender necessidades daquele paciente, aproveito para orientar não só o paciente como sua família também (TE VM 5).

Sim, claro que minhas atividades influenciam a vida das pessoas, tanta coisa que eu faço para a população, eu considero que os serviços que ofereço modificam sim a vida das pessoas, olha de maneira geral eu realizo as ações de enfermagem, além disso realizo a visita domiciliar quando vou na casa das pessoas aproveito para orientar a população, verifico se o paciente está seguindo o tratamento certinho e se tem alguma complicação [...] (TE VM 6).

Sim, só o fato de eu ir na casa das pessoas isso já traz uma certa segurança para eles, vem que tem gente que preocupa com eles (ACS VM 10).

Sim, sou dentista, além de atender no posto, vou nas escolas, nas creches, visito os pacientes acamados, realizo prevenção da saúde bucal, isso por si só pode impedir o aparecimento ou a evolução de caries que pode trazer complicações para as pessoas (Dent.PA 11).

A ESF destaca-se por suas ações voltadas para o indivíduo, família e comunidade. As práticas profissionais devem ser pensadas para intervir e transformar a vida das pessoas. A interação profissional junto à população é um potencial estratégico dessa modalidade de atenção, pois vislumbra a integralidade do sujeito.

A esse respeito Mourão *et al.* (2010, p. 87) afirmam que

Dentre as atividades desenvolvidas na ESF, a visita domiciliar (VD) configura-se como um importante instrumento para prestação de assistência à saúde do indivíduo, família e comunidade, e deve ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. A visita domiciliar traz resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade do cliente e sua família in loco, contribuindo para a redução de gastos hospitalares, além do fortalecimento de vínculos entre cliente – família/comunidade – profissional.

De acordo com Abrahão e Lagrange (2007), o ato de entrar na residência das pessoas, observar os hábitos, os costumes, as rotinas diárias e as relações entre os familiares trazem informações ricas para o planejamento e execução de ações sanitárias. Trata-se de uma atividade complexa realizada por profissionais da área da saúde coletiva. As autoras salientam que o sucesso dessa prática só será alcançado se a individualidade das pessoas e das famílias forem respeitadas, podendo se tornar um poderoso instrumento para implementação de ações sanitárias para a população.

A visita domiciliar pode ser compreendida como um instrumento que propicia a utilização de técnicas, procedimentos e saberes dos profissionais da saúde, deve ser utilizada para intervenções no processo saúde e doença das pessoas e comunidades.

A esse respeito Mourão *et al* (2010, p. 87) afirmam que a visita domiciliar é uma prática de grande efeito para a saúde coletiva da população, pois de acordo com os autores

permite avaliar, desde as condições ambientais e físicas em que vivem o indivíduo e sua família, até assistir os membros do grupo familiar, acompanhar o seu trabalho, levantar dados sobre condições de habitação e saneamento, além de aplicar medidas de controle nas doenças transmissíveis ou parasitárias, bem como garantir atendimento holístico por parte dos profissionais, permitindo compreensão dos aspectos psico afetivo sociais e biológicos da clientela assistida. Neste contexto, insere-se a importância do desenvolvimento de ações para promoção da saúde, com foco nas práticas higienistas.

Acredita-se, assim, que a visita domiciliar é um importante instrumento de intervenção utilizado pelas equipes de saúde para inserção e conhecimento sobre a realidade de vida da população; propicia o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica de relações entre os membros familiares.

Abrahão e Lagrange (2007, p. 152-3) afirmam que a

A prática de saúde no domicílio é tão antiga quanto a própria vida em sociedade e volta a ser vista como uma alternativa, mais humanizada e, ao mesmo tempo, com a possibilidade de um cuidado singular em um outro espaço que não seja o hospital. Neste novo contexto, o cuidado domiciliar, em suas diferentes modalidades, é também percebido com base em seu potencial renovador, uma estratégia de reorganização do modelo de atenção em saúde tendo em vista a atenção básica e reforçando os princípios de integralidade e equidade do SUS. Para isso, no entanto, se faz necessário um olhar e um fazer crítico, que considerem em sua análise o potencial controlador desta prática, pois, no desenvolvimento de tal atividade, a função disciplinadora das práticas sanitárias se faz presente, principalmente naquelas voltadas a população de baixo poder sócio econômico.

Em um primeiro momento, a visita domiciliar é compreendida como um ato de prevenção e de precaução, mas caracteriza-se também como prática de controle e

vigilância do comportamento e hábitos individuais e da família. Para Abrahão e Lagrange (2007, p.156), apresenta-se como um "controle sutil sobre o corpo representado pelo discurso higiênico". Tal prática sanitária somada a outras de controle dos elementos que podem causar doenças refletem nas condições de vida das pessoas.

A visita domiciliar configura-se como oportunidade diferenciada de se fazer cuidado; prima pela promoção da saúde das pessoas e da comunidade e é dotada de conhecimento técnico-científico que se aplica fora dos equipamentos de saúde. Na prática, a visita domiciliar compreende atividades realizadas pelos profissionais da saúde, especificamente os que atuam nos territórios adstritos em dada ESF, como forma de intervir no processo saúde doença e zelar por melhorias na qualidade de vida das pessoas.

Diante do exposto, é possível observar que existe estreita relação entre as representações sociais e o contexto de vida dos sujeitos. Os aspectos sociais e ideológicos e as características individuais citadas pelos profissionais são considerados fatores que influenciam o comportamento e o pensar do profissional; estão diretamente relacionados à produção, circulação e estabilidade das representações sociais.

As RSs têm como princípio fundamental a relação dos indivíduos e os grupos sociais e só podem ser constituídas a partir dessas relações. Sá (1996, p. 24) afirma que "uma representação social é sempre de alguém (o sujeito) e de alguma coisa (o objeto)". Complementa-se que a neutralidade não é a essência das RSs, pois, no contexto das RSs considera-se os comportamentos individuais e as motivações que cada sujeito possui em relação a determinado objeto, além das histórias singulares de cada pessoa e de um dado grupo.

Os profissionais do estudo expressaram por meio de seus depoimentos sentimentos que revelam as influências sobre as vidas das populações beneficiárias. Em seus depoimentos, destacam-se as seguintes práticas capazes de influência positiva na vida dos moradores: a organização, orientações, palestras, conversas, educação em campo de trabalho, prevenção, diagnóstico precoce, hábitos de vida saudável, evitar complicações, visita domiciliar, atender necessidades daquele

paciente, orientar não só o paciente como sua família, ações de enfermagem, tratamentos enfim. Estes foram elementos geradores dos subtemas tratados nessa Unidade Temática.

Nos depoimentos, foi possível perceber que os profissionais unem a ideia de algo não familiar com a ideia de realidade, tornando-a a verdadeira essência, atribuindo significados à sua realidade. Inicialmente, a objetivação aparece como um universo puramente intelectual e remoto, mas a partir da interpretação do *corpus* dos depoimentos dos participantes percebe-se que a objetivação aparece de forma física e acessível, pois os profissionais ilustraram, objetivaram e materializaram suas abstrações e deram sentido concreto a seus sentimentos por meio de práticas e ações do seu cotidiano (MOSCOVICI, 2011).

8.2.6.2 Análise comparativa sobre as Representações Sociais das influências dos profissionais sobre a vida dos moradores

Pondera-se, primeiro, vários participantes do estudo não comentaram suas respostas ao serem indagados sobre as influências que exercem na vida dos moradores, com destaque para o município de Guaratinguetá, especificamente a ESF **VA**. Percebeu-se também nos depoimentos de três profissionais da ESF **SM** de Guaratinguetá, significados negativos, pois expressaram que as ações realizadas não possuem potencial suficiente para influenciar a vida dos moradores.

Na fala das gestoras de ambos os municípios, aparece o significado de organização voltado ao campo de trabalho dos profissionais. As gestoras disseram que suas práticas profissionais organizam o território, são relacionadas às práticas operacionais que refletem o resultado da implantação das políticas da ESF sobre a vida dos moradores.

No município de Aparecida, foram 11 os profissionais que disseram que suas práticas de orientação estão relacionadas com a prevenção e promoção da saúde e, por conseguinte, com mudança de estilo de vida e melhoria da qualidade de vida. Deste total de profissionais, 04 pertencem à ESF **VM**, sendo 01 dentista, 01 Enfermeiro, 01 Médico e 01 ASB; na ESF da **PA** esses significados apareceram nos depoimentos de 07 profissionais das seguintes categorias: 01 Enfermeiro, 01 Médico,

01 ASB, 01 técnico em enfermagem e 03 ACS. No município de Guaratinguetá, esses mesmos significados apareceram nos depoimentos de 01 profissional da ESF da **VA** e 04 profissionais da ESF **SM**. Em Guaratinguetá, tais significados apareceram nos depoimentos de 01 ACS da ESF da **VA** e 04 ACS da ESF do **SM**.

Outro ponto que merece ser destacado relaciona-se à visita domiciliar. Identificou-se que 04 profissionais do município de Aparecida consideraram que suas atividades e a visita domiciliar representam melhoria de qualidade de vida. Destes profissionais, 03 são da ESF da **VM**, sendo 02 Técnicos em enfermagem, 01 ACS e 01 Dentista da ESF da **PA**.

Por meio desses resultados obtidos é possível inferir que as práticas de aproximação entre os profissionais e moradores estão mais presentes nas práticas assistenciais dos profissionais de Aparecida. A seguir apresenta-se um quadro referente aos significados atribuídos pelos profissionais relacionados as influências que exercem na vida da população beneficiária de acordo com cada subtema dessa Unidade temática.

Quadro 26 - Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre as influências dos profissionais na vida das populações beneficiárias, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Unidade Temática - Qualidade de vida de moradores permeada pelas influências de trabalhos da ESF			
Aparecida			
Profissionais	Organização do processo de trabalho em saúde	Orientações para mudanças no estilo de vida e melhoria da qualidade de vida	Visita domiciliar como instrumento de qualidade de vida
Dentista		1	1
Enfermeiro		2	
Médico		2	
ASB		2	
Técnico enf.		1	2
ACS		3	1
Recep.			
Secretária de saúde	1		
Guaratinguetá			
Dentista			
Enfermeiro			
Médico			

ASB			
Técnico enf.			
ACS		5	
Recep.	1		
Secretária de saúde			

Fonte: elaborado pelo autor da tese

8.2.7 Representações Sociais dos profissionais a respeito da territorialização

O SUS é um sistema público de saúde e toda arquitetura desse projeto encontra-se fundamentada em princípios norteadores como a universalidade, equidade e integralidade dispostos nos dispositivos constitucionais. Assim, a saúde deve ser compreendida como um direito, independentemente do local e do território em que esteja a pessoa, cabendo ao Estado a garantia de estratégias para sua efetivação, por meio da criação e implantação de serviços de saúde (BRASIL 1988).

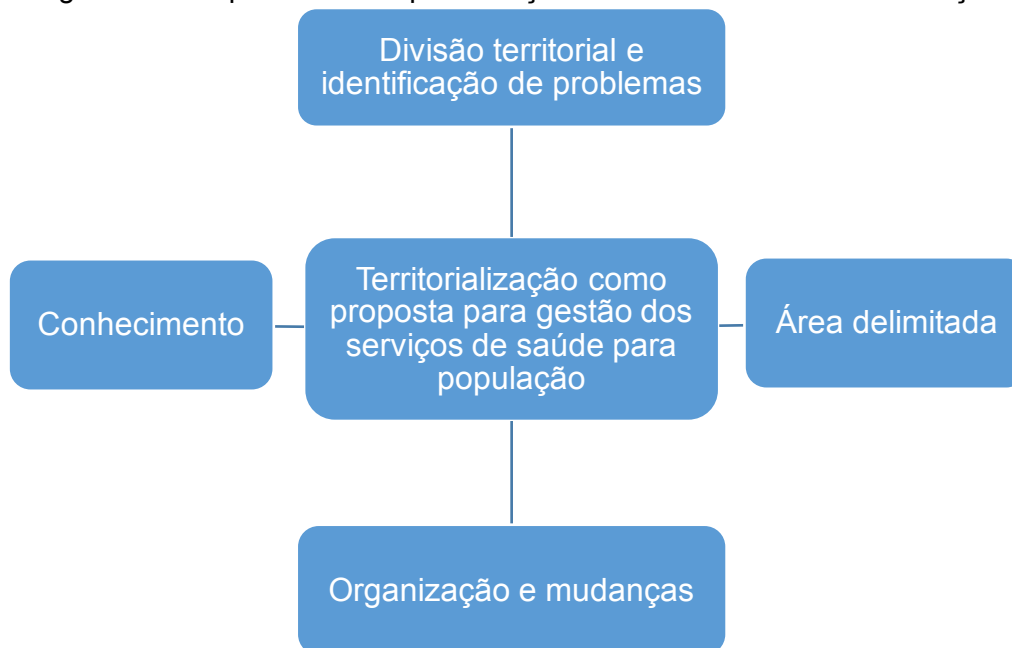
A localização dos equipamentos de saúde deve obedecer aos princípios da resolutividade, considerando a economia e o perfil epidemiológico dos diferentes territórios em que se inserem. A esse respeito Faria (2020) afirma que a Atenção Básica (AB)

é o único nível da atenção que estará presente em todo o território nacional e através dela, das pactuações intermunicipais e dos sistemas regionais, as pessoas poderão acessar os demais níveis do cuidado, assim designados secundário e terciário. Portanto, todo o projeto territorial do SUS depende da constituição de uma base que deve funcionar como porta de entrada e centro de comando do sistema.

Diante do exposto considera-se importante compreender os diferentes processos que acontecem nos territórios para implementação da política da ESF e a consolidação do SUS, especificamente a territorialização, na ótica de gestores municipais e profissionais de saúde. Assim, este capítulo destina-se a apresentar as RSs desses atores em seus respectivos territórios de atuação.

A figura a seguir apresenta de forma sintética as RSs referenciadas pelos participantes do estudo a respeito da territorialização.

Figura 28 - Esquema das Representações Sociais sobre a territorialização



Fonte: Elaborado pelo autor

6.2.7.1 Territorialização como proposta para gestão dos serviços de saúde para população

Diante da análise dos depoimentos das gestoras e dos profissionais elaborou-se a Unidade Temática **Territorialização como proposta para gestão dos serviços de saúde para população** e seus respectivos subtemas: **Divisão Territorial e identificação de problemas**, **Área delimitada**, **Organização e mudanças** e **Conhecimento**.

A territorialização pode ser compreendida como instrumento utilizado para o processo de apropriação dos espaços pelos serviços de atenção primária à saúde, especificamente a ESF. Na prática, pode também ser compreendida como instrumento para orientar a definição de territórios ou áreas de atuação dos profissionais e serviços de saúde (FARIA, 2012). As representações sobre a

territorialização, surgem nos depoimentos dos participantes como primeiro subtema dessa unidade temática, a **Divisão Territorial e identificação de problemas**.

A seguir apresenta-se os significados expressados pelas gestoras da saúde dos municípios analisados.

[...] é uma divisão de um território maior em vários outros territórios menores ao qual chamamos de área, ou micro área [...] (SS1 A).

É uma ferramenta que permite fazer a divisão territorial, bem como o reconhecimento de um determinado território, com suas peculiaridades [...] (SS2 G).

Em relação aos profissionais identificou-se similaridade nos depoimentos, pois referiram como RSs de territorialização, a divisão de território. Destaca-se que tais representações apareceram apenas nos depoimentos de profissionais do município de Aparecida, como se apresenta a seguir:

Territorialização é justamente a divisão do território para que cada profissional se responsabilize por uma área, permite também que o profissional conheça a população e suas necessidades (Den.VM 1).

Territorialização é a divisão de uma área total do município em áreas menores de acordo com a população abrangente e a partir daí analisa-se a população adscrita naquele local [...] (Méd. VM 3).

Territorialização é a divisão do território para que os profissionais conheçam melhor a população (Méd. PA 13).

Territorialização é a divisão do território para facilitar a compreensão do que acontece em cada uma dessas áreas, por exemplo, se existem muitas crianças, idosos, gestantes, diabéticos, enfim, pontos ruins, pontos positivos de cada área do território, isso facilita a elaboração de estratégias para cada problema identificado (ASB PA 14).

Compreendo que na territorialização o território dividido, cada área dessa divisão é dada para uma pessoa se responsabilizar [...] (TE PA 16).

Territorialização, penso que seja a divisão do território para definir o perfil dos usuários (ACS PA 19).

Nas falas dos participantes, a territorialização aparece com o significado de divisão do território. Para os participantes, a divisão territorial é uma ação que possibilita o conhecimento da área de atuação, as condições de vida da população que ali habita e suas necessidades, bem como as condições de vulnerabilidades.

A territorialização pode ser compreendida como resultado da “necessidade” de estruturação dos territórios de atuação dos serviços de saúde do SUS. Pode ser utilizada como ferramenta de trabalho, para o planejamento, elaboração de territórios de atuação dos serviços de atenção primária no município (MONKEN; GONDIN, 2008).

Para Raffestin (1993), a territorialização pode ser entendida como apropriação do espaço por diferentes atores sociais e suas distintas territorialidades. Trata-se de um processo representado pelas relações sociais que se projetam (territorializando) no espaço. Assim, o território não é algo parado, ele é vivo, está em permanente desconstrução, construção e reconstrução. Portanto, as territorialidades e a territorialização não são estanques, elas se modificam com certa frequência conforme as condições históricas, culturais e sociais.

Quando os participantes dizem que, a partir da divisão territorial é necessário conhecer suas especificidades, subentende aproximar-se do território para delinear-lo, conhecendo as especificidades que podem contribuir ou não para a efetivação da política de saúde, da ESF e seus serviços. Nesse sentido, Faria (2012) afirma que

A proposta da territorialização dos serviços de saúde é também tomada como uma forma de redesenhar o sistema de saúde brasileiro a partir de uma estrutura territorial definida. Sob influência e ação do Estado, o sistema de saúde vai se inscrevendo no espaço, territorializando-o e formando uma verdadeira rede de serviços com uma “perfeita” racionalidade territorial. Essa foi a forma encontrada, sobretudo a partir do município, para tornar o sistema acessível, universal e equitativo. Impulsionada pela política oficial do Estado, o território municipal passou a ser esquadrinhado ou territorializado pelos serviços de saúde (FARIA, 2012, p, 67).

A territorialização em saúde, especificamente a das unidades da ESF, se estabelece por meio de regras e procedimentos regulares. Uma das primeiras providências ao se implantar uma unidade de ESF é a definição do território onde a unidade de ESF será implantada (BRASIL, 2001b).

De acordo com Faria (2012), a forma como está sendo feita a divisão das unidades de ESF, pautada na quantidade de pessoas, de certa forma acaba engessando qualquer proposta da gestão territorial dos serviços de atenção básica à saúde. Afirma que a forma como vem sendo pensada essa divisão, primeiro a adscrição da população e depois a definição do território, é um elemento dificultador, pois o primeiro a ser analisado deve ser o território, considerando suas condições geográficas, aquelas que podem contribuir para a efetivação dos serviços, como, por exemplo, a localização, o distanciamento, elementos dificultadores que influenciam a acessibilidade da população aos serviços de saúde. Para o mesmo autor, após a análise territorial, deve-se realizar o estudo detalhado sobre o perfil da população e a partir daí escolher as intervenções que atendam às necessidades daquela população.

Assim, acredita-se que a efetivação dos serviços da ESF, por exemplo, a partir do cadastramento, só ocorrerá depois que o território for dividido, embora o número de famílias a ser atendido acaba sendo um condicionante e impondo-se como um fator determinante.

O segundo subtema dessa Unidade Temática, **Área delimitada**, foi referenciado pelos profissionais do estudo a respeito da territorialização, como se observa inicialmente nos depoimentos dos profissionais do município de Aparecida a seguir.

Vejo como uma área delimitada [...] para organizar nossos serviços (Enf. VM 2).

Territorialização é uma área delimitada e tudo que se encontra dentro dela é a divisão do território em áreas menores, é que se encontra sob a responsabilidade da equipe de saúde (Enf. PA 12).

Tais representações também foram observadas nos depoimentos dos profissionais de Guaratinguetá.

Territorialização é a delimitação da área de atuação do serviço (Enf. VA 22).

Para mim a territorialização é todo o espaço geográfico delimitado para atuação dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ACS VA 26).

Territorialização é a divisão, a delimitação geográfica de um território para que possamos conhecer o local que iremos trabalhar e a população que iremos atender (ACS SM 41).

O termo território é originário do latim “territorium”, era utilizado para definir uma área delimitada por fronteiras, terra sob jurisdição (DICIO, 2021).

Saquet e Silva afirmam que é importante considerar que o território não é apenas uma área delimitada, sendo constituído por relações de poder do Estado, conforme se entende na geografia. Nas palavras dos autores,

estariamos desconsiderando diferentes formas de enfocar o seu uso, as quais não engessam a sua compreensão, mas a torna mais complexa por envolver uma análise que leva em consideração muitos atores e muitas relações sociais. Assim, o território pode ser considerado como delimitado, construído e desconstruído por relações de poder que envolvem uma gama muito grande de atores que territorializam suas ações com o passar do tempo. No entanto, a delimitação pode não ocorrer de maneira precisa, pode ser irregular e mudar historicamente, bem como acontecer uma diversificação das relações sociais num jogo de poder cada vez mais complexo (SAQUET; SILVA, 2008, p.8-9).

Rodrigues *et al* (2015) afirmam que o termo território, embora seja utilizado pela área da Geografia, não é exclusivo dessa área. Para os autores, o termo território é utilizado pelo senso comum, e dessa forma, infere-se que tais significações vão ao encontro das definições de RSs apresentadas por Moscovici (2003), uma vez que utiliza o termo senso comum compartilhado pela sociedade para definir RSs.

Os mesmos autores consideram que o conceito de território é utilizado por diversas ciências para designar uma área delimitada sob posse de uma pessoa, comunidade, animais e, ainda, para organização de uma instituição. Percebe-se que existem vários sentidos atribuídos ao termo território, mas todos comungam da ideia

de apropriação de uma parcela geográfica por uma pessoa ou pela sociedade em geral. Evidencia-se a empregabilidade do termo território “na política (referente ao Estado Nação), na biologia (área de vivência de uma espécie animal), na psicologia (ações de animais ou indivíduos para a defesa de um espaço)” (RODRIGUES *et al*, 2015, p. 88).

Saquet e Sposito (2009, p. 287) afirmam que o território não se resume apenas a uma área delimitada, o território é muito mais. De acordo com os autores, as pessoas que circulam nos territórios possuem mais do que apenas a posse de uma área, possuem “laços com aquele espaço, o meio e a paisagem. Isso é o que também ocorre nas áreas de implantação de novas territorialidades”.

Percebe-se que na prática as equipes da ESF atuam nas áreas delimitadas com a finalidade de mapear, dentro delas, áreas favoráveis e desfavoráveis para promoção da saúde, identificando áreas de risco e famílias em situação de vulnerabilidade.

A territorialização preconizada pelo SUS supõe organização do processo de trabalho dos profissionais da ESF nos territórios. A territorialização permite o reconhecimento do território, isto é, da área adscrita a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo considerada uma ferramenta essencial para a caracterização da população bem como seus problemas de saúde para elaboração de estratégias que atendam às necessidades locais. Destaca-se que para os participantes, as RSs sobre a territorialização também sinalizam ao processo de **Organização e mudanças**, terceiro subtema dessa unidade temática.

Vale destacar que, além dos significados divisão e identificação de problemas apresentados anteriormente, nesse capítulo, como RSs da territorialização, nos depoimentos das gestoras dos municípios e de um profissional de Aparecida, foi possível identificar também significados correspondentes à organização, ou seja, para eles a territorialização é também compreendida como ferramenta necessária para organizar os territórios, como se evidencia a seguir.

É a organização de serviço de uma área com população adscrita, permite conhecer e identificar os problemas de saúde e sociais daquele território, a partir desse reconhecimento conseguimos mudar muitas coisas (SS1 A).

[...] facilita a organização de um dado território, a elaboração e implementação de medidas de promoção e prevenção à saúde da população adstrita (SS2 G).

Então, para mim territorialização é uma forma de organizar o território em diferentes áreas, a territorialização é o mapeamento, é conhecer o território que iremos atuar (Méd. VM 3).

A organização como processo de mudanças foi também evidenciada nos depoimentos de profissionais de ambos os municípios, tal como apresentado a seguir:

Entendo que territorialização significa mais organização, conhecer de perto o local que iremos trabalhar, só assim conseguimos modificar o que é ruim para saúde (ASB VM 4).

Territorialização é organizar o serviço de acordo com o território e as necessidades da população [...] (TE VM 6).

Territorialização, eu acho que é a organização da área que a gente vai atuar, mas, é difícil, viu, essa divisão e essa organização (ACS VM 8).

É uma ação realizada para organizar o território, mas, a meu ver, não basta fazer uma única territorialização, eu acho que deve ser feita de tempos em tempos para saber se mudou alguma coisa; quando a gente faz a territorialização a gente conhece o local onde vamos trabalhar e as pessoas que vamos lidar e, ainda, com nossas atividades e palestras muitas vezes conseguimos modificar os hábitos das pessoas (ACS VM 9).

Eu concordo com os colegas, para mim a territorialização é uma maneira de organizar um território ou uma área e propor mudanças (ACS VM 10).

Quando ouço dizer territorialização, eu penso em uma melhor organização do território para atender a população sob nossa responsabilidade, ao meu ver por meio da territorialização o território e os serviços implantados nele ficam mais organizados (ACS PA 18).

Territorialização é organização do território e das pessoas, também, porque quando o território é dividido, as pessoas também são, cada território deve atender um número de pessoas (ACS PA 20).

No meu entendimento, territorialização é o espaço humano de atuação organizada (Méd. PA 13).

No meu ponto de vista, territorialização é organização e planejamento de uma determinada área ou território (TE PA 15).

No município de Guaratinguetá, observou-se a mesma representatividade nos depoimentos de apenas 01 profissional, como se mostra a seguir:

Territorialização para mim é toda área geográfica atendida pela estratégia de saúde da família, é uma ferramenta de organização de mudanças (ACS VA 29).

Para Faria (2012), a territorialização é processo de organização das políticas, aquelas relacionadas à atenção primária no âmbito do SUS. A territorialização em saúde corresponde aos processos de mudanças, pois encontra-se intimamente relacionada com um modo de organização dos serviços de atenção primária no interior de um município. O autor complementa dizendo que tais mudanças e processos organizacionais trazem resultados positivos, como, por exemplo, a maior preocupação com as desigualdades socioterritoriais em saúde, mas, o autor manifesta preocupação, sobretudo com a interpretação simplificada do processo de territorialização, e complementa que se trata de um processo que deve ser revisitado com periodicidade.

Os pensamentos de Monken (2003) contribuem para essa discussão, ao afirmar que a política de territorialização é uma proposta utilizada para organização dos serviços do sistema de saúde no território. A territorialização pode ser compreendida como a criação de territórios para a implantação dos serviços de saúde no interior de um município. É uma prática intrínseca nas propostas do SUS, especificamente na ESF, Cidades Saudáveis, Vigilância Ambiental em Saúde, entre outros. De acordo com o mesmo autor a territorialização deve estar presente em todos os serviços que possuem relação com a atenção primária à Saúde (MONKEN, 2003).

No campo da saúde, a territorialização comumente é tratada como uma técnica ou forma de organizar os serviços de saúde nos municípios. A esse respeito Faria (2012) afirma que o conceito de territorialização, propriamente dito, é pouco discutido como base teórica que o fundamenta.

Nesse sentido, Raffestin (1993) afirma que a territorialização deve ser compreendida como lógica da apropriação do espaço por diferentes atores sociais, um processo que resulta das relações sociais que acontecem nos diferentes espaços e tempos determinados e que, em certa medida, dão existência e vida ao território. De acordo com o autor, o processo de territorialização se configura em meio às relações sociais que se projetam (territorializam), no espaço. Complementa-se que o território se modifica e ao longo dos tempos se constroem e se reconstroem; e assim, a territorialização também se modifica conforme as condições históricas e sociais.

Faria (2012) complementa que

O debate da territorialização da saúde deve incluir o estudo desses processos. Afinal, o que se está territorializando hoje (os serviços de saúde) pode ser desterritorializado amanhã. Não se está aqui justificando o estudo da tríade territorialização-desterritorialização-reterritorialização (TDR), mas que o uso da expressão territorialização exige pensar nos processos sociais que o anima, o que, por sua vez, exige considerar o seu caráter transitório e efêmero (FARIA, 2012, p.64).

Conhecimento, quarto subtema dessa unidade temática, foi expresso por vários profissionais como RSs a respeito da territorialização. Para os participantes, territorializar significa identificar nos territórios suas especificidades, tais como os aspectos históricos, culturais e sociais, bem como as necessidades dos moradores. Infere-se que conhecer representa para os profissionais entender, compreender e, sobretudo, apreender algo por meio de suas práticas profissionais nos territórios.

A seguir, apresenta-se os significados atribuídos pelos profissionais de Aparecida, e enfatiza-se que o significado conhecimento aparece acompanhado da ideia de organização nos depoimentos de 02 profissionais.

Territorialização para mim é conhecer o bairro, o território onde atuamos, para conseguir organizar os serviços, as campanhas, os atendimentos de acordo com o que a população necessita, desde os problemas mais grave aos de menor complexidade (Dent. PA 11).

Territorialização é conhecer o território onde atuamos em todos os aspectos sociais, econômicos, culturais, as disputas, os líderes, para ter uma visão global e assim conseguir organizar (ACS PA 17).

No município de Guaratinguetá, identificou-se também similaridades nos depoimentos de 07 participantes, porém, ressalta-se que nos depoimentos de 03 profissionais o significado de territorialização também apareceu com o sentido duplo de “conhecer” e “organizar”, como se evidencia **(TE VA 24; ACS VA 25; ACS VA 27)** a seguir:

Territorialização para mim é conhecer, organizar o território de acordo com as necessidades encontradas (TE VA 24).

Entendo que a territorialização é uma atividade realizada para conhecer o território, aí depois nós podemos organizar as atividades [...] (ACS VA 25).

A territorialização é a organização que é feita no território que iremos atuar e, nós, agentes comunitários de saúde precisamos compreender toda a área que iremos trabalhar, como são as pessoas, cada um com suas particularidades [...] (ACS VA 27).

Territorialização é conhecer o território no seu todo, as famílias, as pessoas, os grupos, as doenças mais comuns naquela área, para se ter um controle daquilo que acontece em um determinado local (ACS VA 28).

Territorialização é conhecer as diferenças da área que nós vamos atuar, infraestrutura, o saneamento, o transporte, as pessoas que moram naquela área, os grupos, por exemplo, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos; é conhecer de maneira geral tudo que tem ali naquele local, de certa forma a territorialização nos prepara para atuar no território (ACS VA 30).

Territorialização é reconhecer a área geográfica e toda a área a ser trabalhada (ACS SM 37).

Territorialização é o reconhecimento do território que iremos atuar, é também uma ferramenta de organização do território, ou seja, conseguimos avaliar o espaço geográfico, a quantidade de pessoas e famílias, a faixa etária desse grupo, os grupos de crianças, gestantes e doenças crônicas (ACS SM 40).

No interior dos municípios, podem ser identificados vários territórios com especificidades diferenciadas, identificados a partir das condições de vida e saúde da população que também se diversificam. Portanto, considera-se importante que os profissionais identifiquem previamente os fatores que podem contribuir para atuação em *locus*. Nesse sentido Faria (2012, p. 61) afirma que

O processo de reconhecimento desses territórios se daria pelo levantamento de dados e sua interpolação, sobretudo com mapas temáticos. Assim feito, partindo-se do município, o que aponta uma estratégia descendente de divisão do território, são constituídos hierarquicamente os territórios dos distritos sanitários, áreas de abrangência das unidades de saúde, as microáreas de risco e áreas das famílias. Os limites dos distritos sanitários se confundem com o limite do próprio município e sua constituição permitiria, em primeiro lugar, identificar e reconhecer o território municipal. Os territórios das áreas de abrangência das unidades de saúde, por sua vez, seriam definidos em função da demanda pelos serviços de saúde no interior do distrito. Em seguida, são constituídos os territórios das microáreas no interior dos territórios das unidades de saúde, definidos a partir das condições de vida e saúde. A partir das informações coletadas nas microáreas, seria possível identificar grupos específicos de famílias, com diferentes condições e necessidade de saúde (FARIA, 2012, p. 61).

Monken (2003) refere que a territorialização em saúde possibilita o reconhecimento dos territórios de atuação e, conseqüentemente, das condições de vida e situação de saúde, para planejamento das intervenções no território e população na medida em que se compreende as suas dinâmicas, suas especificidades, seus problemas e suas potencialidades. A territorialização está alicerçada em conceitos e métodos e subsidia o profissional, pois, por meio dos conhecimentos adquiridos no território o profissional se constitui em sujeito ativo no

processo de organização de seu trabalho com objetivos definidos na elaboração e implementação das práticas assistenciais em saúde nas comunidades.

Nos depoimentos de dois profissionais do município de Guaratinguetá, identificou-se que apenas conhecer o território não é suficiente; na análise dos depoimentos foi possível compreender que são necessárias constantes revisitações nos territórios, pois ele é composto de pessoas com diferentes histórias. Soma-se, ainda, a constante entrada de pessoas nos territórios, o que provoca alterações que devem ser constantemente monitoradas.

Territorialização para mim é conhecer o território onde atuamos em todos os aspectos, sociais, econômicos e culturais; não é um processo fácil, necessita ser constantemente vigiado, pois onde existem pessoas e nada é parado, o território sempre se modifica (Enf. SM 31).

No processo de territorialização deve ser considerado tudo, quem vive ali, suas necessidades, os pontos fracos e fortes daquela região, as áreas de risco; o território é agitado, são muitas pessoas que vivem ali, como já disse, cada um possui uma necessidade diferente, através da territorialização conseguimos ter um panorama de onde iremos trabalhar e traçar as ações que deveremos utilizar dependendo da demanda que identificamos (ACS SM 39).

A esse respeito Faria (2012) diz que reconhecer o território é necessário para que se possa estabelecer os limites de atuação dos profissionais nos serviços de saúde, e possibilita aprendizagem; mas o autor enfatiza que é resultado de um processo histórico e cultural e, como tal, pode se modificar devido à dinamicidade de vida que nele acontece. Tal posição exige reflexões a respeito dos processos sociais responsáveis pelas diferentes configurações territoriais.

Teixeira (2001) considera que o ponto de partida para investigação e planejamento das atividades de vigilância e ações sanitárias é a territorialização dos serviços de saúde local. Para o autor, o reconhecimento, o delineamento do território, as relações e as condições de vida, o ambiente, localização dos equipamentos de saúde e o acesso são elementos que devem ser analisados conjuntamente, pois podem interferir de forma positiva e/ou negativa nas intervenções dos profissionais e, consequentemente, no processo de saúde da população.

Assim, acredita-se que o processo de territorialização é uma ferramenta para ações de vigilância em saúde e planejamento estratégico e situacional, trata-se, portanto, de ações e atividades presentes na área da saúde.

O processo de territorialização da situação de saúde e das condições de vida da população é uma ferramenta técnica importante para a prática de vigilância em saúde, que deve estar ancorada nas estruturas operacionais da Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental a serem utilizadas como base para a organização.

Como se percebe, a territorialização em saúde possui como pressupostos a organização, o conhecimento e a identificação de problemas, entre outros, é uma prática ou técnica reconhecida e já relativamente utilizada no planejamento em saúde, especificamente pelos profissionais que implementam as políticas da Estratégia da Saúde da Família nos territórios.

Ressalta-se que nessa Unidade Temática houve participantes que não emitiram opiniões a respeito da territorialização e esses profissionais pertencem ao município de Guaratinguetá na ESF **SM**, a saber **TE SM 33; TE SM 34; TE SM 35; ACS SM 36; ACS SM 38**.

As RSs sobre a territorialização dos participantes podem ser entendidas como processo de apropriação dos espaços pelos profissionais para oferta dos serviços de atenção primária à saúde. Em termos práticos, a territorialização na ótica dos participantes pode também ser entendida como processo de criação de territórios de atuação, para identificação e resolução de problemas da comunidade.

Esse processo de apropriação em certa medida caracteriza-se como um processo de objetivação dos profissionais, pois os participantes transferiram a subjetividade para objetos exteriores, no caso, o processo de territorialização e suas práticas que passam a compor suas realidades exteriores. Ou seja, por meio dos relatos dos profissionais é possível perceber que o trabalho deles é capaz de alterar a natureza exterior, se materializa em objetos.

8.2.7.2 Análise comparativa a respeito da territorialização

A partir dos depoimentos das gestoras municipais foi possível compreender que a territorialização representa a divisão de um dado território em áreas menores, permitindo o melhor reconhecimento e aproximação com os moradores do território que irão atuar, e ainda, com as questões relacionadas ao processo saúde doença para elaboração e implantação de ações em vista da qualidade de vida da população. Significados correspondentes foram identificados nos depoimentos de profissionais no município de Aparecida, na ESF da **VM**, 01 dentista e 01 Médico fizeram menção a estes significados similares; na ESF da **PA** esses significados apareceram nos depoimentos de 01 Médico, 01 ASB, 01 Técnico em enfermagem e 01 ACS. Destaca-se que no município de Guaratinguetá essa representatividade não foi identificada.

No município de Aparecida 01 Enfermeiro da ESF **VM** e 01 Enfermeiro da ESF **PA** referiram que a territorialização representa área delimitada. No município de Guaratinguetá tais representatividades foram identificadas nos depoimentos de 01 enfermeiro e 01 ACS da ESF **VA** e 01 ACS da ESF **SM**.

Foram identificados significados correspondentes à organização nos depoimentos das gestoras de ambos municípios e de 01 Médico da ESF da **VM**, ou seja, para eles a territorialização é compreendida como ferramenta necessária para organizar os territórios. Além disso, a territorialização aparece com significados de organização e processo de mudanças, nos depoimentos de profissionais da ESF **VM**, dentre estes, 01 ASB, 01 Técnico em enfermagem e 03 ACS; na ESF **PA** identificou-se esses significados nos depoimentos de 02 ACS, 01 Médico e 01 Técnico em enfermagem. Em Guaratinguetá essa representatividade foi identificada apenas nos depoimentos de um profissional.

A respeito de territorialização, identificou-se nos depoimentos dos profissionais o significado de conhecimento. Territorializar para os profissionais significa identificar nos territórios suas especificidades, tais como, os aspectos históricos, culturais e sociais e as necessidades dos moradores; isso fica evidenciado nos depoimentos de 02 profissionais da ESF **PA**, sendo 01 Dentista e 01 ACS no município de Aparecida. Em Guaratinguetá, foram identificadas similaridades nas representações de 07 participantes, sendo 04 da ESF da **VA**, 01 Técnico em enfermagem, 04 ACS e na ESF do **SM**, 02 ACS. Enfatiza-se que identificou-se significado com sentidos duplos de

“conhecer” e “organizar” nos depoimentos de 03 participantes (**TE VA 24; ACS VA 25; ACS VA 27**).

Ressalta-se, por fim, que 05 participantes não expressaram significados a respeito da territorialização.

Quadro 27 - Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre Territorialização, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Unidade Temática - Territorialização como proposta para gestão dos serviços de saúde para população				
Aparecida				
Profissionais	Divisão Territorial e identificação de problemas	Área delimitada	Organização e mudanças	Conhecimento
Dentista	1			1
Enfermeiro		2		
Médico	2		2	
ASB	1		1	
Técnico enf	1		2	
ACS	1		5	1
Recep				
Secretária de saúde	1		1	
Guaratinguetá				
Dentista				
Enfermeiro		1		
Médico				
ASB				
Técnico enf				1
ACS		2	1	6
Recep				
Secretária de saúde	1		1	

Fonte: Elaborado pelo autor da tese

8.2.8 Representações Sociais dos profissionais sobre humanização

O discurso sobre a humanização está presente na área da saúde e nos setores que tentam reposicionar o homem como ator que protagoniza suas escolhas e sua relação social. Percebe-se que muito se tem discutido a respeito dessa temática,

principalmente sobre as necessidades dos pacientes e o confronto entre tecnologia e a prática da humanização.

Trata-se de uma ação complexa, uma vez que o paciente e seus familiares não possuem apenas necessidades fisiológicas, mas também biopsicossociais. Assim, abordar o tema em questão é procurar entender e traduzir o significado sobre práticas de saúde, onde as necessidades integrais da pessoa ou da população assistida passam a ser o foco, ao invés da abordagem centrada na doença tornando toda assistência mais humanizada.

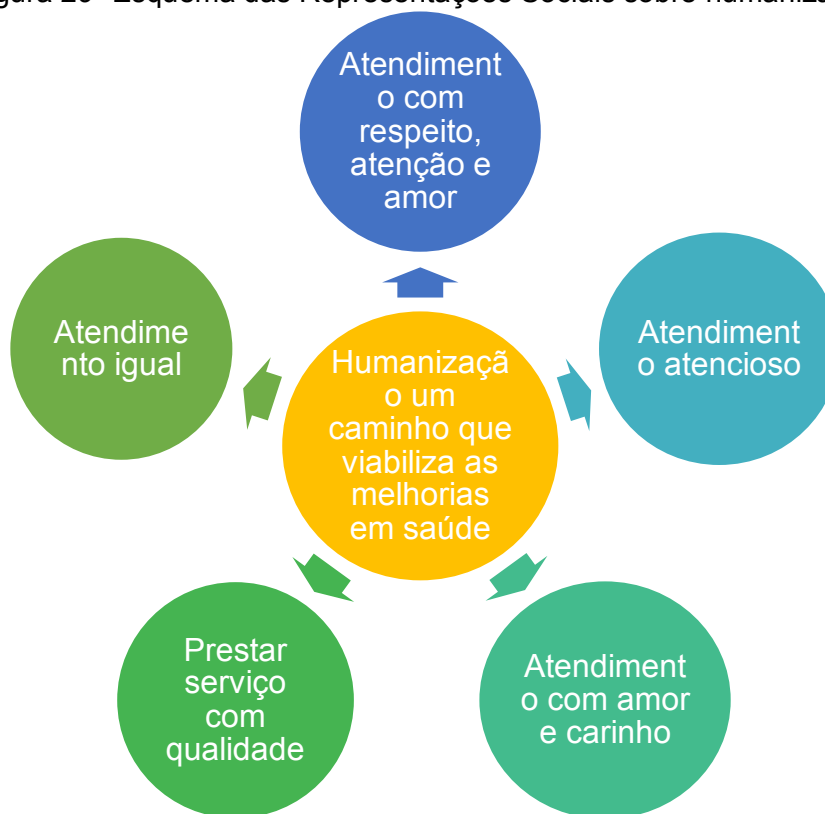
Entende-se que a proposta de humanização da assistência seja um modo de operar os vários processos que se relacionam ao trabalho de uma equipe de saúde, sua relação com os usuários e familiares, a postura de acolhimento e escuta, utilização de recursos tecnológicos, compactuando respostas mais adequadas às necessidades dos usuários de modo a atender a todos os envolvidos nesse processo (BRASIL, 2004).

Deslandes (2004) afirma que a humanização da assistência deve ser vista como um conjunto de diretrizes e princípios que primam pela valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores, administradores e gestores).

Para melhor compreensão sobre a humanização, é importante conhecer os significados atribuídos pelas gestoras e os profissionais dos municípios analisados a respeito da humanização como uma prática necessária para os serviços de saúde. Por isso, considera-se importante evidenciar que a representação social nas ESF é onde se insere a vivência por meio da experiência de cada profissional. Jodelet (2001) contribui dizendo que as RSs se constituem como fenômenos complexos que são ativados, em diferentes espaços da vida social e ambientes de trabalho.

A seguir, apresenta-se de forma esquemática a síntese das RSs a respeito da humanização na ótica dos participantes do estudo.

Figura 29- Esquema das Representações Sociais sobre humanização



Fonte: Elaborado pelo autor

8.2.8.1 Humanização: um caminho que viabiliza as melhorias em saúde

Nessa categoria de estudo, encontra-se retratado os significados (RSs) referidos pelas gestoras e pelos profissionais dos municípios de estudo, a respeito da humanização que, em seus entendimentos, emergem como a Unidade Temática **Humanização, um caminho que viabiliza as melhorias em saúde** e seus subtemas, a saber: **Atendimento com respeito, atenção e amor; Atendimento atencioso; Atendimento com amor e carinho; Prestar serviço com qualidade e Atendimento igual.**

A esse respeito, Moscovici (1978) considera que as RSs devem ser compreendidas como um conjunto de conceitos, proposições e explicações que originam do cotidiano e das comunicações entre as pessoas, entendidas como uma versão contemporânea do senso comum. Ressalta-se que os depoimentos dos

profissionais apresentados a seguir referem-se ao atendimento humanizado nos diferentes espaços a saber: nas unidades de ESF, nos domicílios, escolas etc.

Em relação aos significados a respeito de atendimento humanizado, após análise dos depoimentos, surge o primeiro subtema dessa Unidade Temática, **Atendimento com respeito, atenção e amor** como estrutura das RSs sobre a humanização no atendimento dos moradores das respectivas ESF analisadas nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá, ilustrado a seguir nas falas das gestoras dos municípios:

A humanização no setor da saúde é uma ferramenta muito importante, está relacionada a práticas e recursos voltados para melhoria do relacionamento entre os profissionais e cidadãos. Ao meu ver é necessário que o profissional tenha atenção nas queixas e nos problemas apresentados pelos munícipes, bem como, o respeito. Esses dois elementos “atenção” e “respeito” são ao meu ver os pontos cruciais para uma assistência humanizada [...] (SS1 A).

Humanização parece uma tarefa fácil, existem políticas que tratam desse tema como a política de humanização, mas, ao contrário, trata-se de uma tarefa muito difícil; muitas vezes os profissionais não planejam bem a rotina diária o que pode levar a sobrecarga de serviços dificultando a aproximação entre pares no caso profissional e população, isso acaba ocasionando distanciamento dos problemas e angustias dos munícipes, dessa forma é preciso repensar a prática da humanização, manter aproximação, respeito, carinho e atenção com os moradores; a importância da humanização vem justamente desses pontos “aproximação, carinho, respeito e atenção” (SS2 G).

No conteúdo das respostas dos profissionais do município de Aparecida foram identificadas algumas falas com características similares, como se evidencia a seguir:

Ao meu ver humanizar o atendimento é atender as pessoas que nos procuram com respeito e carinho (Dent. VM 1).

Humanizar (pausa)... é tratar o outro com respeito e dar um atendimento digno a quem precisa (ACS VM 7).

Humanização no meu entendimento é ter respeito e atenção pelas pessoas, eu procuro ouvir as pessoas com atenção, no momento que realizo um atendimento faço o paciente perceber que ele é o foco do meu trabalho (ACS VM 8).

Olha, eu tenho respeito pelas pessoas, eu respeito o limite de cada um, isso para mim já é humanização, respeitar a dor do outro (ACS VM 9).

[...] atendimento respeitoso, precisamos tratar as pessoas como elas merecem, como seres humanos que procuram ajuda, nós estamos ali para isso, temos que esforçar e fazer o nosso melhor (ACS VM 10).

Nós que trabalhamos na área da saúde sempre deparamos com necessidades das pessoas, eu acho que devemos atender com respeito e com amor são vidas que precisam [...] (ACS PA 17).

A seguir, evidencia-se os significados atribuídos pelos profissionais de Guaratinguetá.

Estranho falar de humanização né, para mim quem entra para área da saúde é porque gosta de pessoas, tem que ter respeito e carinho para lidar com as pessoas e resolver os problemas de cada um, é isso tudo que eu faço, é respeito e muito amor (Dent. VA 21).

Humanização é realizar um atendimento com respeito [...] (ACS SM 36).

O cuidar na área da saúde se caracteriza por trabalho de natureza relacional. Exige que os profissionais articulem suas práticas assistenciais considerando os aspectos físicos e biológicos, sem perder de vistas os aspectos subjetivos de cada pessoa. Hudak e Gallo (1997) afirmam que o exercício da prática humanizada exige ética, respeito ao outro, e além disso o acolhimento e reconhecimento dos limites de cada pessoa. Humanizar é fortalecer o comportamento ético, é articular o cuidado técnico-científico com a necessidade de acolher e explorar o imprevisível e o incontrolável.

Zampiere (2001) participa desse debate afirmando que a humanização consiste no respeito à pessoa, considerando as diferenças individuais, e complementa que por meio da prática da humanização é estabelecida uma relação com as pessoas e

uma comunicação expressa por meio de características e gestos individuais, tais como amor, ouvir o que os outros dizem e, sobretudo, perceber aquilo que não é dito.

Assim, em meio às relações, nota-se que a humanização se configura, possui como principal proposta “a dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética e a relação subjetiva entre pacientes e profissionais da saúde” (VAISTSMAN; ANDRADE, 2005, p. 608).

De acordo com o Ministério da Saúde, para praticar a humanização dos serviços de saúde é necessário

incluir todas as dimensões da subjetividade do usuário (psíquicas, familiares, sociais e culturais) já é razoavelmente conhecida e discutida pelo meio médico. Cumpre chamar atenção para a necessidade, de uma segunda inclusão, menos observada, mas tão importante quanto à primeira, a das dimensões idênticas que cercam o profissional de saúde. Do ponto de vista do profissional, considerar essas dimensões permite oferecer a ele melhores condições de enfrentar, o desgaste provocado pelo constante contato com a dor, com o sofrimento e com os limites e dificuldades na realização do seu trabalho. O respeito dos aspectos subjetivos que existem na atividade profissional constitui uma proteção à sua saúde, permitindo-lhe agir de modo menos defensivo, mais espontâneo e próximo as suas carências (BRASIL, 2001c, p. 53).

Atendimento atencioso, segundo subtema dessa Unidade Temática, foi identificado nos depoimentos dos profissionais que atuam na ESF nos municípios analisados como RSs a respeito da humanização. Infere-se que o significado atribuído pelos profissionais envolve não apenas os aspectos técnicos, mas também aspectos na relação afetiva e emocional que estão presentes no processo da humanização, como se evidencia a seguir nos depoimentos dos profissionais do município de Aparecida.

Olha, independente da categoria profissional, nós que trabalhamos na ESF temos que atender os moradores do bairro com atenção, isso é a base de tudo e para o atendimento humanizado (Méd.PA 13).

Ao meu ver, humanizar é dar atenção, fazer um bom acolhimento, ter empatia e manter bom relacionamento com a população (TE PA 16).

Para mim, o atendimento humanizado é aquele que o profissional escuta quem procura por ajuda; ao meu ver ninguém vai no postinho à toa, quem vai lá no postinho é porque está precisando, então é nossa obrigação atender e ouvir a população e tratar (ACS. PA 19).

No Município de Guaratinguetá também foram identificados nas falas dos participantes significados correspondentes a respeito da humanização, ou seja, para os profissionais a humanização é uma prática profissional que se ancora no atendimento atencioso, demonstrado a seguir nos depoimentos dos profissionais:

[...] eu vejo que todos precisam ser atendidos com respeito (TE VA 23).

Humanizar e atender a todos com atenção (ACS VA 25).

Humanizar é ouvir e atender o usuário com atenção, passar as informações necessárias com educação, procurar humanizar acima de tudo ser amigo da população (ACS VA 26).

Para mim, humanizar é oferecer atenção e carinho, é preciso ter bom relacionamento com a comunidade (ACS VA 27).

Nós devemos dar atenção à população, nosso relacionamento deve ser a base do respeito, aliás, o respeito para mim é tudo, é a base para o bom convívio com os pacientes e para humanização (ACS VA 28).

Humanização é o respeito ao próximo, saber acolher o paciente, passar as informações corretas, ter carinho, saber conversar (TE SM 33).

A respeito da atenção, Tanaka (2007, p. 63) afirma que se trata de respostas aos estímulos externos, são características dos seres humanos que estão voltados para sua sobrevivência. A memória e o aparelho sensorial estão relacionados ao aspecto perceptivo para o homem. (TANAKA, 2007, p. 63).

Os discursos dos profissionais levam-nos a inferir que os significados sobre o atendimento humanizado vão além da atenção. Destaca-se que outras significações aparecem nos depoimentos dos profissionais, tais como consideração, saber ouvir as pessoas, acolher, respeito. Tais sentimentos se traduzem na prática dos profissionais,

pois evidenciou-se presente nos discursos sentimentos afetivos e a necessidade de passar as informações de modo claro, atender com educação, sendo humano e, acima de tudo, amigo. Isso nos remete a pensar que em uma das diretrizes da Política de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, representações correspondentes são constatadas, pois um de seus objetivos é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção e saúde, mudança nos modelos de atenção e gestão no processo de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2006c).

A PNH possui como premissa a valorização das relações entre diferentes pessoas e contextos sociais envolvidos no processo de saúde, tais como: os usuários, trabalhadores e gestores; além de estimular a autonomia e o protagonismo desses indivíduos; estimula ainda o aumento do grau de corresponsabilidade, busca compreender as necessidades de saúde da sociedade e a produção de saúde pautar-se no compromisso com a ambiência. De acordo com o Ministério da Saúde, a Ambiência na área da saúde “refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2006c, p.5).

Acredita-se que tais premissas da PNH estão interpostas nos depoimentos dos profissionais que participaram do estudo.

Continuando com a análise dos depoimentos dos profissionais das ESF relacionadas às RSs da humanização, identificou-se que para alguns profissionais a humanização está relacionada ao **Atendimento com amor e carinho**, evidenciado a seguir nos depoimentos dos profissionais do município de Aparecida.

[...] atendimento deve ser realizado com amor, devemos nos interessar e colocar no local do outro como se fosse alguém da nossa família (ASB PA 14).

É atender com amor, fazer tudo com amor, para mim o amor é um sentimento que supera todas as dificuldades (ACS PA 18).

A seguir apresenta-se os significados atribuídos pelos profissionais do município de Guaratinguetá a respeito da humanização.

Humanização para mim é acolher os pacientes com amor e carinho, fazer as coisas com amor, sempre ter amor em tudo que iremos fazer ao próximo, respeitando-o e sendo claro no atendimento (TE SM 34).

De certa forma cuidar significa atender a todos com amor [...], fazer tudo com carinho ao próximo, respeitar e procurar oferecer um bom serviço para população (ACS SM 39).

Humanização é um atendimento prestado com amor, ou seja, mostrar ao paciente que você está interessado no seu problema de saúde e que vai encontrar uma solução, mostrar que você se interessa pelo outro, isso é uma forma de humanização (ACS SM 40).

Para os profissionais, o sentimento amor se relaciona com as RSs da humanização e deve estar presente no atendimento dispensado à população; para eles o amor é uma estratégia de humanização da assistência. Nos depoimentos dos profissionais, identificou-se também que o atendimento para eles se revela como atendimento interessado no problema da população, além do respeito ao próximo como alguém da família.

Mendonça (2006) afirma que a dimensão humanista pode ser encontrada nas obras freirianas e se atribui ao fato da permanente busca pela humanização pelos seres humanos. De acordo com o autor, esse pensamento leva a acreditar que as pessoas têm a vocação ontológica para cada vez mais serem humanos. Com essa crença, é possível perceber a subjetividade que permeia a relação sujeito e mundo. Assim, infere-se que o amor é o fio condutor para a verdadeira transformação social da realidade.

Na prática, observa-se que existe preocupação na distinção entre os seres humanos e os animais, justamente pela capacidade de estabelecer diálogo, manter relações e interagir “e por isso não apenas viverem, mas existirem, diferentemente daqueles que apenas vivem, pois, ao contrário dos humanos, estabelecem apenas contato, isto é, são seres de adaptação, ajustamento” (MENDONÇA, 2006, p. 48).

A esse respeito, Paulo Freire afirma que os contatos em certa medida demonstram o

modo de ser próprio da esfera animal, implicam, ao contrário das relações, em respostas singulares, reflexas e não reflexivas e culturalmente inconsequentes. Deles resulta a acomodação, não a integração. Portanto, enquanto o animal é essencialmente um ser da acomodação e do ajustamento, o homem o é da integração. A sua grande luta vem sendo, através dos tempos, a de superar os fatores que o fazem acomodado ou ajustado. É a luta por sua humanização, ameaçada constantemente pela opressão que o esmaga, quase sempre até sendo feita — e isso é o mais doloroso — em nome de sua própria libertação (FREIRE, 2003, p. 42).

Nos depoimentos dos participantes a humanização representa vínculo, pois emerge a partir das relações que se estabelecem entre os pares relacionais e são expressas por sentimentos de amor. A esse respeito, Ewald e Soares (2007) afirmam que toda representação do sujeito em certa medida é uma representação de vínculo social que se consolida, além disso o social se inicia no indivíduo.

A qualidade foi também identificada nos depoimentos dos profissionais do estudo como representação social a respeito da humanização. Assim, a partir das falas dos profissionais, surge o terceiro subtema, **Prestar serviço com qualidade**.

A seguir serão apresentados os depoimentos dos profissionais de Aparecida, cujos significados de qualidade foram identificados nas falas como elemento da humanização.

Humanizar a assistência em saúde para mim é saber o que está se fazendo para que tudo saia com qualidade, a qualidade é para mim a essência do trabalho (Enf. VM 2).

[...] eu entendo que uma assistência de forma humanizada depende das habilidades do fazer profissional (né?) [...] ele precisa ter uma visão ampliada do quadro de saúde do paciente (Méd. VM 3).

Humanizar é dar atendimento de qualidade a todos que nos procuram; a qualidade que eu falo é resolver os problemas de saúde dos moradores da área que atendemos o mais rápido possível, às vezes falta recurso, mas temos que ter criatividade e jogo de cintura (ASB VM 4).

De acordo com Deslandes (2004), o termo humanização é constantemente utilizado no campo da saúde, é considerada a base de iniciativas, porém, a autora afirma que ainda não se tem uma definição clara a respeito da humanização, sendo comumente utilizada para demonstrar e valorizar a qualidade da assistência do cuidado do ponto de vista técnico, além de indicar o reconhecimento dos direitos da população, sua subjetividade e cultura, bem como dos profissionais.

A respeito da qualidade no campo da saúde Resende (2007) afirma que

tem como principais indicadores, além de aspectos pertinentes ao desempenho dos serviços, a satisfação dos usuários e dos seus trabalhadores. Desse modo, a qualidade em saúde passa pelo necessário desafio de equilibrar a tensão existente entre o conceito amplo multidimensional de valorização da vida, o aperfeiçoamento técnico científico dos profissionais de saúde, desenvolvimento tecnológico e uso racional dos recursos (RESENDE, 2007, p. 50).

Já é consenso nas práticas da atenção básica que qualidade em saúde pode abranger desde um caloroso acolhimento e um sorriso no momento de procura pelo serviço de saúde, até a disponibilização de recursos diagnósticos e terapêuticos resolutivos em tempo preciso (BRASIL, 2006c).

Perante o “SUS”, toda pessoa é igual e deve ser atendida de acordo com suas necessidades. Mediante a análise dos depoimentos dos participantes nota-se presente o sentimento de igualdade, porém é possível perceber que além de oferecer os mesmos serviços a toda população como um direito, o atendimento deve satisfazer as especificidades de cada indivíduo. Dessa forma, emerge o quarto subtema **Atendimento igual** para todos como RSs da humanização. Inicialmente apresenta-se os significados atribuídos pelos profissionais de Aparecida.

[...] é saber acolher o paciente, fazer o atendimento de forma igual para todo mundo, se tiver que priorizar alguém, que seja de acordo com a necessidade de cada um [...] (TE VM 6).

Humanizar é atender a todos igualmente (Dent. PA 11).

Humanização significa olhar os pacientes de forma ampla, procura atender todo mundo da mesma forma, para mim todo mundo é igual, mas tem necessidade diferente (Enf. PA 12).

Os discursos a seguir referem-se aos significados atribuídos pelos profissionais do município de Guaratinguetá a respeito da humanização.

Eu procuro atender todos da mesma forma, tento dar amor, carinho, atenção [...] (TE SM 35).

A humanização é dar o atendimento que o paciente precisa, tudo que faço para um eu faço para o outro, não priorizo as pessoas a não ser que de fato precise ser priorizado (ACS SM 37).

Eu penso igual aos colegas, para mim a humanização é oferecer atendimento para todo mundo de forma igual, procurar atender as necessidades de cada pessoa de maneira única [...] (ACS SM 38).

O subtema “atendimento igual” apareceu nos depoimentos dos profissionais e correspondem à coerência do senso comum sobre o que é atendimento humanizado, traduzido por meio do princípio que fundamenta o SUS, a “equidade”.

De acordo com pensamentos de Oliveira e Werba (2002), os Universos Reificados são mundos restritos onde as ciências circulam, com a objetividade ou as teorizações abstratas, onde a sociedade pode ser compreendida como um sistema, ao qual cada um possui diferentes papéis e pertencem a diferentes classes, ou seja, os membros não são desiguais.

No que se refere à equidade na atenção à saúde, não deve se ancorar apenas na oferta de serviços de saúde igualitário a toda sociedade, mas, sim vem reafirmar e garantir a necessidade de respeito às diferenças entre as pessoas, além de primar para que todas as necessidades específicas e individuais sejam atendidas em sua totalidade. Compreende-se a equidade na saúde como garantia do direito à saúde de cada segmento da população em território brasileiro, segundo suas especificidades. Nesse estudo, identificou-se nos depoimentos dos profissionais que o atendimento humanizado requer assistência igualitária e, sobretudo, para aqueles que, por

diversos motivos, encontram-se em situação de vulnerabilidade, a exemplo dos portadores de doenças crônicas, idosos, acamados deficientes, dentre outros.

Para Campos (2006, p. 23), a “equidade se refere à capacidade de estabelecer julgamento e tratamento conforme a singularidade de cada situação”. Nos princípios da reforma da área da saúde, existe a necessidade de alcançar a equidade em especial nos serviços de atenção básica de saúde, com reflexos positivos para qualidade de vida e da saúde nos aspectos individuais e coletivos das pessoas.

Ainda sobre a humanização, Gontijo (2012) afirma que:

É importante enfatizar que a Humanização de Assistência à saúde é apresentada como um processo de construção de um conceito, e que os profissionais da saúde estão descobrindo, e procurando concretizar essa nova proposta do trabalho em saúde. Essa descoberta acontece num processo de evolução pessoal e profissional como parte do desenvolvimento humano, nas relações entre profissionais, na interação de profissionais e Instituição e no atendimento aos usuários (GONTIJO, 2012, p. 13).

Chernicharo, Freitas e Ferreira (2013, p. 830) participam dessa discussão afirmando que a

humanização passa tanto por questões de caráter objetivo (gestão, mudança nas práticas e comportamentos) como de caráter subjetivo (empatia, relações profissional-cliente e questões emotivas), o que indica que a humanização tem uma vertente mais ampla, que atravessa de forma mais geral os grupos sociais, e uma vertente mais restrita, que responde aos contextos situacionais das vivências cotidianas dos sujeitos. Conclui-se que a humanização do cuidado tem estreita relação com o binômio saúde e sociedade, entendendo sociedade como o contexto no qual se inserem os sujeitos que participam do processo da saúde, como expressão das políticas e objeto mesmo a ser buscado como condição digna de vida.

Para o alcance das metas desejadas de atendimento mais igualitário e de qualidade, as políticas e os sistemas públicos de saúde devem considerar a existência

de diferenças nas condições de vida e sanitárias das pessoas. A partir dessas condições, busca-se desenvolver ações para eliminar ou, ao menos, reduzir ao mínimo possível as diferenças desnecessárias, que, muitas vezes, são evitáveis e injustas, e implementar ações e serviços de saúde em função das necessidades da população (OGUISSO; ZOBOLI, 2006).

Diante do exposto, a respeito da humanização, percebe-se que as discussões são complexas, exigindo mais atenção por parte dos envolvidos. “Apesar da polissemia do conceito de humanização da assistência e da amplitude possível das práticas que se auto intitulam como “humanizadoras, [...] pode propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada”, na área da saúde e para a efetivação dos serviços de saúde propostos pelo SUS, em especial na ESF (DESLANDES, 2004, p. 13).

Os elementos constitutivos das concepções dos profissionais a respeito da humanização correspondem tanto às questões de caráter subjetivo (empatia, respeito, atenção, amor, carinho construído em meio às relações profissional-usuário), como objetivo (gestão, mudança, especificamente quando os profissionais atribuem significados como a qualidade e atendimento igualitário), o que indica que a humanização é referida por uma vertente mais ampla que atravessa outra vertente mais restrita, que responde aos contextos situacionais das vivências cotidianas dos sujeitos e aos grupos sociais.

Dessa forma, observa-se que o fator humano emerge como principal qualidade para o processo da humanização nos ambientes de saúde. Portanto, torna-se necessário que haja mais investimentos no preparo de profissionais para que suas abordagens sejam mais humanas e menos protocolares, que em nada facilita a aproximação do usuário e dificulta a criação de vínculos e relação de confiança, condição essencial para que se avance na implantação da PNH.

Percebe-se que esse grupo de profissionais utilizaram os processos de objetivação e ancoragem, para representar um universo dotado de crenças, opiniões, imagens, valores e atitudes comuns partilhadas, ou seja, um universo que em certa medida é consensual para esses indivíduos que o compõem. Moscovici (2011) chama esse universo de universo do senso comum, que, para o autor, é formado por meio

de um complexo jogo de transformações de esquemas com a finalidade de integrar uma nova imagem e externalização das RSs.

8.2.8.2 Análise comparativa a respeito da humanização

A partir da análise dos depoimentos das gestoras e dos profissionais dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá, de maneira geral identificou-se que o atendimento humanizado, para eles, é atender com respeito, atenção, amor e carinho, e também, qualidade e igualdade para todos os moradores.

Ressalta-se que, no entendimento das gestoras de ambos municípios, a humanização representa atendimento com respeito, atenção e amor. Identificou-se similaridade nas falas de 06 profissionais do município de Aparecida, e dentre estes, 05 pertencem à ESF **VM**, sendo 01 Dentista e 4 ACS e 01 ACS na ESF da **PA**. Já no município de Guaratinguetá, 01 Dentista da ESF da **VA** e 01 ACS da ESF do **SM** apresentaram as mesmas representações.

Atendimento atencioso foi outra representação identificada nos depoimentos de 03 profissionais da ESF da PA, sendo 01 Médico, 01 Técnico em enfermagem e 01 ACS no município de Aparecida. Em Guaratinguetá, destaca-se que 06 profissionais expressaram significados correspondentes, e dentre estes, 05 pertencem à ESF **VA**, sendo 01 Técnico em enfermagem e 04 ACS, e já na ESF **SM** 01 Técnico em enfermagem.

No quesito atendimento com amor e carinho, 02 ACS do município de Aparecida da ESF da **PA** fizeram menção a esse significado, e em Guaratinguetá 03 profissionais da ESF **SM**, sendo 01 Técnico em enfermagem e 02 ACS que também o fizeram.

Prestar serviço com qualidade foi identificado nos depoimentos de 01 Enfermeiro, 01 Médico e 01 ASB da ESF **VM** do município de Aparecida, e em Guaratinguetá não identificou-se tal representação.

Atendimento igual foi identificado nos depoimentos dos profissionais como RS a respeito da humanização. No município de Aparecida, 01 Técnico em enfermagem

da ESF da **VM** e 01 Dentista e 01 Enfermeiro da ESF da **PA** trouxeram tal representação. Em Guaratinguetá, 03 profissionais da ESF **SM** apresentaram depoimentos similares a esses, 1 Técnico em enfermagem e 02 ACS.

Destaca-se que houve certa equalização em relação aos significados identificados nos depoimentos dos profissionais a respeito da humanização em ambos municípios e nas diferentes ESFs, com exceção do subtema qualidade, identificado apenas em uma ESF no Município de Aparecida, e em nenhuma em Guaratinguetá.

Ressalta-se, por fim, que de todos os profissionais, 07 não expressaram sua visão a respeito da humanização mesmo sendo instigados a fazê-lo.

A seguir apresenta um Quadro síntese com as respostas dos participantes de acordo com os subtemas a respeito da Humanização.

Quadro 28- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre a Humanização, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Unidade Temática - Humanização: um caminho que viabiliza as melhorias em saúde					
Aparecida					
Profissionais	Atendimento com respeito atenção e amor	Atendimento atencioso	Atendimento com amor e carinho	Prestar serviço com qualidade	Atendimento igual
Dentista	1				1
Enfermeiro				1	1
Médico		1		1	
ASB				1	
Técnico enf		1			2
ACS	5	1	2		2
Recep					
Secretária de saúde	1				
Guaratinguetá					
Dentista	1				
Enfermeiro					
Médico					
ASB					
Técnico enf		2	1		
ACS	1	4	2		
Recep					

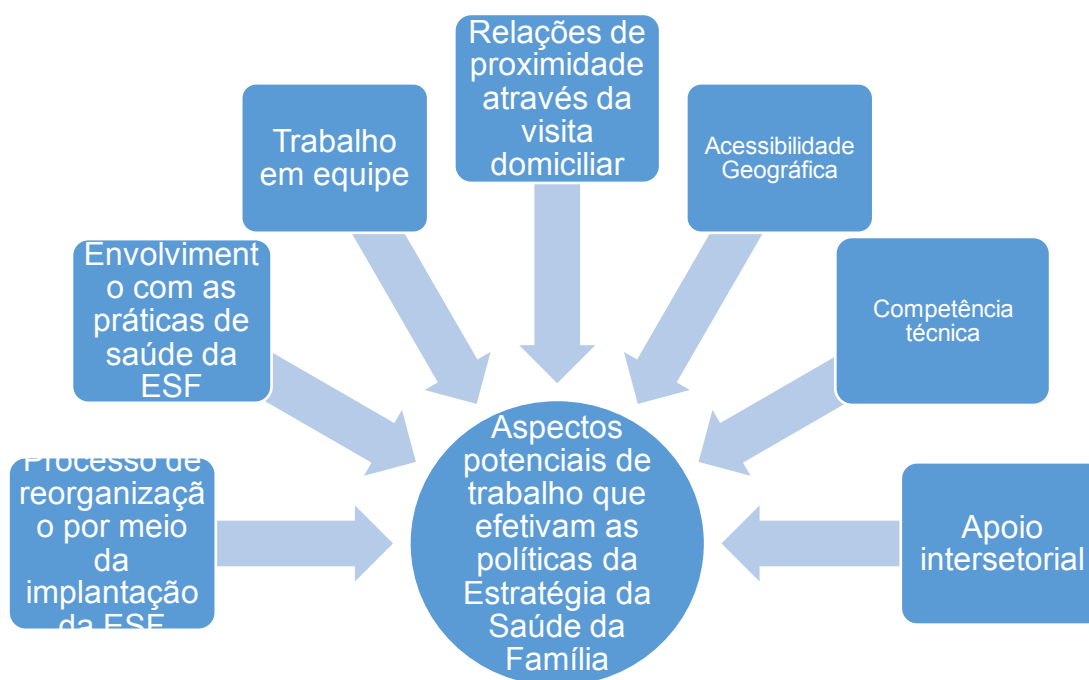
Secretária de saúde	1				

Fonte: elaborado pelo autor da tese

8.2.9 Representações Sociais dos profissionais sobre os aspectos potenciais da Estratégia de Saúde da Família

Esse capítulo destina-se a apresentar as RSs relacionadas aos aspectos potenciais referenciados pelos participantes para efetivação da ESF nos municípios do estudo. De acordo com a análise dos depoimentos dos participantes o potencial se relaciona à estruturação dos serviços da ESF e por um conjunto de qualidades específicas dos seres humanos, e assim, alguns termos apareceram com maior frequência nos depoimentos: localização, condições econômicas, capacidade, desempenho, comprometimento, qualificação, boa vontade, conquista, disposição, proximidade. Destaca-se que, a partir dessas significações, emergiu a Unidade Temática e seus respectivos subtemas que serão referidos após sua apresentação de esquemática a seguir.

Figura 30 - Esquema das Representações Sociais a respeito de aspectos potenciais de efetivação das políticas da ESF.



Fonte: Elaborado pelo autor

8.2.9.1 Aspectos potenciais de trabalho que efetivam as políticas da Estratégia da Saúde da Família

A partir da análise dos depoimentos dos participantes identificou-se a Unidade Temática **Aspectos potenciais de trabalho que efetivam as políticas da Estratégia da Saúde da Família** e seus subtemas: **Processo de reorganização por meio da implantação da ESF; Envolvimento com as práticas de saúde da ESF; Trabalho em equipe; Relações de proximidade através da visita domiciliar; Acessibilidade Geográfica; Competência técnica; Apoio intersetorial**. Após a análise dos depoimentos dos participantes foi possível identificar o envolvimento dos profissionais com os serviços que realizam na ESF para a população.

Em relação aos significados a respeito dos potenciais de trabalho dos profissionais da ESF, identificou-se que um grupo de participantes compreende o **Processo de reorganização por meio da implantação da ESF** como RSs que potencializam as políticas da ESF no município em que trabalham, tal como aparecem nos recortes das falas de um profissional de Aparecida.

Vou contar uma coisa, eu já passei por várias ESF, sou uma das enfermeiras mais antigas no município (risos). Não me lembro muito bem, mas sei que a ESF da PA é a mais nova do município; ao meu ver foi um ganho muito grande a implantação desse serviço para o município, para nós profissionais e para os moradores, pois melhorou muito o atendimento; embora o bairro PA fique localizado no centro não havia um local certo para acolher os moradores do bairro. Eu sou moradora aqui do bairro, todos quando precisávamos, tínhamos que procurar o posto de saúde do centro e para isso percorríamos uma distância grande para consulta, exames, além disso, lá eles atendiam muitas pessoas, rolava um estresse. Então, ao meu ver, foi um ganho para todos, tanto para o município, quanto para os profissionais e, sobretudo, para nós que somos moradores desse território de cobertura. Apesar das melhorias já alcançadas, temos que melhorar cada dia mais, é um eterno aprendizado e difícil também viu (Méd. PA 13).

De acordo com os depoimentos do profissional da ESF da PA do município de Aparecida, evidencia-se a importância da ESF para os moradores de um determinado

território, pois a aproximação com a população permite levantar, identificar e debater questões relativas aos problemas de saúde da população local.

A implantação de uma ESF é um desafio de intenso conhecimento do novo, pela busca de como se fazer, portanto, devem considerar as mudanças que devem ser realizadas com a experiência de práticas de saúde já consolidadas em várias outras ESF já existentes no município, além de sua dimensão populacional e da capacidade tecnológica para se fazer a saúde. Tais fatores, quando bem gerenciados, contribuem para o sucesso das políticas da ESF.

Embora nas falas dessa participante sejam mencionadas melhorias com a implantação da ESF da **PA**, nota-se que ainda existe uma longa caminhada a ser percorrida, pois a mesma diz que se trata de um processo que acontece dia após dia.

Para o alcance do sucesso da ESF,

é necessário que sejam providas condições adequadas para seu efetivo processo de trabalho, isto é, que haja adequada estrutura física das unidades de saúde, fornecimento de insumos e equipamentos médicos e de enfermagem, além do estabelecimento de pactos com os profissionais de saúde, baseados na construção de vínculos com o usuário, com a comunidade, com a responsabilidade de se obter resultados satisfatórios de suas intervenções e compromissos com a melhoria de saúde das pessoas [...] é importante destacar o papel fundamental para o alcance desses resultados: o incentivo [...], o entusiasmo [...], a articulação e a coordenação de ações inovadoras [...] através de seus profissionais, o grande empenho dos municípios, a dedicação e a competência das equipes dos parceiros filantrópicos e a pressão e a participação da população (GUEDES; SANTOS; LORENZO, 2011, p. 883).

Os vínculos que se estabelecem entre profissionais e moradores são elementos positivos, em especial para a atenção primária da saúde e o sucesso das políticas da ESF. A esse respeito, considera-se que “o bom desempenho das equipes de trabalho nas Unidades de Saúde da Família e o impacto dos resultados dependerão muito das suas competências e do envolvimento dos profissionais de saúde com a sua Unidade e com a sua profissão” (ROSENSTOCK, 2011, p. 79).

O segundo subtema dessa Unidade Temática, **Envolvimento com as práticas de saúde da ESF**, foi identificado nos depoimentos dos profissionais de Aparecida

como um aspecto potencializador da implantação da ESF. Tal significação emerge como RSs nos depoimentos de quatro profissionais da ESF **VM** do município de Aparecida, tal como evidenciadas a seguir.

[...] em relação ao ponto positivo eu vejo que alguns profissionais se desdobram para tudo dar certo, eu gosto muito do que faço, as horas que passo trabalhando é uma das melhores coisas da minha vida, sou muito realizada, eu tenho a oportunidade de atender a população, agendar consulta, realizo exames para identificar problemas na saúde bucal que, de maneira geral, reflete na saúde das pessoas, esse é um ponto bem positivo que eu vejo, todos trabalham comprometidos (Dent.VM 1).

[...] pessoas com compromisso, sou muito feliz com meu trabalho, faço de tudo para as pessoas, trabalho com satisfação, acho que esse é um grande ponto positivo, todo mundo se doar para atender a população e fazer a saúde de fato para população [...] (Enf.VM 2).

[...] eu vejo que todos de uma forma ou de outra procuram atender as pessoas da melhor forma possível, todo mundo deveria fazer o que gosta, isso somado ao compromisso dá certo, só isso!!! (TE VM 5).

[...] boa vontade nossa e a amizade que construímos com a população (TE VM 6).

Tais significados também foram encontrados nos depoimentos de três profissionais no município de Guaratinguetá na ESF **VA**.

[...] principalmente compromisso; profissionais tentam levar um bom trabalho para a população, o espírito de cooperação também está intrínseco na equipe (Dent.VA 21).

Acho que a boa vontade, eu vejo que os colegas todos procuram atender as necessidades dos pacientes, mesmo sem ter muito recurso, sempre damos um jeito, sempre encontramos um caminho e uma solução para os problemas de cada um (TE VA 23).

Sim, considero alguns pontos positivos: a força de vontade e a disposição de alguns profissionais (ACS VA 28).

Compreende-se que estar comprometido com o trabalho trata-se de um processo de identificação do profissional com as atividades que desempenha junto à instituição; representa o desenvolvimento e o envolvimento em favor de sua atividade com a da instituição. De acordo com Chiavenato (2004), a identificação com o trabalho representa a lealdade organizativa à instituição, pois demonstra coerência com os objetivos institucionais.

De acordo com Siqueira e Gomide Júnior (2004), existem pessoas que veem no trabalho possibilidades de realização profissional, crescimento e satisfação de suas necessidades como seres humanos. Mas, é possível inferir que estar envolvido com o trabalho não é algo constante e, nem todas as pessoas têm possibilidades de se envolver por completo com as atividades do dia a dia de trabalho.

Nesse estudo, alguns profissionais afirmaram estar comprometidos com as atividades que realizam na ESF. No município de Aparecida, identificou-se o sentimento de envolvimento nos depoimentos de 04 profissionais na ESF da **VM**. No município de Guaratinguetá, o resultado foi semelhante, com 03 profissionais das ESF da **VA** que expressaram significados correspondentes. Vale a pena destacar que a de ESF da **VM** de Aparecida e a unidade de ESF da **VA** do município de Guaratinguetá estão situadas em territórios distantes da área central dos respectivos municípios. Acredita-se que esta distância seja um fator que exija maior comprometimento e envolvimento dos profissionais para atender as necessidades da população em relação àquela cuja localização é próxima ao centro.

A distância para acessar outros equipamentos de saúde que, muitas vezes, são utilizados como complemento para assistência à população adscrita, tais como, laboratórios de análises, clínicas radiológicas, especialidades médicas, farmácias, centros de fisioterapia, talvez possa impulsionar maior tomada de decisão pelos profissionais, pois tal atitude implica os comportamentos de comprometimento e envolvimento aqui identificados.

O trabalho é um elemento importante na constituição da identidade do indivíduo, uma vez que suas atividades se efetivam em meio às relações com os pares, e o comprometimento profissional é intensificado com o nível de envolvimento com o trabalho. Sampaio (2012) afirma que é necessário que o profissional se

identifique com as atividades que realiza e, sobretudo, tenha disposição para exercer esforços em benefício da organização que representa.

O envolvimento no trabalho tem como fundamento a maneira como a pessoa se identifica com o trabalho, participa ativamente dele e considera seu desempenho como algo valioso. Portanto, a qualidade dos serviços de saúde passa a figurar como resultado de diferentes fatores que constituem instrumentos para a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais com o trabalho (ROSENSTOCK, 2011, p.77).

De acordo com os depoimentos dos participantes é possível compreender que eles unem esforços e se dedicam para alcançar a satisfação profissional, oferecer assistência de qualidade à população, porém admite-se que atingir de forma individual um objetivo maior como implantar estratégias e ações de saúde e com qualidade a toda população não é o ideal. Assim, o **Trabalho em equipe**, terceiro subtema da Unidade Temática, possibilita a troca de conhecimentos entre os profissionais de diferentes áreas para facilitar o cumprimento dos objetivos desejados. O trabalho em equipe torna mais fácil a proposição de ações que tragam satisfação e benefícios para todos os envolvidos.

O envolvimento e a colaboração são considerados características importantes para o trabalho em equipe, na tentativa de promover melhor coordenação e partilha entre os diferentes atores. O trabalho em equipe é uma prática difícil de ser desenvolvida se os profissionais não respeitarem as práticas, as responsabilidades inerentes a cada categoria profissional e as competências esperadas e desejadas uns em relação aos outros. A seguir, são apresentados os significados atribuídos por 04 profissionais do município de Guaratinguetá, identificando-se que, para eles, o trabalho em equipe foi considerado uma RS a respeito dos elementos potenciais para efetivação das políticas da ESF.

[...] trabalho em equipe, um ajudando o outro na maioria das vezes a gente discute aqui em conjunto, tomamos decisão juntos, “vamos fazer isso, vamos fazer aquilo” [...], a gente trabalha bastante, nós vamos à luta [...], tem algumas atividades que envolvemos toda equipe, o doutor, a enfermeira dentista, ninguém fica de fora, todo mundo contribui de alguma forma [...] (ACS SM 36).

Acho que o atendimento que nós fazemos em prol da população cada um procura fazer sua parte, a união entre nós, eu acho isso positivo dentro da equipe, eu adoro trabalhar aqui, gosto demais dos meus amigos de trabalho e dos meus pacientes (ACS SM 37).

Ponto positivo, a união da equipe e a participação, somos uma equipe bem participativa, um ajuda o outro [...], a gente sempre discute [...], não é porque o problema é de outra micro área que nós não sentimos também, a gente se une e tenta resolver independente da área [...], às vezes a gente já resolveu um problema parecido, aí temos mais experiências, acabamos ajudando o colega, conversamos bastante nas reuniões, para tentar nos ajudar, o sucesso do trabalho depende da equipe como um todo (ACS SM 38)

Sim, existem pontos fortes em nosso trabalho e também considero importante falar que o trabalho que nós fazemos para a população só tem resultados bons porque são vários profissionais, cada um dentro da sua profissão realiza suas atividades, por exemplo nós ACS temos nossas atividades, a enfermagem tem as atividades dela, o médico, o dentista; o ACD também, mas todos nós temos o mesmo objetivo, os pacientes e as famílias, nosso foco é fazer saúde para população (ACS SM 41).

Pereira (2011, p. 6) afirma que um dos eixos estruturantes

para o processo de trabalho na ESF é o trabalho multiprofissional em equipe. A aposta neste tipo de modalidade de trabalho coletivo se dá no sentido de responder às complexidades do processo de saúde-doença-cuidado a partir de novas relações, mais democráticas, entre população e profissionais e trabalhadores entre si. No entanto, muitas vezes, apenas agrupar diferentes profissionais em uma mesma equipe não tem garantido a mudanças de práticas. O trabalho em equipe na ESF surge com um potencial para construção de novas práticas de saúde de modo que a lógica que orienta o trabalho em saúde considere a integralidade, a democratização das relações de trabalho e a ação comunicativa (PEREIRA, 2011, p. 6).

Pereira (2011) complementa que o trabalho em equipes multiprofissionais não é uma estratégia específica da ESF, mas, para essa modalidade de atenção à saúde,

tornou-se uma das principais ferramentas de intervenção, uma vez que as ações se constituem a partir das equipes.

Vale destacar, nesse subtema, que apenas os profissionais da categoria ACS da ESF **SM** no município de Guaratinguetá fizeram menção ao trabalho em equipe como um potencial para efetivação das políticas da ESF. No município de Aparecida não houve menção a esse respeito. De acordo com os depoimentos acima identificou-se que o profissional **ACS SM 41** relata que cada profissional possui atividades específicas de sua categoria profissional.

Dessa forma, quando os trabalhadores fazem referência a seu trabalho ou sobre o trabalho dos colegas da equipe, ressalta-se a existência de atividades específicas e objetivas de trabalho que se remetem às especificidades das distintas funções e diferenças correspondentes, assim também como algumas práticas profissionais são transversais.

Os diferentes saberes profissionais possibilitam a ampliação dos olhares sobre um mesmo objeto, aumentam as possibilidades de compreensão e intervenção para o cuidado em saúde, ao mesmo tempo que existem saberes comuns que permitem colocar em prática ações comuns e, por conseguinte, as funções comuns podem ser distribuídas entre os membros das equipes das diferentes categorias profissionais (PEDUZZI, 2001).

Pereira (2011, p. 74) participa dessa discussão afirmando que o trabalho dos ACS é constituído por

atribuições específicas delimitadas a priori pelo Ministério da Saúde, como foi discutido na fundamentação teórica. Grande parte destas atribuições é padronizada e de fácil mensuração e monitoramento. No entanto, outras podem ser consideradas polifônicas, de difícil dimensionamento, o que possibilita ao trabalho do ACS uma configuração mais maleável e, por isso, o mesmo está tanto suscetível a sofrer adaptações, quanto tem maior possibilidade de ser mais criativo e inovador. A maior parte de suas práticas é desenvolvida no seu território de atuação denominado de microárea, por meio de visitas domiciliares, as quais, a partir dos depoimentos, têm como objetivos centrais a promoção de hábitos saudáveis, acompanhamento das famílias com ênfase para grupos estratégicos - hipertensos,

diabéticos, gestantes, entre outros - assim como grupos de maior vulnerabilidade social.

A visita domiciliar é uma prática comum dos ACS, todavia, é também considerada uma ação comum que pode ser realizada por todos os profissionais da ESF nos diferentes territórios. Nesse estudo identificou-se o quarto subtema, **Relações de proximidade através da visita domiciliar**, nos depoimentos de 03 ACS do município de Aparecida.

Ainda no contexto do território, o ACS realiza adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; cadastra todas as pessoas de sua microárea e mantém os cadastros atualizados, na unidade de ESF; organiza os prontuários e arquivos; alimenta o sistema de produção e emite relatórios específicos de sua atividade.

De maneira geral, os profissionais da ESF devem realizar assistência integral de promoção e proteção da saúde; prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento; reabilitação e manutenção da saúde para toda população adscrita e, quando necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todo ciclo vital e desenvolvimento humano (infância, adolescência, idade adulta e terceira idade); identificar parcerias e recursos que podem ser utilizados como um potencial para a comunidade. Ressalta-se que algumas atividades não ocorrem de forma homogênea dentro das equipes, pois cada profissional, além de possuir suas atribuições específicas, se identifica mais com uma ou outra atividade (BRASIL, 2006a).

Além das atividades comuns realizadas por toda equipe nos territórios, é de responsabilidade do enfermeiro realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames complementares para diagnósticos, prescrever medicações seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, planejar, coordenar e gerenciar as atividades nas ESF, e educação permanente. O Técnico de enfermagem Técnico de enfermagem trabalha em parceria com o enfermeiro com atividades comuns e específicas de sua categoria profissional, participa das atividades de assistência básica na ESF, realiza todas as técnicas inerentes à categoria profissional, atua nas salas de imunização e realiza pré e pós consulta (BRASIL 2006a).

Ao médico cabe realizar consultas clínicas e procedimentos na ESF; realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos; encaminhamentos aos serviços de média e alta complexidade; indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar (BRASIL, 2006a).

O dentista deve realizar diagnóstico do perfil epidemiológico para planejar e promover práticas em saúde bucal; procedimentos clínicos em saúde bucal, urgências, pequenas cirurgias, encaminhamentos; contribuir para atividades de educação permanente ao ACD e supervisão técnica do ACD. O ACD deve acompanhar e auxiliar o dentista durante os procedimentos, além de proceder à desinfecção e à esterilização de materiais, prover instrumental e materiais necessários (BRASIL, 2006a).

O profissional recepcionista deve atender e responder as dúvidas de pacientes, fazer registro de novos pacientes e atualização daqueles já existentes, levantamentos dos prontuários, direcionamento de clientes para consultórios e salas de organização dos documentos, garantia de um fluxo de informações satisfatório (BRASIL, 2006a). Todos devem prover e gerenciar insumos necessários para o funcionamento da USF, específicos de sua categoria profissional.

A seguir, são apresentados os depoimentos dos profissionais do município de Aparecida a respeito das RSs sobre as **Relações de proximidade através da visita domiciliar**.

[...] a relação de confiança que estabelecemos com a população, eles nos respeitam muito, a gente consegue entrar na casa deles, isso é um ponto muito forte com a população, às vezes a gente vai nas casas das pessoas e acaba identificando na casa ao lado alguma coisa ou outra que coloca em risco a saúde da população;, quando saio para fazer as visitas eu tenho a possibilidade de vigiar todos os moradores, por exemplo, eu identifico pessoas que não tomam remédio direito, identifico locais de criador de mosquito da dengue, esgoto a céu aberto, lagos durante a visita, a gente consegue identificar bastante coisa não só com o paciente

propriamente dito, mas com o território também, o meio ambiente pode trazer danos às pessoas (ACS VM 8).

[...] acho que é a amizade que construímos com a população, isso facilita muito, eles têm maior respeito pela gente, eles acatam todas nossas orientações, todos os dias eu tenho um roteiro que devo cumprir, desde as visitas e o que tenho que fazer em cada casa, levo informações, cobro eles, porque tem uns que não se cuidam direito, esse é meu papel (TE VM 6).

O ponto que considero positivo é o vínculo que construímos com a população, ajuda muito o nosso trabalho (Enf.PA 12).

No município de Guaratinguetá também apareceram significados similares, apresentados a seguir.

Uma das principais atividades que realizo é a visita domiciliar, eu considero um ponto potencial, diariamente realizamos a visita, temos um cronograma para seguir pelo menos uma vez ao mês vamos nas casas das pessoas, mas tem alguns que vamos mais vezes porque precisam mais, eu acho que a aproximação que tenho com os pacientes e com suas famílias é bem legal para o nosso trabalho [...], vou na casa deles, tomo café com eles, parece nossa família, com isso consigo conhecer cada um, sei da história de cada um deles [...] (ACS SM 39).

Sim, o vínculo que conseguimos ter com as famílias, os pacientes e com os moradores de maneira geral, essa aproximação com a população facilita muito, conseguimos ver o que eles precisam, a minha visita não é só para ver como estão, vou nas casas divulgar campanhas de vacinação, controle da pressão, tudo isso é controlado, temos que cumprir uma meta por mês (ACS SM 40).

Por meio dos depoimentos dos profissionais de Aparecida em ambas as unidades de ESF **VM** e **PA** foi possível identificar a valorização da visita domiciliar como um instrumento que potencializa as práticas em saúde, as políticas da ESF e o vínculo entre os atores (profissionais e moradores). Em Guaratinguetá, esses significados apareceram apenas nos depoimentos de profissionais da ESF **SM**.

A visita domiciliar configura-se como uma importante ferramenta que instrumentaliza as práticas assistenciais dos profissionais da ESF, considerada como

um forte instrumento na busca da consolidação de práticas emancipatórias de saúde, em especial, na estratégia de saúde da família [...] é considerada uma ferramenta de ligação entre a equipe de saúde e a comunidade, possibilitando a construção de um projeto de assistência que visa à promoção da saúde, à prevenção de doenças e ao diagnóstico precoce de possíveis patologias que possam atingir a população, possibilitando a intervenção profissional segura e efetiva (CANDATEN, 2008, p. 122).

Destaca-se que um dos principais objetivos da visita domiciliar é

oferecer condutas de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da coletividade, em seu espaço domiciliar. Assim, possibilita atenção interdisciplinar e multiprofissional no âmbito do domicílio. É um instrumento que promove um grande vínculo entre o profissional de saúde e as famílias de seu território de atuação, fazendo conhecer a realidade do indivíduo e de sua família in loco (CAMARGOS, sd, p. 4).

Outro ponto destacado pelos participantes do estudo como um potencial para estruturação dos serviços de saúde e das políticas da ESF foi a **Acessibilidade Geográfica**, quinto subtema, como se evidencia a seguir:

Uma coisa boa, deixa eu ver, acho que é o local onde o postinho foi construído é próximo de tudo, facilita nossa ida nas casas, nas escolas, laboratórios também (ASB PA 14).

Ponto positivo (hummm) deixa eu ver, a localização do posto é um ponto positivo e bem centralizado (risos), os pacientes conseguem acessar facilmente (TE PA 15).

Nós tentamos fazer a Estratégia da Saúde da Família padrão de atendimento, trabalhamos em equipe, eu acho que o local onde nós estamos é muito bom para a população e para gente (TE PA 16).

Apesar das dificuldades, ainda assim temos um bom resultado, [...] a localização do posto e a boa vontade dos profissionais são os pontos positivos (ACS PA 17).

Sim, acredito que o postinho representa uma ligação entre a população e os profissionais de saúde, a localização do posto, a aproximação com a população é a maior estratégia desse tipo de atenção à saúde (ACS PA 18).

Para mim o ponto positivo é a localização, isso facilita o acesso da população ao postinho e também o nosso acesso à população, isso é um fator bem positivo (ACS PA 19).

De acordo com a análise dos depoimentos, a acessibilidade expressada pelos profissionais está relacionada à localização da unidade de ESF. A localização foi um fator destacado apenas pelos profissionais da ESF da **PA** situada no município de Aparecida. Como destacado anteriormente, essa unidade de saúde fica próximo à área central do município e, bem localizada, ou seja, foi construída em um local de fácil acesso para os moradores. A respeito do acesso aos serviços de saúde, “é um pré-requisito de fundamental importância para uma eficiente assistência à saúde. A localização geográfica dos serviços é um dos fatores que interferem nessa acessibilidade” (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987, p. 439).

A ESF é considerada a porta de entrada dos serviços de saúde do SUS, e para isso se concretizar é necessário que seus serviços sejam acessíveis e utilizados pela população a cada nova necessidade. A acessibilidade permite que as pessoas cheguem aos serviços. As características de oferta e acesso e a forma como a população percebem a acessibilidade estão relacionadas (STARFIELD, 2002). O Ministério da Saúde, por meio da lei 8080 instituiu os princípios do SUS e em seu Art. 7º propôs a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência para a população como um direito de todos os cidadãos (BRASIL, 1990).

Na área da saúde, o acesso e acessibilidade possuem significados correspondentes, ou seja, relacionam-se à capacidade de obtenção dos cuidados, no momento que se necessita. A acessibilidade ou acesso descreve um dos aspectos relacionados à oferta de serviços de saúde e à capacidade de se produzir serviços que atendam às necessidades da população em um determinado território. A

acessibilidade pode ser compreendida sob a lógica de duas dimensões: a geográfica, diretamente relacionada à distância e ao tempo que as pessoas levam para chegar aos equipamentos de saúde; e a sócio organizacional, que diz respeito às características da oferta que, às vezes, podem facilitar ou dificultar a utilização dos serviços de saúde pelas pessoas (DONABEDIAN, 2003), a exemplo do custo do transporte.

Dessa forma, infere-se que os depoimentos dos profissionais aqui apresentados se aproximam das definições propostas por Donabedian, pois identificou-se nos depoimentos elementos que nos levam a pensar na dimensão geográfica e de localização da ESF no território.

A **Competência técnica**, sexto subtema dessa Unidade temática, foi também referenciada como RSs a respeito dos aspectos potenciais do trabalho dos profissionais da ESF.

Faço tudo que está previsto como minha atividade, cada um de nós já sabe bem o que deve ser feito [...], agendo consultas, atendo conforme a necessidade da população, realizo o que é da minha competência, para mim esses são os pontos que eu vejo como positivos (ASB VM 4).

Nosso atendimento é o ponto positivo, nós atendemos todos sem distinção, nos esforçamos para fazer o melhor para o paciente e para sua família, aquilo que não sei procuro aprender; o profissional que trabalha com a população precisa saber fazer tudo que é sua obrigação, não dá ir empurrando, a população precisa e merece uma resposta rápida, quando a gente aprende a resolver o problema da população é muito gratificante, a enfermeira ajuda muito a gente também a resolver os problemas (ACS VM 10).

No município de Guaratinguetá identificou-se similaridade nos depoimentos de apenas um profissional da ESF da **VA**, como se evidencia a seguir.

Pontos positivos, é a implantação de um sistema no município, eu tive que aprender a mexer nesse sistema, nós precisamos estar atentos nas tecnologias que surgem, só assim a gente consegue ter controle das necessidades da população, conseguimos mais rapidez quando estamos preparados [...] (ACS VA 25).

De acordo com os depoimentos dos profissionais, ao expressarem que fazem tudo o que é de sua responsabilidade, levam a pensar em um profissional comprometido e com habilidades para desempenhar o seu fazer profissional com competência técnica. A competência técnica está intrínseca aos depoimentos dos profissionais da ESF da **VM** do município de Aparecida e nos depoimentos de um profissional da ESF da **VA** do município de Guaratinguetá.

Entende-se por competência técnica o conjunto de características subjacentes às pessoas e que permite desempenhar uma ou mais atividades em dado contexto (CAMELO; ANGERAMI, 2013). Complementa-se que a competência se constitui como um conceito complexo e multifacetado, pois pode ser analisada em diferentes perspectivas e contextos.

Para analisar a competência técnica dos profissionais da saúde, em especial aqueles que se dedicam a trabalhar na ESF, é necessário agregar a prospectiva das práticas em saúde, ou seja, incluir análises que contemplem contextos de inovações tecnológicas, de mudanças que podem acontecer pelo dinamismo dos serviços da saúde, do perfil epidemiológico, padrão demográfico da população, que não são lineares, passam por constantes transformações provenientes de diferentes contextos históricos e culturais.

Nesse contexto é necessário considerar análises das práticas em saúde sem perder de vista as relações trabalho/formação, enfatizando novas formas de educar os profissionais que contemplem o desenvolvimento de mais habilidades e competências do fazer profissional.

O **Apoio intersetorial**, sétimo subtema dessa Unidade Temática, foi outro ponto destacado apenas por 01 profissional do município de Guaratinguetá da ESF **SM**, conforme relato a seguir.

A dedicação e o deslocamento dos membros da equipe que procuram se superar para cumprir os objetivos de trabalho junto à população; o apoio e o trabalho de funcionários de todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde e de todos os outros níveis do SUS, na tentativa de superar as dificuldades de funcionamento do nosso sistema público de saúde, para garantir os direitos à vida e a qualidade de vida

de nossa população, a parceria com os membros e as instituições da comunidade e o bom termo das ações (Méd. SM 32).

Nos depoimentos do profissional da ESF **SM** identificou-se a necessidade e a importância de trabalhar a intersectorialidade de forma mais abrangente, envolvendo os demais setores da área da saúde e da prefeitura e a comunidade. A intersectorialidade pode ser compreendida como “a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas” (INOJOSA, 2001, p. 105).

Embora a intersectorialidade não se revele de forma explícita nos depoimentos dos profissionais, ela aparece intrínseca nos depoimentos de apenas um profissional. De acordo com os relatos do profissional, indica a grande potencialidade desse tipo de ação para o enfrentamento de problemas em saúde pública no território em que atua. A partir da análise dos depoimentos deste profissional infere-se que ele possui visão ampliada do conceito de saúde, pois o mesmo faz referência aos diferentes níveis de atenção à saúde, bem como qualidade de vida para população. Diante da análise dos dados é possível concluir que o processo de intersectorialidade nos municípios de estudo ainda é incipiente, pois aparece nos depoimentos de apenas um profissional do Município de Guaratinguetá, ainda que de forma tímida.

No pensamento de Inojosa (2001), para desenvolver estratégias intersectoriais é necessário envolver diferentes pessoas de diferentes contextos sociais, com diferentes saberes e conhecimentos, e além disso, com diferentes poderes para que se possa de fato resolver os problemas complexos (INOJOSA, 2001).

Garcia *et al* (2014, p. 938) “reconhecem a importância da intersectorialidade para o enfrentamento dos problemas e das desigualdades em saúde”. A prática da intersectorialidade exige a articulação entre vários setores, trata-se, portanto, de um tema transversal que transita nas diferentes ciências e conhecimentos.

Diante do exposto, em relação às potencialidades das ações dos profissionais nos municípios, percebe-se que se trata de uma discussão complexa e multifacetada. Entende-se que as práticas implementadas nos territórios para atender as necessidades dos moradores vão além dos problemas físicos, envolvem as questões

sociais, econômicas, culturais e históricas. Assim, torna-se um esforço coletivo que envolve empenho de diferentes atores para que as políticas da ESF de fato possam se efetivar e ao mesmo tempo para a consolidação do SUS.

Dessa forma, cabe aqui alguns questionamentos para que debates sejam promovidos entre pesquisadores de diferentes ciências e disciplinas, suscitando novas discussões e objetivando preencher as lacunas ainda existentes na implementação e operacionalização das políticas públicas da ESF: Quais os recursos em saúde necessários a serem aplicados para uma atenção primária de saúde adequada, que possa, de fato, exercer seu papel de coordenadora do cuidado no SUS de forma mais integral e resolutiva? Como atrair e alocar recursos humanos com perfil para atuar na ESF? Como tornar os profissionais que já atuam e aqueles que pretendem atuar na ESF mais comprometidos com os serviços de saúde? Como preparar e qualificar os profissionais para que a longo prazo possam ser profissionais mais capacitados para atuar na ESF?

Acredita-se que as RSs dos profissionais que compõem as equipes das ESF são reveladoras de possíveis limites e/ou perspectivas de avanços dessa prática. Nesse sentido, observa-se que apoiados em conhecimentos previamente construídos, os profissionais efetuam a seleção e a descontextualização do objeto, configurando o processo de objetivação descrito por Moscovici, (2011).

Trata-se de recortes feitos pelos profissionais com a finalidade de diminuir a complexidade dos objetos para que possam atribuir significados, pois, em seu contexto original, podem apresentar-se repletos de informações e, por vezes, podem ser excessivas, oferecendo ameaças às categorias conceituais anteriormente construídas. Muitas vezes, é necessária a redução desse excesso de significados, para que parte das informações sejam retidas e se encaixem nas categorias prévias de conhecimentos dos profissionais. Ao selecionar os aspectos mais familiares, aqueles que mais se aproximam dos conhecimentos pré existentes, o objeto se torna menos ameaçador e, ao mesmo tempo, mais inteligível para o grupo.

8.2.9.2 Análise comparativa a respeito dos aspectos potenciais

A partir da análise dos depoimentos dos profissionais dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá, de maneira geral identificou-se que os potenciais de trabalho se pautam nos seguintes aspectos: localização, condições econômicas, capacidade, desempenho, comprometimento, qualificação, boa vontade, conquista, disposição e proximidade.

Ressalta-se que, no entendimento de apenas 01 Médico da ESF da **PA** do município de Aparecida, os potenciais para efetivação das políticas da ESF correspondem a processos de reorganização e divisão, ou seja, nos depoimentos do profissional sentimentos de satisfação com a implementação dessa ESF no bairro foram identificados. Além disso, a implantação teria facilitado o acesso dos moradores da área adscrita da ESF; reorganizou a rede dos serviços de saúde do município, pois melhorou o fluxo e as demandas reprimidas; agilizou as consultas médicas e os exames; e, com a aproximação dos profissionais e moradores, acredita-se que deva ter ocorrido melhora do vínculo entre os envolvidos.

Envolvimento com as práticas de saúde da ESF foi outra representação identificada nos depoimentos de 04 profissionais da ESF da **VM**, sendo 01 dentista, 01 Enfermeiro e 02 Técnicos em enfermagem do município de Aparecida. A mesma acepção foi identificada nos depoimentos de 03 profissionais da ESF **VA** do município de Guaratinguetá, sendo 01 Dentista, 01 Técnico em enfermagem e 01 ACS. Em certa medida, entende-se que esse grupo de profissionais está satisfeito com as atividades que desempenham.

O trabalho em equipe foi uma acepção identificada nos depoimentos de 04 ACS do município de Guaratinguetá, especificamente na ESF **SM**. A essência dessa modalidade de atenção à saúde é realizada mediante a atuação de vários profissionais de diferentes categorias, cada um com as suas especificidades de atuação; a união de diferentes olhares, saberes, conhecimentos e ciências é o que garante o sucesso das atividades de atenção às necessidades da população. Ressalta-se que nas ESF analisadas no município de Aparecida e em Guaratinguetá, na ESF da **VA**, tais significações não foram identificadas. Questiona-se como as

equipes conseguem responder às questões que permeiam a complexidade do processo saúde e doença?

Trabalho em equipe foi identificado nos depoimentos de 03 ACS da ESF **SM** do município de Guaratinguetá, e em Aparecida não identificou-se tal representação.

Relações de proximidade por meio de visita domiciliar foi uma representação identificada nos depoimentos de 01 ACS e 01 Técnico em enfermagem da ESF da **VM** e 01 Enfermeiro da ESF da **PA** no município de Aparecida. Em Guaratinguetá apareceram significados correspondentes nos depoimentos apenas de 02 ACS da ESF do **SM**.

Dessa forma, nota-se que o município de Aparecida se destacou quando comparado a Guaratinguetá. Infere-se que os profissionais de Aparecida, em certa medida, estão mais alinhados em termos de utilização de um dos instrumentos indicados para a prestação dos cuidados ao indivíduo e comunidade. A visita domiciliar de maneira geral emerge nos depoimentos dos profissionais com significados de vínculo e aproximação. Além disso, no município de Aparecida, para os depoimentos dos profissionais da ESF da **VM**, a visita domiciliar surge como atividade para apreender os aspectos que escapam dos procedimentos realizados em âmbito da ESF e como estratégia essencial de interação no cuidado à saúde, sendo considerada instrumento privilegiado para alcançar tal objetivo. No mesmo município, na ESF da **PA** a visita domiciliar é significada como vínculo. Em Guaratinguetá, na ESF **SM** a visita domiciliar surge com significados de obrigatoriedade, ou seja, para eles representa metas que devem ser cumpridas mensalmente, além de representar aproximação para conhecimento das necessidades dos moradores.

No quesito acessibilidade geográfica, nota-se que apareceram RSs nos depoimentos de apenas 06 profissionais da ESF da **PA**, dentre esses, 01 ASB, 02 técnicos em enfermagem, 03 ACS e nas demais ESF analisadas, tal representatividade não foi identificada. Compreende-se que a localização da ESF é um fator preponderante, representando para esse grupo de profissionais maior facilidade com que este lugar pode ser alcançado por um ou mais indivíduos considerando o meio ou meios que utilizam para deslocarem-se até o território da ESF.

A competência técnica apareceu como representação nos depoimentos de 02 profissionais da ESF da **VM**, sendo 01 ASB e 01 ACS no município de Aparecida, para representar todos os conhecimentos, habilidades adquiridas e aquelas que desempenham para sociedade. Em Guaratinguetá, identificou-se tal representatividade nos depoimentos de 01 ACS da **VA**, associada aos conhecimentos e habilidades adquiridos por uma pessoa através da educação formal e não formal, como treinamento que o profissional mencionou ter realizado com a intenção de se aprimorar para manusear ferramentas, que considera ser uma forma de conhecer a população e acelerar as tomadas de decisão.

Por fim, o apoio intersetorial foi mencionado apenas por um profissional Médico da ESF do **SM** situada no município de Guaratinguetá, e nas demais unidades de ESF aqui analisadas não foram identificados depoimentos correspondentes. Compreende-se que nos depoimentos do profissional, a intersetorialidade significa entrosamento de diversos conhecimentos e setores, todos com olhares diferenciados, mas com objetivo único, o paciente. Para esse profissional as atividades de saúde devem percorrer diversas direções para que seus resultados possam atender de fato às necessidades dos moradores da área adscrita. O termo intersetorialidade possui ligação com o conceito ampliado de saúde, e dessa forma, pergunta-se como os profissionais que atuam nas ESF do município de Aparecida da **VM** e **PA** e os profissionais da ESF **VA** do município de Guaratinguetá se articulam para oferecer assistência à população considerando o conceito ampliado em saúde?

Destaca-se que os depoimentos das secretárias de saúde e de alguns profissionais de diferentes categorias de atuação de ambos municípios não foram citados aqui, pois, em seus depoimentos, notou-se significados e sentimentos de negatividade que serão apresentados no tópico a seguir, denominado **Fatores limitantes e impactantes na efetivação das políticas da Estratégia da Saúde da Família**.

A seguir apresenta-se por meio de um Quadro síntese das respostas dos participantes do estudo de acordo com os subtemas nessa Unidade Temática.

Quadro 29- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre os aspectos potenciais da Estratégia de Saúde da Família, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Unidade Temática - Aspectos potenciais de trabalho que efetivam as políticas da Estratégia da Saúde da Família							
Aparecida							
Profissionais	Processo de reorganização por meio da implantação da ESF	Envolvimento com as práticas de saúde da ESF	Trabalho em equipe	Relações de proximidade através da visita domiciliar	Acessibilidade Geográfica	Competência técnica	Apoio intersetorial
Dentista		1					
Enferm.		1		1			
Médico	1						1
ASB					1	1	
Técnico enf		2		1	2		
ACS				1	3	1	
Recep							
Secret. de saúde							
Guaratinguetá							
Dentista		1					
Enfermeiro							
Médico							
ASB							
Técnico enf		1					
ACS		1	3	2		1	
Recep							
Secret. de saúde							

Fonte: elaborado pelo autor da tese

8.2.10 Representações Sociais dos profissionais sobre os fatores limitantes da Estratégia da Saúde da Família

O ambiente, as condições e as dificuldades de trabalho podem ser elementos geradores de estresse dos profissionais, ocasionando impactos na vida destes e nas equipes, podendo resultar na insatisfação profissional que, por sua vez, conduz o profissional ao distanciamento afetivo, ou seja, o profissional apresenta dificuldades para estabelecer e manter relações interpessoais com os moradores das áreas

adscrita. Esse capítulo destina-se a apresentar os fatores limitantes para efetivação da ESF. A seguir serão apresentadas as palavras que foram identificadas com maior frequência nos depoimentos dos participantes, a saber: Dificuldades econômicas-administrativas-políticas; falta de comprometimento; burocracia pública; subfinanciamento; superlotação; sobrecarga de trabalho; falta de recursos e falta de apoio, originando a Unidade Temática e seus subtemas apresentados a seguir. A figura 31 apresenta de forma sintetizada os fatores limitantes da ESF.

Figura 31 – Figura síntese das Representações Sociais a respeito dos fatores limitantes das políticas da ESF.



Fonte: Elaborado pelo autor

8.2.10.1 Fatores limitantes e impactantes na efetivação da Estratégia de Saúde da Família

A partir da análise dos depoimentos dos participantes foi possível identificar aspectos e significados que deram origem à Unidade Temática **Fatores limitantes e impactantes na efetivação da Estratégia de Saúde da Família** e seus subtemas, **Desacreditação, Sobrecarga de serviço, Falta de recursos, Falta de apoio dos gestores.**

A partir da análise dos depoimentos das gestoras e dos profissionais dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá, a **Desacreditação** surge como primeiro subtema dessa Unidade Temática. A seguir são apresentados os depoimentos das secretárias de saúde de ambos os municípios.

[...] do ponto de vista de gestora [...] muitas vezes temos muita boa vontade em realizar ações em prol da população, mas somos barrados por questões administrativas, econômicas e políticas; do ponto de vista operacional eu diria o comprometimento dos profissionais são fatores que dificultam bem nossas atividades, eu fico de pés e mãos atadas, não consigo caminhar (SS2 G).

[...] são muitos os desafios que temos no nosso dia a dia de trabalho, temos que buscar recursos, elaborar projetos, mas aí nos deparamos com burocracia pública, ao meu ver impede ou, ao menos, atrapalha que a implementação e efetivação dos serviços dos SUS aconteçam a curto prazo, alguns levam anos, além do subfinanciamento existente (SS1 A).

Seguem os significados atribuídos pelos profissionais que atuam na ESF.

Não, não considero que existe nenhum ponto que facilita a implementação das políticas no território, pelo contrário, existe mais pontos que atrapalham. Não temos e não recebemos muitos recursos, tudo é muito é muito longe, tem pouco profissional e muita gente para atender (TE VA 24).

O cotidiano de trabalho dos profissionais da saúde da família do cenário deste estudo é permeado por situações conflituosas relativas ao seu exercício profissional e às expectativas que se projetam em seu desempenho e de seus superiores. Acredita-se que tais conflitos resultam da luta constante pela produção de novos modos de fazer saúde dentro do contexto que se inserem e onde predominam as estratégias de gestão e os aspectos ideológicos que reforçam o modelo adotado.

Nos depoimentos acima observa-se que os profissionais expressaram sentimentos de desacreditação nas políticas públicas. Nos depoimentos das gestoras municipais apareceu questões de ordem pública relacionadas aos aspectos políticos e de gestão. Ressalta-se que foi identificado significados correspondentes nos depoimentos de apenas um profissional da **VA** de Guaratinguetá. Tais representações emergem carregadas de um mix de significados, dentre eles, a

distância da ESF, fatores econômicos e recursos humanos, levando a compreender que o profissional expressa sentimentos de insatisfação. Enfatiza-se que no município de Aparecida não foram identificados significados correspondentes em nenhuma ESF.

A **Sobrecarga de serviço**, segundo subtema dessa Unidade Temática, surge com significados de frustração, fracasso e incapacidade, pois, por meio dos depoimentos, identificou-se que os profissionais não conseguem realizar as atividades inerentes à categoria profissional a que pertencem e, por conseguinte, suas atividades, muitas vezes, não atendem de forma satisfatórias às necessidades dos moradores da área adscrita.

Seguem, inicialmente, o depoimento de um profissional do município de Aparecida da ESF **PA**.

Ai gente é difícil viu, não gosto de falar muito, o pessoal já diz que falo demais; isso aqui tem tudo para ser bom, mas falta reorganização, é muita gente para nós atendermos, eu não consigo dar vazão na demanda existente aqui no bairro, tenho consciência que não faço a metade do que deveria, mas não é muito minha culpa, deveria ser realizado nova territorialização, redistribuir para a gente ver o que consegue fazer, mas vamos trabalhando né, quem sabe isso um dia acontece (Dent.PA 11).

A seguir, apresenta-se o depoimento do profissional que atua na ESF **VA** de Guaratinguetá.

Nossa, o que me atrapalha muito é quantidade de coisas que tenho que fazer, a parte burocrática é demais, temos que elaborar relatórios, lançar produção, são muitos papéis para preencher, muitas funções que realizo são administrativas, ao meu ver podem ser realizadas por outro profissional sobre minha supervisão, por exemplo uma recepcionista ajudaria muito, sem contar que o bairro cresce, a população cresce e o número de profissionais fica pouco para dar conta de tudo [...] nossa, a sobrecarga do trabalho que é grande e impede a gente de se dedicar como deveria na Saúde da Família, mas vamos trabalhando, não podemos desanimar (Enf. VA 22).

Um estudo intitulado “Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades”, realizado por Baratieri e Marcon (2012), cujo objetivo foi

analisar os desafios e possibilidades do trabalho do enfermeiro na ESF, em um distrito sanitário de Belo Horizonte, revela que a sobrecarga de trabalho e o acúmulo de funções do profissional enfermeiro são fatores que comprometem a realização das atividades específicas de sua categoria profissional, refletindo também nas atividades preconizadas pelas políticas da ESF realizadas por profissionais de outras categorias profissionais.

A esse respeito Caçador *et al.* (2015, p. 614) afirmam que o cotidiano do profissional é

marcado pelo conflito de ter que se responsabilizar pelo conjunto de atividades que compõe a dinâmica de funcionamento do centro de saúde e o trabalho específico da ESF. A cobrança que se impõe [...] não é proporcional às condições que lhes são dadas para responder com qualidade às prerrogativas da saúde da família e ao atendimento da demanda espontânea. Sendo assim, observa-se a vivência de situações conflituosas nas tomadas de decisões, reconhecendo que alguma atividade será negligenciada para que outra seja realizada.

O profissional **Enf. VA 22** referiu-se, em seu discurso, ao fato de realizar várias atividades, sendo que algumas atividades poderiam ser atribuídas a outros profissionais. Silveira, Sena e Oliveira (2011) compactuam desses pensamentos afirmando que o trabalho em equipe deve ser compartilhado. Para as autoras os diferentes profissionais devem compartilhar seus saberes objetivando impactar nos fatores que intervêm no processo saúde e doença. Desta forma, a responsabilidade do cuidado integral passa a ser descentralizada da figura dos médicos, que responderiam apenas pelos determinantes biológicos denominados sinais e sintomas, para ser compartilhada entre os membros da equipe.

Os depoimentos dos profissionais fazem um apelo acerca da necessidade de haver a inserção de mais profissionais na equipe para que possam realizar suas atribuições no âmbito da ESF. Diante da análise dos depoimentos identificou-se o terceiro subtema dessa Unidade temática, a **Falta de recursos**.

Nos depoimentos dos profissionais de Aparecida, tais representações apareceram nas falas de 02 profissionais da ESF da **VM**, como se evidencia a seguir.

Dificuldade no meu serviço, falta de recursos humanos, nossa aqui falta profissionais, eu vejo que a equipe não consegue dar conta de toda demanda, são muitos pacientes nessa área para o número de profissionais que tem (Dent.VM 1).

Pouco médico, pouco profissional de enfermagem, pouco agente comunitário, pouco dentista, acho que falta tudo, falta bastante... falta mais profissionais, talvez isso ajudaria bastante (ACS VM 7).

No município de Guaratinguetá, identificou-se similaridade nas falas de profissionais da **VA**.

Falta de muita coisa, materiais para trabalhar, condução para levar a um lugar mais distante, o descaso dos nossos superiores (ACS VA 26).

Falta de materiais, falta de compromisso, falta transporte para nós realizarmos nossos serviços de maneira eficiente e atender principalmente a zona rural, não conseguimos ir lá, muitos de nós, não temos carro próprio, mas ainda assim, às vezes, conseguimos ir para zona rural, vamos de carona com alguém, para mim a prefeitura deveria deixar um dia da semana o carro com motorista disponível, aí nós íamos conseguir chegar até essa população, você não imagina o que passamos aqui com vontade de atender e não conseguir por falta de recursos, sem contar o material, verba é tudo muito difícil (ACS VA 27).

Sim existem muitas pessoas para a gente atender, lugares distantes como por exemplo a zona rural, a falta de condução, não temos condições de acessar essa população, fica muito desassistida (ACS VA 29).

Os pontos que dificultam o nosso trabalho (pausa), talvez seja a falta de mais profissionais, deveria ter mais profissionais com especialidades [...], falta também verba, materiais, falta de insumos (ACS VA 30).

No município de Aparecida, apenas 02 profissionais da ESF da **VM** expressaram a falta de recursos como fator limitante para efetivação da ESF. Vale destacar que o significado atribuído por esse grupo de profissionais está relacionado à falta de recursos humanos, ou seja, a falta de profissionais para operacionalizar as atividades propostas é um fator limitante para efetivação da ESF. No município de Guaratinguetá significados similares foram identificados nas falas de 04 profissionais

da ESF **VA**, e destes, 02 profissionais referem como fator limitante a falta de materiais e falta de condução como fatores limitantes da política da ESF, pois este último impede o deslocamento para as áreas mais distantes e, por conseguinte, leva ao distanciamento da população adscrita. Dois (02) profissionais de Guaratinguetá atribuíram como fator limitante o excesso de pessoas a serem atendidas dentro do território de responsabilidade da ESF, além da falta de condução e profissionais, o que se soma ainda á falta de verbas e insumos nos depoimentos desses 02 últimos profissionais.

Para Jesus e Assis (2010), a falta de transporte, o tempo de deslocamento e a distância são fatores limitantes para efetivação da ESF, pois dificulta o acesso, limita o contato entre profissionais e os moradores usuários. O acesso aos serviços de saúde no contexto do SUS envolve diversas dimensões, tais como: as dimensões econômicas, dimensões técnico-assistenciais, dimensões políticas e simbólicas (JESUS; ASSIS, 2010).

No que se refere à falta de profissionais na equipe de ESF Marcon, Lopes, Lopes (2008) afirmam que o atendimento se torna comprometido, principalmente os de caráter assistencial, pois, em muitas situações os profissionais não podem ser substituídos ou as ações são atribuições específicas de determinada categoria profissional, o que acaba sobrecarregando os demais membros da equipe e a assistência à população fica prejudicada.

Como forma de amenizar os aspectos que levam à insatisfação no trabalho Soratto (2017, p. 9-10) propõe ações considerando que

para a redução dos aspectos insatisfatórios do trabalho dos profissionais da ESF é necessário: melhor estrutura física e garantias de disponibilidade de materiais e insumos para a realização da assistência em saúde; melhorias nos processos de avaliação profissional, contemplando mais os elementos qualitativos que os quantitativos do processo de trabalho em saúde; e qualificar o desenvolvimento de ações administrativas com foco na eficiência e eficácia, buscando reduzir a burocratização. Ainda, com vistas a reduzir a sobrecarga de trabalho, necessita acolher as demandas de redução da jornada de trabalho, seja buscando formas de implementá-las, seja atuando junto às esferas legislativas; fortalecer os vínculos trabalhistas seguros; e desenvolver práticas de valorização

profissional, incluindo a criação e implementação de plano de cargos e salários.

Outro ponto destacado pelos profissionais como fator limitante para efetivação da ESF foi a **Falta de apoio dos gestores**, identificados a seguir nas falas dos profissionais do município de Aparecida.

Sim, falta respaldo dos superiores para que nossas ações aconteçam dentro da unidade e nos territórios que atuamos; nossos superiores enxergam o postinho como uma linha de produção que necessita trabalhar, trabalhar, trabalhar, produzir, produzir, produzir, não se importam com a qualidade, se importam com números que nós apresentamos e, nós profissionais da Saúde agimos ao contrário. Nós preocupamos com os números, sim, sabemos que o município precisa de verba e esses números de certa forma comprovam as ações que nós realizamos, com retorno de verba pelo cumprimento das metas pré-estabelecidas, por outro lado, preocupamos principalmente com a qualidade dos nossos serviços que fica comprometida (Méd.VM 3).

Os pontos negativos que eu percebo (pausa), os gestores não investem na área e nem em nós profissionais, falta capacitação para nós funcionários, mais recursos, precisamos de mais atenção dos gestores do município, mas eles nem vem aqui, só vem aqui quando querem pedir alguma coisa em troca para população na época da eleição ai chove de gente aqui, eles vêm todos dias (Méd. PA 13).

No município de Guaratinguetá depoimentos correspondentes foram identificados, como se evidencia.

Sim, algumas vezes, algumas vezes não, sempre ..., a gestão do município não participa muito nos nossos trabalhos, mas para cobrar são muito bons, acho muito engraçado, eles vêm aqui em cima do salto, dizem que vão fazer isso e aquilo, pega nossa mão, dá até nojo e não fazem nada, não conseguimos encaminhar os moradores para especialistas quando precisa e, quando a gente consegue, ai meu Deus, demora muito, às vezes até o paciente já até morreu (Enf. SM 31).

Sim, existem vários pontos negativos, não conseguimos resolver tudo aquilo que a população necessita, precisamos de mais apoio dos nossos superiores, principalmente nas questões burocráticas (TE SM 33).

Sim, existem muitos pontos negativos que dificultam muito o sucesso do nosso trabalho, nós somos cobrados de muitas coisas, mas não dão o suporte necessário para nós. A nossa Internet é fraca, o sistema sempre trava, como vamos cadastrar as pessoas, às vezes os procedimentos ficam para serem lançados e somos cobrados, engraçado né (risos), ninguém sai do conforto que tem nos gabinetes e vem aqui ver o que passamos (TE SM 34).

Um ponto que merece destaque nesse quesito, falta de apoio, refere-se ao fato de que tais significados foram identificados nos depoimentos de 05 profissionais e todos são da área técnica, especificamente, a área médica e a enfermagem. Em Aparecida, tais significados apareceram nos depoimentos de 01 profissional que atua nas ESF da **VM** e 01 profissional da **PA** e, no município de Guaratinguetá, apareceu nos depoimentos de 03 profissionais da ESF **SM**.

Nas falas dos profissionais de Aparecida os significados sobre a falta de apoio se relacionam com a maneira pela qual as atividades estão sendo realizadas, como uma linha de produção, ou seja, os profissionais expressaram a necessidade do alcance de metas e falta de capacitação profissional. Quando o profissional **Méd.VM 3** utiliza a frase “*trabalhar, trabalhar, trabalhar, produzir, produzir, produzir não se importam com a qualidade*”, para expressar seu sentimento em relação aos fatores limitantes, leva a pensar no sistema de gestão do Taylorismo que enfatiza a eficiência operacional das tarefas realizadas pelos profissionais da linha de frente, e se preocupa com o melhor rendimento de cada profissional, deixando de lado as inovações tecnológicas que as ciência advindas da capacitação técnica pode fornecer (TEIXEIRA, 2014b).

Nos depoimentos dos profissionais de Guaratinguetá, a falta de apoio expressada pelos profissionais relaciona-se às questões administrativas, como a aquisição de insumos e equipamentos para efetivação de seus trabalhos e, ainda, as questões operacionais como fluxos para encaminhamentos de pacientes.

Diante do exposto, é possível compreender que as insatisfações no trabalho não causam repercussões somente na assistência realizada à população, mas também, causam impacto na vida dos profissionais envolvidos com reflexos na produtividade e, sobretudo, na qualidade de seu trabalho. Assim, é importante salientar que os fatores geradores de insatisfação não podem ser analisados isoladamente ou de forma fragmentada, ou seja, o conjunto de fatores devem ser considerados no contexto das políticas e diretrizes organizacionais das ESF, sem perder de vista as decisões e ações gerenciais em seu conjunto.

De acordo com Arantes, Shimizu e Hamann (2016), evidencia-se que são diversos os avanços na ESF, contudo, ainda se nota que os profissionais enfrentam problemas, sobretudo os que estão relacionados às questões estruturais federativas do país e regionais, e a isso soma-se também o despreparo e de comprometimento por parte de alguns gestores que assumem tais responsabilidades sem antes se apropriarem de conhecimentos para o exercício da gestão pública dificultando a organização dessa modalidade de atenção à saúde, a APS como eixo principal do sistema de saúde. Dessa forma, conclui-se que a elaboração, a implementação, sustentabilidade e o desenvolvimento de ações para efetivação das políticas da ESF dependem do grau de investimento do Estado, mas, também, do envolvimento e empenho de atores que se encontram inseridos em outros níveis de gestão, o estadual, o municipal, com a participação ativa da população.

Diante da análise dos depoimentos acima apresentados pelos profissionais, nessa Unidade Temática infere-se que os profissionais trazem diversos significados negativos que atrapalham a efetivação das políticas da ESF, a saber: descreditação, sobrecarga de serviços, falta de recursos, falta de apoio dos gestores.

Assim, compreende-se que, quando os entrevistados explicitam seus significados sobre a ESF a partir de aspectos socioculturais e vinculam as questões negativas, estão procurando dar um sentido a algo não familiar caracterizando o que Moscovici (2011) denomina de processo de ancoragem, como uma das fases que originam as RSs, ou seja, os profissionais procuram concretizar uma ideia abstrata por meio de explicações existentes e a partir de suas representações mentais pré existentes atribuem significados às coisas, no caso, a ESF representando aquilo que não é costumeiro em seu universo próprio.

8.2.10.2 Análise comparativa a respeito de fatores limitantes da ESF

Na fala das gestoras de ambos os municípios, os fatores limitantes da política da ESF apareceram relacionados às questões públicas, políticas e de gestão. Um Técnico em enfermagem da ESF da **VA** do município de Guaratinguetá também expressou sentimentos similares carregados de vários outros sentimentos que dificultam a operacionalização da ESF no território, tais como, a falta de recursos, a distância, a falta de profissionais e a quantidade de pessoas a serem atendidas. Destaca-se que em Aparecida não foram identificados esses significados.

No quesito sobrecarga de serviços, no município de Aparecida identificou-se que 01 Dentista da ESF da **PA** fez menção a esse significado. Em Guaratinguetá, 01 Enfermeiro da ESF **VA** mencionou tal representação, como fator limitante para efetivação da política da ESF. Ressalta-se que o profissional Enfermeiro da ESF da **VA** acredita na atribuição de funções e na divisão de tarefas como elementos que podem melhorar o desempenho de profissionais que se sentem atribulados de atividades. Infere-se que o trabalho em equipe é um potencial para o cumprimento das atividades proposta pela política da ESF.

Outro ponto identificado nos depoimentos dos profissionais foi a falta de recursos. No município de Aparecida, 01 Dentista e 01 ACS da **VM** mencionaram a falta de recursos humanos para operacionalizar efetivamente as atividades das ESF. Em Guaratinguetá, similaridades foram identificadas nos depoimentos de 04 ACS da ESF da **VA**. De maneira geral, os fatores limitantes que apareceram com mais frequência nos depoimentos dos profissionais foi a falta de ferramentas utilizadas para suas atividades, o número de pessoas que excede a capacidade dos profissionais atender, além da falta de verbas, carros para deslocamento para áreas distantes e insumos.

A falta de apoio dos gestores foi identificada nos depoimentos dos profissionais Médicos de ambas as ESF **VM** e **PA** no município de Aparecida. Em Guaratinguetá, significados correspondentes apareceram nos depoimentos de 01 enfermeiro e 02 Técnicos em enfermagem da ESF do **SM**.

Em ambos os municípios, percebe-se que os profissionais, cada um com seus saberes específicos e projetos de vida, direcionam as ações de saúde para o cotidiano de acordo com as necessidades e interesses de dada realidade. De modo geral, destacam-se os sentimentos de desacreditação e insatisfação nos depoimentos de profissionais de ambos municípios e nas ESF analisadas. No entanto, de acordo com os depoimentos, necessidades de mudanças foram apontadas nessa forma de conduzir a gestão do município e dos territórios da ESF, a partir de iniciativas de apoio institucional. Porém, é preciso destacar que esses espaços precisam ser “introjetados” pelos profissionais, para que se tornem também protagonistas nos processos de produção da gestão e da tomada de decisão nos territórios, para efetivação das políticas públicas da ESF.

O Quadro a seguir apresenta a síntese das respostas dos profissionais de acordo com os subtemas dessa Unidade Temática.

Quadro 30 - Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre os fatores limitantes e impactantes para efetivação da Estratégia de Saúde da Família nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Unidade Temática - Fatores limitantes e impactantes na efetivação da Estratégia de Saúde da Família				
Aparecida				
Profissionais	Desacreditação	Sobrecarga de serviço	Falta de recursos	Falta de apoio dos gestores
Dentista		1	1	2
Enfermeiro				
Médico				
ASB				
Técnico enf				
ACS			1	
Recep				
Secretária de saúde	1			
Guaratinguetá				
Dentista				
Enfermeiro		1		1
Médico				
ASB				
Técnico enf	1			2

ACS			4	
Recep				
Secretária de saúde	1			

Fonte: elaborado pelo autor da tese

8.3 Representações Sociais da População Beneficiária

Este capítulo destina-se a apresentar as RSs das populações a respeito das equipes que implementam as políticas da ESF nos territórios selecionados dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá.

Para melhor compreensão, destaca-se que os moradores que participaram desse estudo estão identificados pela abreviação da palavra morador, seguido do número que identifica a ordem em que o participante foi entrevistado, como se exemplifica a seguir: Morador da Vila Mariana 1 (MVM 1); Morador da Ponte Alta 26 (MPA 26), Morador da Vista Alegre 51 (MVA 51) e Morador do São Manuel 80 (MSM 80).

8.3.1 Representações Sociais das populações beneficiárias a respeito das equipes implementadoras das políticas públicas de saúde na Estratégia da Saúde da Família dos municípios analisados

As RSs são consideradas o conjunto de noções, conhecimentos e imagens que nos permitem evocar um dado acontecimento, pessoa ou objeto. Tais representações resultam de interações sociais, consideradas comuns para um determinado grupo de pessoas (MOSCOVICI, 2003).

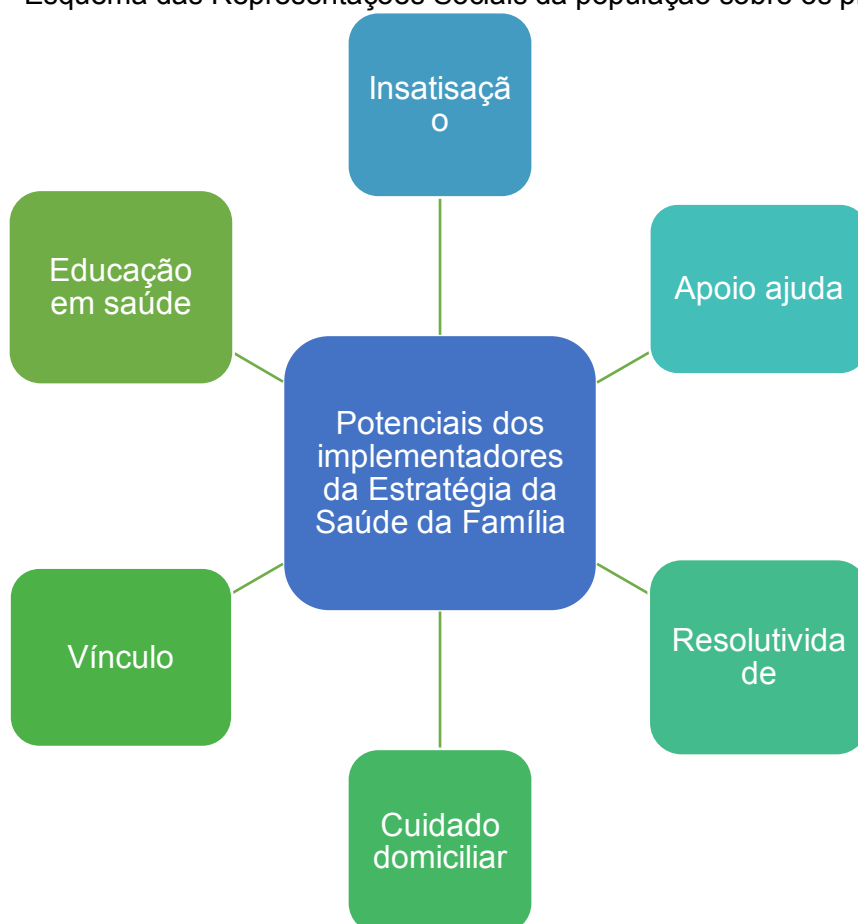
De acordo com Abreu, Pordeus, Modena (2005), é a partir de um grupo que se cria um objeto representado, atribuindo a ele significados e realidade. As RSs representam a imagem de um objeto que se encontra em constante movimento na ideia das pessoas, considerando as práticas interativas que acontecem no contexto de um grupo. Assim, compreende-se que é a partir dessas interações que se

expressam e confirmam as noções ou crenças subjacentes das pessoas, sendo as RSs uma unidade significativa que se relaciona com aquilo que as pessoas pensam e com o modo como elas fazem algo.

Infere-se, então, que é com base em suas interações nos respectivos contextos territoriais da vida social e com os profissionais da ESF que os moradores entrevistados atribuíram significados às temáticas trazidas pelo pesquisador.

A seguir, apresenta-se na figura 32 a síntese das RSs referenciadas pelos moradores participantes do estudo a respeito dos profissionais que implementam as políticas da ESF.

Figura 32 - Esquema das Representações Sociais da população sobre os profissionais



Fonte: Elaborado pelo autor

8.3.1.1 Potenciais dos implementadores da Estratégia da Saúde da Família

Com a análise dos depoimentos dos moradores das ESF dos municípios em estudo, elaborou-se a Unidade Temática **Potenciais dos implementadores da Estratégia da Saúde da Família** e seus respectivos subtemas: **Insatisfação, Apoio e ajuda, Resolutividade, Cuidado domiciliar, Vínculo, Educação em Saúde**.

As representações sobre os profissionais surgem nos depoimentos dos participantes como **Insatisfação**, primeiro subtema dessa unidade temática, evidenciado a seguir pelos depoimentos dos moradores do município de Aparecida:

Ao meu ver um ou outro é bom viu, a maioria não atende muito bem, parece que estão fazendo um favor para gente, na hora que vai nos atender nossa é muita cansa eles deixam a gente esperar [...] (MVM 1).

Apesar de não ter muito contato com eles, não sou muito satisfeita com o atendimento deles para mim, acho que os profissionais que trabalham lá no postinho são aqueles que devem sair mais e ir nas casas visitar as pessoas, os acamados, assim que percebo eles devem ir em busca de quem realmente precisa [...] (MVM 3).

Pelo que eu vejo eles deixam muito a desejar, eu escuto muitas reclamações aqui no bairro, no meu ponto de vista minha compreensão é insatisfatória, eles não fazem o que deveria, é muita gente e ninguém faz nada, é uma má vontade danada viu (MVM 12).

Os profissionais não são muito bons não, eu penso que eles deveriam dar solução para nossos problemas, marcar consulta, trocar receita, mas sempre que a gente vai lá eles inventam uma desculpa para atender, então por isso que eu falo eles têm má vontade, muita gente ali deveria ser trocada (MVM 17).

Seguem agora os depoimentos de moradores de Guaratinguetá.

Ai credo, eles são ruins de serviço, muita gente lá e não fazem nada direito para gente, olha toda vez que vou lá sempre eu arrumo briga, viu, eles têm uma má vontade para atender a gente, credo, devia trocar um monte lá, tem uns dois que gosto, são bonzinhos, mas o resto Deus me livre (MSM 61).

Não gosto muito deles, tinham as dificuldades, nossa, eles demoram muito para atender, a gente tem que madrugar para ser uma das primeiras [...] (MSM 69).

Eu evito ir lá no posto, não vou muito com a cara dos profissionais, um ou outro eu gosto, mas nem vêm na minha casa por que é área de outra pessoa, é isso que sempre dizem e quando vêm é daquele jeito, cheio de má vontade, parece que estão fazendo um favor para gente, a moça que coordena o posto, a chefe é a pior de todos (MSM71).

Aqui vale a pena destacar que, em muitos outros depoimentos, também foram identificados sentimentos semelhantes, ou seja, outros moradores também demonstraram insatisfação em relação aos profissionais que atuam na ESF, devido a demora no atendimento e o descaso dos profissionais em relação aos moradores. Porém, tais discursos não foram apresentados por serem expressados de maneira idêntica. Assim, nesse subtema utilizou-se apenas os depoimentos que conduzem à mesma ideia de insatisfação, mas expressados de diferentes formas.

A seguir, apresenta-se a relação dos moradores cujos depoimentos foram expressos de maneira parecida. No município de Aparecida destaca-se o seguinte morador: **MVM6**. Em Guaratinguetá foram identificadas repetições nas falas dos seguintes moradores: **MVA 50, MVA 53, MVA 56, MSM 65, MSM 66, MSM 67, MSM 72, MSM 73, MSM 74, MSM77, MSM79 e MSM 80**.

Por meio dos depoimentos dos moradores profissionais evidencia-se que um grupo de moradores estão descontentes com o atendimento que os profissionais das ESF oferecem. Destaca-se que os depoimentos de insatisfação apareceram com maior frequência no município de Guaratinguetá, nas duas unidades de ESF **VA** e **SM**, ao passo que no município de Aparecida tais similaridades foram encontradas apenas nos depoimentos dos profissionais da ESF da **VM**. Importante salientar os depoimentos que revelam insatisfação no município de Aparecida aparecem no bairro periférico em Guaratinguetá aparecem tanto nos bairros centrais como periféricos com prevalência no bairro periférico ESF SM, ou teriam prevalecido nos bairros periféricos?

Embora apareçam significados negativos a respeito dos profissionais das ESF nos municípios analisados, quando amplia-se o olhar para a totalidade dos depoimentos, constata-se que a maior parte dos moradores em ambos municípios se

sentem satisfeitos com o atendimento que recebem dos profissionais, pois, o número de respostas com significados negativos foram inferiores quando comparados ao número total de participantes, ou seja, dos 80 moradores entrevistados, apenas 20 expressaram sentimentos de negatividade em ambos municípios, com destaque para Aparecida, cujos depoimentos de insatisfação foram ainda menores.

Compreende-se que seja importante analisar a satisfação da população para que se possa prever e conhecer os comportamentos de saúde que se apoiam em valores e crenças e, sobretudo, compreender a relação com a ideia de senso comum e de referência genérica a respeito da saúde. Entende-se que seja crucial compreender a satisfação dos moradores dos territórios das ESF a respeito de uma das dimensões importantes do SUS, especificamente a relação entre usuários e profissionais de saúde, pois a efetivação dessas relações, bem como a efetivação das práticas do cuidado são fundamentais para garantia da continuidade do tratamento. Esses fatores trazem ganhos significativos para todos os envolvidos no processo, tais como a população, os profissionais e o sistema de saúde (ESPIRIDIANO; TRAD, 2006).

O segundo subtema dessa Unidade Temática, **Apoio e ajuda**, foi referenciado pelos moradores entrevistados a respeito dos profissionais. Seguem os depoimentos dos moradores do município de Aparecida.

Os profissionais representam apoio para mim, eles me ajudam sempre que preciso, é isso, significa ajuda, eles são de casa, vem sempre aqui me ver, com isso a gente passa a ter confiança neles (MVM 19).

Representam ajuda para nós, vejo neles a possibilidade para resolver meus problemas de saúde (MVM 5).

Para mim, significa atendimento, auxílio para mim e para as famílias que moram aqui no bairro, todo mundo depende deles (MVM 7).

[...] para mim é o apoio que preciso, eles são respeitosos, eles tentam de todas as formas nos ajudar, esse vínculo com eles é muito bom, nos dá mais segurança (MVM 8).

[...] são bons, realizam visitas, orientações sobre nosso jeito de viver, eles nos auxiliam em tudo, inclusive na prevenção das doenças, eles são nossos mentores (MVM 11).

[...] para mim são as pessoas que ajudam outras pessoas, eles têm conhecimentos, têm estudos, eles foram treinados para isso, para nos ajudar (MPA 22).

[...] pessoas que auxiliam, são dedicados e atenciosos, só tenho elogios a essa equipe admirável (MPA 24).

[...] ajudam na qualidade de vida da população, estão sempre preocupados e atentos para intervir em fatores que podem colocar a nossa vida em risco (MPA 28).

Na sequência, seguem os depoimentos dos moradores do município de Guaratinguetá.

[...] para mim é meu porto seguro, minha segurança, entende, busco neles o cuidado que preciso, eles são umas belezinhas, sempre me atendem com carinho atenção, tem a maior paciência comigo, coisas que, às vezes, família da gente não tem sempre, vêm em casa, adoro quando eles vêm, bate-papo, conversa, distraio com eles (MVA 60).

Os profissionais da ESF representam apoio e ajuda, são pessoas que se comovem com o sofrimento do próximo [...], vão nas casas das pessoas e sempre tentam fazer alguma coisa pra gente (MVA 54).

Destaca-se que, nesse tópico, também foram identificados depoimentos idênticos entre os participantes, e assim, a seguir, apresenta-se apenas os moradores. No município de Aparecida, os moradores **MVM 2, MVM 4** apresentaram depoimentos parecidos. Em Guaratinguetá, foram os seguintes moradores: **MVA 41, MVA 42, MVA 47, MVA 48, MVA 49, MVA 55, MVA 43, MVA 44, MVA 51, MSM 63, MSM 68, MSM 74, MSM 75 e MSM 77.**

Nesse subtema, além de trazer alguns depoimentos, optou-se também por demonstrar o número total de moradores que referiram os mesmos significados a respeito das equipes implementadoras das políticas da ESF, para que se obtenha

ideia exata a respeito das representações sobre a temática em questão. Dessa forma, destaca-se que dos 80 participantes, 26 expressaram significados idênticos nesse subtema.

Ainda em relação aos significados “apoio e ajuda”, no município de Aparecida nota-se que tais representações apareceram mais vezes na ESF da **VM** quando comparada à ESF da **PA**. Em Guaratinguetá, essas representações apareceram mais vezes nas falas dos moradores da ESF **VA** do que nas falas dos moradores da ESF **SM**.

De maneira geral, nota-se que foi expressiva essa representação, o que leva a pensar que existe um grau de satisfação a respeito dos serviços realizados pelos implementadores da ESF. A satisfação do usuário é considerada uma diretriz norteadora para a programação de melhorias dos serviços públicos, é uma importante ferramenta para análise da qualidade dos serviços. A opinião dos moradores da área adscrita ao território da ESF é de fundamental importância para reorganização dos serviços já existentes, a implantação de novos equipamentos à população, considerando desde a sua estrutura física, localização, até a qualidade da assistência realizada pelos estabelecimentos de saúde. É uma espécie de indicador capaz de propor mudanças, a fim de adaptação às necessidades da população (FERRO, *et al.*, 2015).

Bonato (2011) afirma que as pesquisas que buscam analisar a qualidade e a satisfação dos usuários dos serviços de saúde retratam resultados temporários, portanto, devem ser sempre colocadas em pauta, uma vez que são necessários ajustes contínuos. Analisar o grau de satisfação dos usuários não é uma ferramenta apenas de organização dos serviços de saúde, trata-se, pois, de ordená-los de tal modo que atendam às necessidades das populações em geral (BONATO, 2011).

O terceiro subtema dessa Unidade Temática, **Resolutividade**, emerge nos depoimentos dos participantes como RSs a respeito dos profissionais, ou seja, a população beneficiária considera as práticas assistenciais dos profissionais satisfatórias para resolver os possíveis problemas de saúde, como se nota a seguir.

Eu acho que eles apoiam a gente em tudo, são resolutivos para gente, bom assim que eu vejo e olha, várias pessoas que eu tenho amizade e alguns parentes também gostam muito deles [...] (MVM 9).

Sou muito satisfeita com os profissionais, me dão atenção, atendimento, resolvem os problemas que tenho, gosto muito deles viu (MVM 10).

Nossa, eles são muito bons demais, a moça que vem aqui conversa bastante comigo, a gente precisa disso, de atenção, ainda mais que já estou velha né (risos), elas dão tudo para mim, atenção, carinho, resolve meu problema de saúde eu considero da família já (MVM 13).

Olha, sempre que eu fui no postinho os profissionais me atenderam muito bem sempre, conseguiram resolver meus problemas, algumas vezes não resolveram, mas, coitado deles né, muita coisa não depende só deles, daí fica difícil para eles (MVM 20).

Os profissionais são pessoas que resolvem nossos problemas, são pessoas boas, não medem esforços para nos ajudar, sempre que fui lá eles me atendem, as vezes vou lá e mesmo sem estar marcado consulta eles atendem, nunca me deixaram na mão (MPA 29).

Ah eles estão ali para resolver nossos problemas, eles cuidam, atendem no postinho, são bem eficientes para nós viu, eles nos orientam também, nossa, só tenho agradecer cada um deles (MPA 30).

É a solução de tudo, meu filho, eu moro sozinha, tudo que preciso eles me ajudam, eles resolvem tudo para mim, tem umas de lá do postinho que cuidam até dos meus cachorrinhos, elas são demais (MPA 36).

Nossa, vou te contar uma coisa, eles são tudo de bom para gente, são atenciosos, respeitosos e resolutivos, eles resolvem sempre (MPA 39).

Os profissionais que trabalham na ESF representam ajuda, sempre estão dispostos para resolver nossos problemas (MPA 37).

Destaca-se que o significado resolutividade apareceu apenas nos depoimentos dos profissionais do município de Aparecida em ambas as unidades de ESF **VM** e **PA**. O significado resolutividade para os moradores adscrito no território da ESF da **VM** aparece acompanhado de outros sentimentos como amizade, atenção, carinho e, na EFS da **PA**, a resolutividade emerge acompanhada de eficiência, atenção, respeito e disposição.

De acordo com Rezende (2010), a ideia de resolutividade é utilizada como sinônimo do ato de solucionar. A autora complementa que o termo resolutividade é permeado por diferentes dimensões tais como: “afetividade do serviço; a integralidade; o acesso universal; a satisfação dos usuários; a intersetorialidade; as tecnologias utilizadas pelo serviço e as demandas e necessidades dos usuários, entre outras” (REZENDE, 2010, p.5).

Para Turrini, Lebrão e Cesar (2008, p. 664), a resolutividade

envolve aspectos relativos à demanda, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e sócio econômicos da clientela, entre outros.

Turrini, Lebrão e Cesar (2008) consideram a resolutividade uma temática complexa, referindo-se à capacidade das equipes em reconhecer as necessidades locais de saúde de um dado território e ofertar ações para supri-las; assim, os autores consideram necessário estimular frequentes discussões com o propósito de criar estratégias para efetivação da resolutividade em saúde.

O significado **Cuidado domiciliar**, quarto subtema dessa Unidade Temática, citado por um grupo de moradores, diz respeito às RSs dos moradores sobre os profissionais que implementam as políticas da ESF. A seguir, apresenta-se os depoimentos dos moradores do município de Aparecida.

Os profissionais, deixa eu ver (pausa) hum, são os cuidadores né, eles que cuidam da gente, nos orientam, dá remédio para gente, ensina a gente comer bem e se cuidar (VM 18).

Os profissionais representam o cuidado, são verdadeiros anjos da guarda para nós (MPA 25).

Os profissionais representam muito para mim, são pessoas que cuidam, pessoas especiais sempre à disposição em me ajudar em tudo que preciso (MPA 26).

Os profissionais representam para mim pessoas que cuidam, pessoas que amam o próximo, gostam do que fazem (MPA 27).

Seguem os depoimentos dos moradores do município de Guaratinguetá.

Os profissionais para mim são excelentes, vejo eles como super-heróis que cuidam da população sem medir esforços (MVA 45).

Os profissionais são aqueles que realizam as atividades de cuidado, eles zelam pela saúde da população (MSM 76).

Destaca-se aqui que alguns moradores apresentaram depoimentos similares e para evitar a exposição de frases idênticas, optou-se também por apresentar apenas os depoimentos que estão retratados de forma diferenciadas, mas que conduzem a ideia do cuidado domiciliar. Para compreensão da totalidade apresenta-se aqui a identificação dos moradores que expressaram depoimentos iguais: em Aparecida, os moradores **MPA 32** e **MPA 33**, seguidos dos moradores de Guaratinguetá, **MVA 46**, **MSM 62**, **MSM 64** e **MSM 7**.

Nesse quesito, nota-se que houve uma distribuição mais ou menos equiparada aos depoimentos dos dois municípios, sendo que em Aparecida 01 morador fez menção ao cuidado domiciliar na ESF **VM** e, na ESF da **PA**, 05 participantes mencionaram o cuidado como RS. Em Guaratinguetá, 02 moradores da **VA** e 04 moradores do território da ESF **SM** mencionaram o cuidado domiciliar como RSs sobre os profissionais.

A partir das constatações dos depoimentos das populações beneficiárias, algumas potencialidades dos profissionais das ESF foram identificadas nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá: a boa relação, pois, em alguns momentos evidenciou-se nos depoimentos das populações que os profissionais se preocupam com os cuidados que oferecem, pois vão às casas “*visita-los, são excelentes, são super heróis e zelam pela saúde*”.

Segundo Lacerda (2010), o cuidado domiciliar pode ser uma oportunidade para criação de vínculos, para que a autonomia do indivíduo e da família se concretize, pois, nesse momento, o profissional tem a oportunidade de dar orientações e estimular a população sobre atitudes do auto cuidado. Além de fazer, o profissional tem a oportunidade de vivenciar com o indivíduo e a família situações do processo saúde e doença, no local da habitação, de relações e de significados para a vida.

A mesma autora complementa que o cuidado domiciliar

está em olhar o indivíduo e sua família em seu contexto, visualizando e considerando seu meio social, suas inserções, seu local de moradia, seus hábitos e relações e qualquer outra coisa ou situação que façam parte de seu existir e estar no mundo. Autonomia, para os indivíduos e familiares terem condições para desenvolverem o cuidado no domicílio numa situação de adoecimento, é a possibilidade de estar capacitado a realizar o cuidado com ajuda do sistema de saúde, com profissionais que ensinem, orientem e acompanhem e principalmente com uma enfermeira que tenha sensibilidade e capacidade técnica-científica para estabelecer metas de cuidado factíveis à realidade de saúde-doença vivenciada (LACERDA, 2010, p. 2621).

A visita ou cuidado domiciliar são ferramentas que aproximam os profissionais das populações. Nos depoimentos das populações foi identificado o **Vínculo**, quinto subtema, referenciado por um grupo de participantes como RSs sobre a atuação dos profissionais, como se evidencia a seguir, inicialmente com referência ao município de Aparecida.

[...] *os profissionais que trabalham na ESF são como se fossem da minha família, sempre estão dentro da minha casa realizando visita para mim, eu tenho um*

bom relacionamento e um bom vínculo com eles, cumprem direitinho com o trabalho deles (MPA 23).

Nossa, eles são muito bons, gosto muito deles, eles sempre organizados procuram saber se estamos precisando de algo, eles estão sempre presentes para ajudar a gente (MPA 35).

A seguir os depoimentos das populações do município de Guaratinguetá.

Eu confio muito nos profissionais, estão sempre preocupados, sempre de olho na gente, eles vêm sempre aqui em casa para saber como estou, se preciso de alguma coisa, sempre trazem informações para mim, tadinho deles estão sempre preocupados comigo (MVA 58).

Eles são bons demais, muito, sempre tem um passando para ver a gente, eu tenho dó deles, o prefeito deve olhar por eles, são pessoas que a gente pode contar, sempre que eu tenho problema estão à disposição e se esforçam muito para ajudar, às vezes não conseguem, mas, não é culpa deles é porque não tem recurso, isso é um problema da prefeitura (MVA 59).

As RSs acerca do subtema Vínculo no município de Aparecida foram identificadas nos depoimentos de 02 pessoas adscrita na ESF da **PA** e, em Guaratinguetá, nos depoimentos de 02 moradores da área da ESF **VA**.

Entende-se que vínculo se refere ao relacionamento de cumplicidade e confiança que se estabelece entre os atores, no caso, os profissionais das ESF e as populações adscritas nos respectivos territórios. De acordo com os participantes, o compromisso, preocupação, respeito e organização do serviço são indispensáveis para a consolidação deste processo, que pode acontecer dentro de grupos, durante o acolhimento e a visita domiciliar. Compreende-se que para os participantes é importante a formação do vínculo com os profissionais da ESF; eles acreditam que o vínculo seja uma das estratégias que melhora a assistência devido à proximidade que se produz.

Uma das principais atribuições da ESF é o estabelecimento de vínculo com a população, pois isso permite a continuidade da assistência, auxilia na construção de relações de afetividade e confiança entre os profissionais e populações. Por meio do

vínculo é possível aprofundar, participar no processo saúde e doença, bem como estimular a responsabilização da população na prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2012).

Para Ilha *et al* (2014) o vínculo profissional-usuário

se estabelece a partir do momento em que o profissional se interessa pelo usuário, reconhecendo a sua singularidade e a realidade de vida em que este se insere, e assim estabelecendo conversas com conteúdo. Nessa direção, os profissionais da saúde são desafiados a compreender o usuário para além de sua doença, no sentido de reconhecer suas reais necessidades e ter condições para promover a saúde de forma integral e integradora. A construção do vínculo profissional-usuário surge, em suma, como uma técnica empreendedora onde o profissional e o usuário podem agir juntos a favor do viver saudável. Formar o vínculo profissional-usuário como requisito para a atuação na Estratégia Saúde da Família significa estreitar relações dialógicas com o outro, mas também é um processo de educar-se na sensibilidade e solidariedade para vivenciar os acontecimentos numa perspectiva ampliada (ILHA *et al.*, 2014, p, 561).

O vínculo é uma estratégia de aproximação entre os profissionais e os moradores de um dado território; por meio dele é possível estabelecer a criação de espaço que permite a continuidade da assistência. A partir da análise dos depoimentos de moradores foi possível identificar o sexto subtema dessa Unidade Temática, **Educação em Saúde**, como RSs a respeito dos profissionais implementadores da ESF, como se evidencia a seguir.

Nossa os profissionais são umas bênçãos para nós, sou muito satisfeito com eles, eles nos orientam como tomar medicamentos certo, se alimentar corretamente, dão bastante instruções para gente (MVM 14).

Ah os profissionais são ótimos, sempre estão prontos para ajudar, gosto muito das orientações que eles me dão, de como devo me cuidar, às vezes só isso já resolve nossas aflições, eu gosto muito deles, Deus me livre ficar sem eles, já estamos acostumados, você não queira saber como era antes deles, ninguém olhava por nós, aqui é longe de tudo (MVM 15).

Os profissionais são bons demais, eu tenho eles como se fossem meus mestres, eles me ensinam a viver bem, a me alimentar bem, ter boa condição de moradia, a cuidar da água que bebe, eles dão muitas orientações (MVM 16).

Os profissionais da ESF são pessoas importantes para sociedade, são eles que nos auxiliam, eles nos orientam em tudo, em todas as nossas dúvidas (MPA 38).

Não tenho o que dizer deles, sempre estão prontos para ajudar, orientam e esclarecem todas as minhas dúvidas (MPA 40).

Os significados de educação em saúde foram identificados apenas nos depoimentos dos profissionais de Aparecida em ambas as ESF. Nestes depoimentos é possível compreender a importância dos profissionais para a população beneficiária. Isso pode ser fortemente identificado nos recortes das falas de um morador quando ele utiliza a frase “*Deus me livre ficar sem eles, já estamos acostumados, você não queira saber como era antes deles, ninguém olhava por nós, aqui é longe de tudo*” (MV15). Os pensamentos sobre os profissionais nos levam a compreender que a educação em saúde acontece em meio à combinação de ações e experiências de aprendizado planejado com o intuito de habilitar as pessoas a obter conhecimentos sobre fatores determinantes e comportamentos de saúde.

A respeito da educação em saúde, Falkenberg *et al.*, (2014, p. 848) afirmam que

envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente. Embora a definição do MS apresente elementos que pressupõem essa interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento desse processo, ainda existe grande distância entre retórica e prática.

A educação em saúde é uma atribuição dos profissionais que atuam na ESF; deve ser entendida como um conjunto de saberes e práticas direcionados para a prevenção de doenças e promoção da saúde, construída a partir das interações que

se estabelecem entre os profissionais e as populações beneficiárias, possibilitando a produção do cuidado. É um recurso por meio do qual o conhecimento é produzido cientificamente na área da saúde, e sua utilização pelos profissionais do campo da saúde é capaz de produzir alterações na vida cotidiana da população, além de articular o conhecimento científico, individual e cultural, estimulando a prática de hábitos saudáveis e condutas adequadas de saúde (ALVES, 2005).

Nessa Unidade Temática as populações beneficiárias atribuíram significados de descontentamento a respeito dos profissionais que atuam nas equipes das ESF, muito embora significados positivos também tenham sido identificados em seus depoimentos, pois para estes os profissionais representam apoio, ajuda, resolutividade, cuidado, vínculo, educação, dentre outros. Essa representação atribuída aos profissionais trata-se, pois, de uma das etapas das RSs, que Moscovici (2011) denomina de processo de objetivação. Como o próprio nome sugere, trata-se de um movimento de externalização utilizados pelos moradores, na medida em que tal movimento permite a conexão do universo subjetivo com o universo material e objetivo. De acordo com o autor os conceitos e imagens são abstraídas da memória, e ambos se reproduzem no mundo exterior, com a finalidade de tornar familiares as coisas desconhecidas, a partir daquilo que já é previamente conhecido. O autor complementa que objetivar é reproduzir um conceito em uma figura, é dar significados às coisas e objetos.

8.3.1.2 Análise comparativa da população beneficiária a respeito dos implementadores da Estratégia da Saúde da Família

Em relação às RSs de insatisfação expressadas pelas populações beneficiárias, nota-se prevalência para o município de Guaratinguetá, ou seja, dos 20 moradores que disseram que estão insatisfeitos com o atendimento dos profissionais dos municípios analisados, 05 pertencem ao município de Aparecida na ESF **VM** e 15 pertencem ao município de Guaratinguetá, sendo que, dentre estes, 03 eram da ESF da **VA** e 12 da ESF **SM**.

No quesito apoio e ajuda, dos 80 moradores que participaram desse estudo 26 apresentaram significados correspondentes. Destes, 07 pertencem à ESF da **VM** e 03 à ESF da **PA**, no município de Aparecida. Em Guaratinguetá, 11 pertencem à ESF da **VA** e 05 à ESF **SM**. Assim, nota-se que em Guaratinguetá tais representações foram identificadas mais vezes.

A representação resolutividade foi identificada apenas nos depoimentos das populações beneficiárias do município de Aparecida, ou seja, nos depoimentos de 04 moradores da ESF da **VM** e 05 da ESF da **PA**.

Em relação ao significado cuidado domiciliar observou-se que apareceram de forma equitativa em ambos municípios, ou seja, dos 12 participantes que expressaram tal representação, 01 pertence à ESF da **VM** e 05 pertencem à ESF da **PA**, no município de Aparecida. Em Guaratinguetá, 02 são da ESF **VA** e 04 da ESF **SM**.

A outra representação social referida pelas populações beneficiárias no município de Aparecida, Vínculo, foi identificada nos depoimentos de 02 moradores da área adscrita da ESF da **PA** e, em Guaratinguetá, nos depoimentos de 02 moradores da ESF da **VA**.

As RSs Educação em Saúde apareceram apenas nos depoimentos das populações do município de Aparecida, sendo identificadas nas falas de 03 participantes da ESF **VM** e nos depoimentos de 02 participantes da ESF **PA**.

Quadro 31- Síntese e análise comparativa das respostas das populações beneficiárias sobre os implementadores da Estratégia da Saúde da Família nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Unidade Temática - Potenciais dos implementadores da Estratégia da Saúde da Família						
Populações	Satisfação	Apoio e ajuda	Resolutividade	Cuidado domiciliar	Vínculo	Educação em Saúde
Aparecida	5	10	9	6	2	5
Guaratinguetá	15	16	0	6	2	0

Fonte: elaborado pelo autor da tese

8.3.2 Representações Sociais da população beneficiária a respeito da saúde

O conceito de saúde adquire diferentes significados, porque é interpretado por diferentes pessoas de diferentes contextos sociais, depende do momento histórico-cultural, dos valores e costumes de determinada sociedade, e além disso, sua compreensão está intimamente ligada aos aspectos relacionados ao modo de vida dos indivíduos (BAECELLAR; ROCHA; FLÔR, 2012).

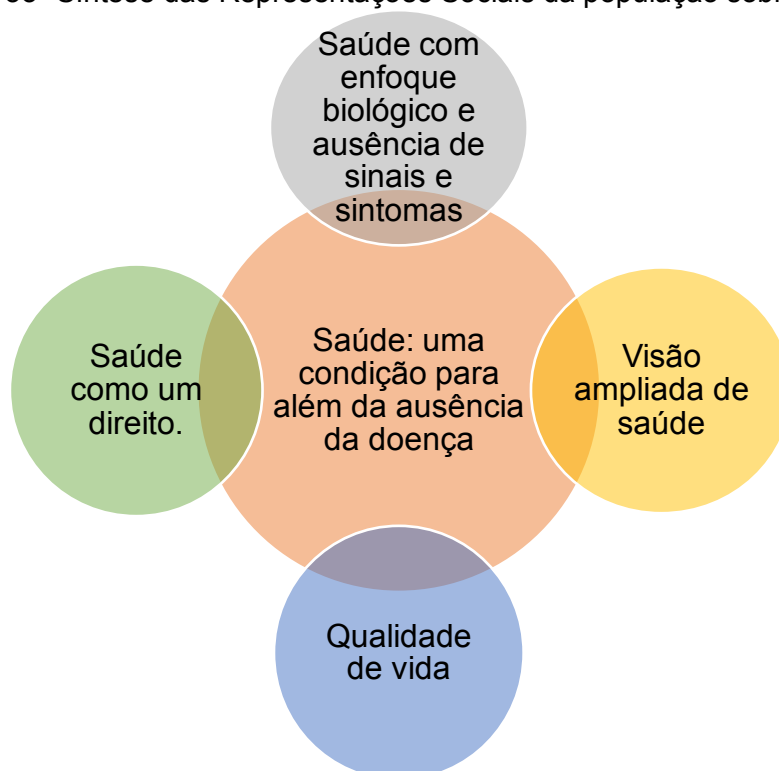
Esse capítulo é destinado a apresentar as RSs da população beneficiária a respeito da saúde. Desde logo, é importante salientar que os significados identificados nos depoimentos das populações se assemelham aos apresentados no início dos resultados, ou seja, os implementadores de políticas publicadas de saúde da ESF expressaram significações semelhantes aos da população beneficiária.

Após análise e interpretação dos depoimentos da população beneficiária foram identificadas concepções de saúde relacionadas com a ausência de problemas físicos e ausência da doença, e ainda, enfatizou-se a aceção de completo bem estar. Além disso, em alguns depoimentos, saúde foi relacionada as questões biopsicossociais, ou seja, consideram aspectos além dos biológicos e pressupõem que a saúde é fruto de um processo social que se relaciona com as condições de vida, trabalho e subsistência.

Assim, por hipótese, admite-se que as RSs trazidas nos depoimentos possam resultar das influências dos implementadores das políticas públicas de saúde sobre a vida das populações beneficiárias, uma vez que são os implementadores de políticas públicas que fornecem informações a respeito da qualidade de vida da população, como evidenciado em depoimentos dos participantes citados no capítulo anterior dessa tese.

A seguir apresenta-se uma figura como forma de sintetizar as RSs dos depoimentos das populações beneficiárias que apareceram com maior frequência.

Figura 33- Síntese das Representações Sociais da população sobre saúde



Fonte: Elaborado pelo autor

8.3.2.1 Saúde: uma condição para além da ausência da doença

A partir da análise dos depoimentos dos participantes, foi identificada a seguinte Unidade Temática: **Saúde, uma condição para além da ausência da doença** e seus subtemas, **Saúde com enfoque biológico e ausência de sinais e sintomas**; **Visão ampliada de saúde**; **Qualidade de vida** e **Saúde como um direito**.

Ao indagar a população a respeito dos significados sobre a saúde, a partir de seus depoimentos foi possível identificar o primeiro subtema dessa Unidade temática, **Saúde com enfoque biológico e ausência de sinais e sintomas**, ou seja, identificou-se nos depoimentos das populações significados associados à ideia de saúde, tais como estar bem e não possuir sinais e sintomas, o que permite deduzir a ligação com as questões biológicas. Pondera-se que muitos participantes expressaram significados correspondentes e, assim, para se ter uma noção ampliada das respostas antes de apresentar os depoimentos, demonstra-se os participantes

cujos depoimentos foram idênticos: MVM 5; MMV6; MMV15; MVM 1; MVM 2; MVM 3; MVM 4; MVM 13; MVM 14, MVM 16; MPA 33; MPA 37; MVA 41; MVA 56; MVA 57; MVA 59; MVA 60 MSM 61; MSM 62; MSM 63; MSM 64; MSM 65; MSM 67; MSM 68; MSM 69; MSM 70; MSM71; MSM 72; MSM 73; MSM 75; MSM 76; MSM 79; MSM 80.

A seguir apresenta-se os depoimentos de moradores de Aparecida:

Saúde é quando tudo está certo, a pessoa não sente nada quando está com saúde e ser muito feliz (MVM1).

[...] saúde é tudo, é felicidade, é ser disposto para fazer tudo, você com saúde tem mais autonomia para fazer as coisas (MVM 2).

Saúde para mim é quando não estou sentindo nada, saio para trabalhar, passeio, isso para mim é saúde, tenho disposição (MMV17).

Saúde é o contrário da doença, a gente tem disposição, a gente tem vontade de trabalhar, fazer os serviços de casa, resolver os problemas, com saúde a gente tem disposição para tudo (MVM 18).

[...] saúde, a gente sente disposição para tudo, levantar cedo, arrumar a casa faço almoço, vou na rua resolver os problemas, quanto tenho saúde eu estou disposta (MVM 19).

Saúde é quando o organismo está funcionando de forma adequada, é também o completo bem-estar físico, mental e social (MPA 28).

Seguem também os depoimentos da população beneficiária do município de Guaratinguetá.

Saúde é quando você está bem fisicamente e mentalmente, é estar bem, saudável e disposto (MVA 49).

Saúde, quando tá tudo bem, a pessoa tem disposição, ela é capaz de cuidar de si mesmo não sente nada (MVA 50).

Saúde, que saudades desse tempo que era mais moço, eu tinha saúde para dar e vender, mas a gente abusa né. Fico muito contente quando levanto com disposição, saúde é isso é ter disposição para fazer tudo e não sentir nada (MVA51).

Saúde é tudo na vida da gente né, sem saúde a gente não é nada, quando estou com saúde estou bem, me sinto disposta, consigo fazer tudo em casa, saio para pagar contas, pessoa saudável tem gosto pela vida (MVA 55).

Saúde ao contrário da doença, ao meu ver, é quando estou sem problema nenhum [...] (MSM 74).

A saúde é quando a pessoa tá bem, às vezes eu tenho um resfriado, uma dor de barriga, diarreia, mas isso tudo é passageiro, não é bem uma doença, é somente uma indisposiçãozinha (MSM 78).

Diante dos depoimentos é possível compreender que as populações entendem que ter saúde significa estar bem, não ter sinais e sintomas, relaciona-se com as condições físicas e biológicas do ser humano, conceito utilizado por muito tempo. Alves (2011) compartilha dessa discussão ao afirmar que, para ela, a compreensão de saúde esteve atrelada às condições medicamentosas e curativas e à ausência de sinais, sintomas e doença. As autoras complementam que o completo bem estar físico, mental e social foi também utilizado para definir as condições de saúde de uma pessoa por muito tempo.

Ainda na compreensão das mesmas autoras, foram incluídas outras dimensões para conceituar a saúde. A partir do modelo biopsicossocial, a saúde passa a ser compreendida como resultado de um processo que envolve as condições sociais do dia a dia das pessoas, representa as condições de existência dos indivíduos (ALVES, 2011).

Tais compreensões também foram identificadas nos depoimentos de um grupo de moradores que participaram desse estudo, como se evidencia a seguir, na próxima Unidade Temática.

Quando se indagou a população beneficiária sobre saúde, foi possível compreender que, para eles, a noção de saúde vai além da presença de sinais e sintomas, surgindo o segundo subtema dessa Unidade Temática, **Visão ampliada de**

saúde. Foi então possível identificar nos depoimentos dos participantes elementos que contribuem para a manutenção da saúde: condições de moradia, alimentação, sono, trabalho, renda, lazer, segurança, dentre outros. Para a população, todos esses são fatores exercem influencias na vida humana. Aqui, apresenta-se os participantes que expressaram significados idênticos, para que se tenha um panorama das respostas que se referem ao conceito ampliado de saúde: MVM5; MVM8; MVM 9; MVM 10; MPA 21, MPA 34; MPA 35; MPA 24; MPA 38; MVA 42; MVA 43; MVA 44.

Na sequência, seguem os depoimentos da população do município de Aparecida:

[...] ter tudo, casa para morar, alimento, escola, lazer, tudo isso eu considero saúde, quando tudo está bem na minha vida, aí eu me considero com saúde [...] (MVM 7).

[...] é a harmonia de tudo, a pessoa feliz, trabalhando, boa alimentação e boa moradia, isso eu considero saúde [...] (MVM 11).

[...] saúde, tudo é maravilhoso, tudo é bom, temos disposição para fazer tudo, saúde é tudo na vida de uma pessoa, é um dos bens mais preciosos [...] (MVM 12).

[...] é estar bem, tudo na vida né, ter uma boa condição de moradia, uma boa alimentação, bom emprego, salário, segurança, lazer, para mim isso tudo é saúde (MVM 20).

Saúde, então [...], posso dizer que saúde é ter um bom emprego, um bom salário, comida, boa moradia, segurança, saúde para mim é estar de bem com a vida (MPA 22).

Difícil também falar de saúde, se a gente não tem o mínimo para viver, como falar que a gente tem saúde, tanta gente morando debaixo das pontes, tanta gente sem escola, tantas pessoas sem ter o que comer, pessoas doentes querendo internação, tá difícil, para se dizer que temos saúde, tem que ter o mínimo de condição de vida e boa qualidade de vida (MPA 23).

A saúde é fundamental para nossa vida e para nossa sobrevivência, para se ter saúde é necessário ter uma vida regrada, com limites para tudo, alimentação, dormir bem, lazer e menos stress isso é difícil (MPA 32).

O conceito de saúde é muito amplo, mas vamos lá, saúde é o completo bem-estar, é quando tudo na vida da pessoa está em harmonia, a própria condição física, condições de moradia, trabalho, segurança, lazer etc (MPA 36).

[...] a pessoa fica disposta, não sente dor, come bem, sente vontade de sair e se divertir, a vida é muito curta, temos que passear, há, ia me esquecendo a pessoa tem disposição para trabalhar também (risos) (MPA34).

[...] é tudo de bom, é disposição, é felicidade, estar trabalhando, é passeio, comer e se vestir bem, ter acesso na educação, ter segurança e isso estar de bem com a vida (MPA 40).

Seguem os depoimentos da população do município de Guaratinguetá.

Saúde para mim é estar bem em tudo, ter dinheiro, ter escola para os filhos, uma boa alimentação, passeio, uma boa casa para morar, isso para mim é saúde [...] (MVA 46).

[...] é quando está tudo bem, não tem doença, tem um bom serviço, um bom salário [...] (MVA 52).

[...] é ter uma vida saudável, quero dizer, casa, moradia, segurança, escola passeio, enfim, desfrutar de alguns prazeres que merecemos né (MVA 54).

Saúde é muito bom, mas acho que nós é que somos responsáveis por ter ou não saúde, devemos cuidar bem do nosso corpo, ter uma boa alimentação, uma boa noite de sono, enfim uma boa qualidade de vida, aí assim seremos saudáveis (MVA 58).

[...] a pessoa saudável é quando tudo está em harmonia, em todas as esferas da vida, emprego, moradia, alimentação, lazer, salário, isso tudo para mim é saúde, ah (exclama) saúde é também ter um país mais organizado (MSM 77).

A partir da compreensão das necessidades da população sobre a saúde, na década de 1990 o SUS instituiu atenção à saúde de forma mais ampliada, a toda sociedade; assim instituiu os cuidados básicos e os mais complexos por meio da integralidade, universalidade e equidade (BRASIL, 1990). O que possibilitou que toda população tivesse suas necessidades contempladas e/ou providas. Rosa, Secco, Brêtas (2006) afirmam que muito foi realizado, mas ainda existe muito a se fazer para melhorar a qualidade de vida da população e oferecer melhores condições de saúde para que, de fato, o conceito ampliado de saúde seja alcançado.

A CF (BRASIL, 1988) em seu Art. 6º traz como garantia a todos os cidadãos os direitos sociais de “educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”, condições básicas e suplementares para a vida humana.

De acordo com os depoimentos dos profissionais essas condições envolvem os aspectos relacionados ao bem-estar físico, mental, psicológico, das relações emocionais, os relacionamentos sociais, segurança, além da educação, lazer, repouso e outros parâmetros que interferem na qualidade da vida humana.

Qualidade de vida, terceiro subtema dessa Unidade Temática, foi representada por um grupo de moradores do estudo como uma condição do processo de saúde. Inicialmente demonstra-se os depoimentos das populações do município de Aparecida.

Saúde eu vejo como qualidade de vida (MPA 29).

Saúde é ter uma boa qualidade de vida, para mim é quando a pessoa não tem nada possui bons hábitos, vida saudável (MPA 30).

A seguir, os depoimentos da população do município de Guaratinguetá.

Saúde para mim é tudo, ter uma boa qualidade de vida (MVA 47).

Saúde para mim é bem-estar e qualidade de vida (MVA 48).

A qualidade de vida (QV) possui diferentes compreensões. De acordo com Queiroz, Pace, Santos (2009), diz respeito à percepção do indivíduo sobre as condições de vida que cada um possui. Complementa-se que a percepção dessa variável é considerada subjetiva, depende muito dos diferentes contextos de quem analisa. A qualidade de vida é um estado que pode ser influenciado por múltiplos fatores, sejam físicos, mentais, sociais, económicos e ambientais.

Para Trentini *et al.*, (2004, 76), “o estado emocional das pessoas está altamente associado à sua qualidade de vida, o indivíduo pode mostrar mudanças no seu modo de ser, geralmente, provocado por algum acontecimento de impacto”. Calmeiro e Matos (2004) afirmam que a qualidade de vida é um grau de consciência entre aquilo que as pessoas almejam e a realidade em que se vive.

O quarto subtema dessa Unidade Temática foi **Saúde como um direito**.

Saúde é você se cuidar, fazer exames periódicos, ir ao médico sempre para poder fazer check-up, fazer uma boa alimentação, evitar estresse que hoje em dia é bem difícil de lidar, saúde é também cuidar daqueles que amamos (MPA 23).

Então, precisamos cuidar bem da nossa saúde, por isso precisamos sempre ir ao médico fazer exames e ver como está a nossa saúde, a saúde é tudo, a pessoa com saúde é pessoa feliz (MPA 31).

Saúde é um direito de todas as pessoas, é dignidade, as pessoas precisam ter acompanhamento médico adequado [...] (MPA, 39).

A saúde deve ser compreendida como direito de todas pessoas, deve contemplar os aspectos sociais e individuais. Assim, como um direito individual, pressupõe que as pessoas devam ter liberdade para compreendê-la, na sua mais ampla acepção. Dessa forma, é importante que as pessoas sejam livres para escolher qual tipo de relação terão com o contexto em que se inserem, com a cidade, o tipo de vida que pretendem ter, o tipo de trabalho que desejam, e quando enfrentam algum problema de saúde, que recursos médico-sanitário querem para si, bem como, o tipo de tratamento que pretendem se submeter, dentre outros (DALLARI, 1988).

A autora complementa que no contexto profissional

à saúde implica a liberdade [...] para determinar o tratamento. [...] poder escolher entre todas as alternativas existentes aquela que, em seu entender, é a mais adequada. É óbvio, então, que a efetiva liberdade necessária ao direito à saúde enquanto direito subjetivo depende do grau de desenvolvimento do Estado. De fato, unicamente no Estado desenvolvido socioeconômico e culturalmente o indivíduo é livre para procurar um completo bem-estar físico, mental e social e para, adoecendo, participar do estabelecimento do tratamento (DALLARI, 1988, p. 59).

Dessa forma, é possível concluir que a questão do direito à saúde deve privilegiar a igualdade entre as diferentes populações, pois trata-se de um direito de todos. A esse respeito, Dallari (1988, p. 59) afirma que “o direito à saúde ao apropriar-se da liberdade e da igualdade caracteriza-se pelo equilíbrio instável desses valores”.

Conclui-se que a criação do SUS está diretamente relacionada à tomada da responsabilidade em termos de garantia dos direitos como um dever do Estado. Os ideais do SUS vão além de simplesmente disponibilizar postos de saúde e hospitais para que toda sociedade possa acessar quando necessário; a maior estratégia está em atuar antes disso, ou seja, é necessário se antecipar, conhecer a realidade das populações com estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença.

Vale destacar que os profissionais em certa medida exercem influências sobre as populações beneficiárias, especialmente ao se analisar os subtemas visão ampliada e qualidade de vida, nessa Unidade temática, pois identificou-se depoimentos correspondentes entre as populações beneficiárias e os profissionais que compõem as equipes de ESF, por exemplo: ter boas condições de alimentação, moradia, salário, segurança, educação, significados que fazem aproximação com o conceito de saúde vigente. Nessa Unidade Temática, as populações beneficiárias fizeram alusão à saúde vislumbrando o indivíduo em todas as esferas, a biológica, psicológica e social, ou seja, está intrínseco em seus depoimentos que se uma dessas esferas estiver comprometida, a saúde está comprometida.

Dessa maneira, infere-se que as populações abstraíram do cognitivo esquemas conceituais e substituíram por algo material, ou seja, por uma imagem que transforma um conceito em realidade. De acordo com Moscovici (2015, p. 74) “[...] as imagens se

tornam elementos da realidade, em vez de elementos do pensamento”, pois o processo de objetivação transforma “[...] a palavra que substitui a coisa, na coisa que substitui a palavra” (MOSCOVICI, 2015, p. 71). Dessa forma objetivar para Moscovici (2015, p. 72) é “comparar e já representar, encher o que está naturalmente vazio, com substâncias”.

8.3.2.2 Análise comparativa a respeito da população beneficiária sobre à saúde

Nesse estudo, observa-se que vários participantes relataram que a saúde se relaciona aos fatores biológicos, à ausência de sinais e sintomas. Em relação a essa temática, no município de Aparecida identificou-se maior frequência nos depoimentos das populações beneficiárias na **VM**, ou seja, 16 participantes adscritos nessa ESF referiram tais significados ao passo que na ESF da **PA** apenas 04 moradores atribuíram significados correspondentes; já em Guaratinguetá, o destaque foi para as populações beneficiárias da ESF do **SM**, com 18 moradores, seguidos da população beneficiária da ESF da **VA** com apenas 13 participantes.

Em relação à visão ampliada de saúde, nota-se destaque para as populações das áreas adscrita na ESF **PA**, ou seja, nos depoimentos de 11 participantes identificou-se tais significados, na ESF da **VM** 08 participantes apresentaram significados correspondentes, em Aparecida. E no município de Guaratinguetá, o destaque foi para as populações beneficiárias da ESF **VA**, com apenas 05 participantes que apresentaram significados similares.

Em relação à qualidade de vida, em Aparecida apenas 02 participantes da área adscrita na ESF **PA** referiram-se a tal representação, e em Guaratinguetá, essa acepção foi identificada nos depoimentos de 02 moradores da área de cobertura da ESF da **VA**.

O último ponto a ser destacado relaciona-se à saúde como um direito, identificado apenas nos depoimentos de 03 moradores do município de Aparecida, especificamente na ESF da **PA**; nas demais ESF não foram identificados significados similares.

Quadro 32- Síntese e análise comparativa das respostas dos profissionais sobre os aspectos potenciais da Estratégia de Saúde da Família dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Unidade Temática - Saúde, uma condição para além da ausência da doença				
Populações	Saúde com enfoque biológico e ausência de sinais e sintomas	Visão ampliada de saúde	Qualidade de vida	Saúde como um direito
Aparecida	20	19	2	3
Guaratinguetá	31	5	2	0

Fonte: elaborado pelo autor da tese

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar às considerações finais, constata-se que muitas questões movimentaram os caminhos percorridos no desenvolvimento dessa pesquisa. A complexidade dos temas tratados, a quantidade de resultados obtidos e as inúmeras incertezas ao longo desse processo possibilitam apontar que são muitos os pontos a serem problematizados e estudados em busca de cada vez melhor compreensão das relações entre sociedade, saúde e território. A esse respeito, essas considerações finais apontam para alguns fios e elementos que contribuíram para compreensão da produção de territorialidades e sociabilidades nos distintos territórios de vida dos municípios analisados.

Após a extensa análise efetuada no capítulo anterior, cabe retomar ao objetivo da presente tese para que possam ser traçadas essas considerações finais. A proposta geral do estudo foi analisar o modelo assistencial da atenção primária à saúde a partir da implementação das ESF em diferentes territórios, ressaltando a importância da dimensão territorial para a implementação dessa política, e também, analisar as representações sociais e a influência das equipes implementadoras (gestores e profissionais), em sua função mediadora junto às populações atendidas, bem como os pontos de vista dessas populações como elementos para a constante avaliação e humanização da política e sua implementação. Apresentando as potencialidades de organização dos sistemas de saúde dos Municípios de Aparecida e Guaratinguetá, na perspectiva dos implementadores da ESF e da população beneficiária, buscou-se trazer um retrato de uma realidade sempre em transformação. A sensação que se tem é que é preciso avançar constantemente, pois outras inquietações e desafios emergem no decorrer do trabalho.

Tem-se a consciência de que os caminhos percorridos são compreensões que levaram a entender que se tratam de resultados possíveis de um recorte espaço-temporal dos processos de busca de conhecimento, dentro de um todo que não é estanque, pois, por ser composto por relações sociais, estão em constante movimento. Ressalta-se que esta tese possui caráter compreensivo e de exploração descritiva predominante, e traz também considerações articuladas a teorias e conceitos relacionados às temáticas tratadas. Tal fato decorreu de um grande volume

de referências levantadas e de informações cedidas pelos atores do processo de implementação das políticas das ESF, gestores e profissionais e, ainda, por meio das entrevistas concedidas pelas populações beneficiárias.

Enfatiza-se também que a escolha deste *corpus* documental utilizado para compor a tessitura dessa tese já carrega consigo um corte analítico que, em certa medida, caminha ao encontro do problema de pesquisa proposto como estratégia de estudo. Assim, também em relação às práticas espaciais dos profissionais e da população beneficiária, considerados atores sociais territorializados, cujos depoimentos apontaram elementos interpretativos importantes, a visão do pesquisador também carrega recortes analíticos próprios, ao adicionar um conjunto significativo de referências e citações para fundamentar as discussões que versavam a respeito das unidades temáticas e subtemas oriundos dos grupos focais e entrevistas.

Diante do levantamento de bibliografias para estudo do conceito de território, foram encontradas diferentes definições e contextualizações de interesse para a abordagem da problemática proposta.

No pensamento de Claude Raffestin (1993), o espaço antecede o território, ou seja, trata-se de uma realidade inicial para que o território seja produzido. O território é o local onde as relações de poder acontecem, a partir das práticas cotidianas do estado e da sociedade e, portanto, infere-se daí que no território múltiplos poderes compõem as complexas dinâmicas sociopolíticas.

Na lógica de Milton Santos (1997a) o território é visto em sua unidade e diversidade. Para o autor, o território é um tema central da história humana e do país, com significações distintas em suas diversas etapas e momento atual, e é concebido como produto histórico de determinações sociais e experiências vividas, e não apenas como forma e materialidade.

À sua vez, Rogério Haesbaert (2004) analisa o território na acepção de multiterritorialidade, composta pelos seguintes elementos, não excludentes, mas em relação de complementaridade: territórios-zona, territórios-rede e os aglomerados de exclusão, além das dimensões culturais, dimensões simbólicas dos territórios.

Essas conceituações foram importantes para compreender e situar a complexidade das relações sociais que neles se estabelecem, ora passíveis de observação na escala local, onde os agentes e poderes são produzidos e produzem as relações sociais e o espaço, ora em escalas mais amplas, onde processos e determinações globais podem ser melhor contextualizados para melhor compreensão dos territórios locais (SANTOS, 1997b).

A partir dessa compreensão de que o território não é apenas uma forma e, sim, um produto histórico resultante das produções sociais, humanas, que se transformam e assumem diferentes determinações, e que o território é influenciado por meio das inter-relações sociais, utilizou-se a teoria das RSs para o tratamento das questões relacionadas à subjetividade dos atores envolvidos nos contextos sócio territoriais da ESF. Para melhor compreensão das interrelações sociais que constituem os territórios, e considerando que as Representações Sociais têm como ponto de apoio justamente tais interações em contextos territoriais específicos, admite-se que as Representações Sociais são variáveis significativas da psicosfera social (SANTOS, 2006b), que, para o autor, inclui as crenças, paixões, produção de sentidos, saberes, e que se relacionam com os contextos socioterritoriais aos quais estão imbricados.

A decisão de valorizar os estudos teóricos das Representações Sociais e tomá-las como categoria analítica da implementação das políticas públicas, especificamente a política de saúde da ESF, baseia-se no pressuposto de que essa valorização representa um ganho para esta área de políticas públicas; significa compreender e agregar os diferentes saberes científicos considerando seus paradigmas estruturais e suas relações com a sociedade, que contribuem para o enriquecimento da compreensão de novos significados. Além disso, as Representações Sociais permitem a aquisição de informações a partir das interações praticadas no âmbito das atividades profissionais dos agentes implementadores e no contexto socioterritorial de vida das populações beneficiárias, possibilitando compreender os valores, as crenças, as visões de mundo dos atores envolvidos.

Em relação ao sexo dos profissionais os dados reunidos mostraram predominância feminina. A idade dos profissionais entrevistados no município de Aparecida variou de 25 a 57 anos e a média de idade foi de 36 anos; no município de Guaratinguetá, a idade variou de 24 a 73, sendo a média das idades de 45 anos.

Ressalta-se que nesse grupo de participantes do estudo, os profissionais do município de Aparecida são mais novas quando comparadas com a população do Município de Guaratinguetá.

A maior parte dos profissionais eram casados, e em relação à religião, havia predomínio de católicos nesse grupo de participantes.

Em relação à escolaridade dos profissionais, em ambos os municípios se identificou predomínio do ensino médio, seguido do nível superior e ensino fundamental, e todos atuavam nas respectivas categorias em tempo superior a dois anos.

No tocante ao vínculo empregatício, observou-se predominância de profissionais concursados para o município de Guaratinguetá, exceto a secretária de saúde. Em Aparecida, identificou-se que apenas os ACS foram contratados após a realização de concurso público com predomínio de contratos pelo regime de Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). Em relação à carga horária dos profissionais, prevaleceu a carga horária de 40 horas semanais.

Dos profissionais com nível superior, as secretárias de saúde de Aparecida possuem especialização em áreas afins. Em relação aos enfermeiros, identificou-se que três enfermeiros possuem especialização, e destes, duas são da área de saúde pública e uma não. Em relação às outras categorias de nível superior, nenhum profissional possui pós-graduação (especialização), mestrado ou título de doutor. Em relação à área técnica em enfermagem, em ambos os municípios, não realizaram formação complementar. Dentre os sete ACS que participaram do estudo em Aparecida, seis mencionaram ter realizado curso de formação para atuar como agente comunitário de saúde; já em Guaratinguetá, apenas dois realizaram formação para atuar na área. As duas profissionais ASB em Aparecida realizaram o curso de auxiliar de saúde bucal. Em relação ao recepcionista, este não possui formação complementar.

No que se refere à idade da população beneficiária, no município de Aparecida variou de 18 a 81 anos, com média de idade de 42 anos. No município de Guaratinguetá, a idade variou de 18 a 74, sendo a média de 47 anos. A média das idades da população beneficiária total que participou do estudo foi de 45 anos.

Ao analisar o sexo da população beneficiária observou-se predominância feminina em ambos os municípios.

Em relação ao grau de instrução das populações beneficiárias, no município de Aparecida identificou-se predominância do segundo grau, seguido do nível superior, primeiro grau completo e incompleto. Em Guaratinguetá, o destaque foi para o segundo grau, seguido do primeiro grau completo, incompleto e nível superior.

Em relação à renda familiar, em ambos os municípios prevaleceu a média de dois a três salários, seguido da renda de 1 salário, renda de quatro a cinco salários e renda salarial maior que seis salários-mínimos.

Sobre o tipo de moradia, em ambos os municípios, identificou-se que a maior parte das populações beneficiárias possuem casa própria.

Abordar o tema Representações Sociais pôde trazer originalidade para o trabalho, visto que foi realizado em diferentes territórios das ESF nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá, e enfatiza os sentidos dados aos diferentes contextos territoriais, aos elementos que compõem o território, que o tornam vivo e dinâmico, em especial para tratar de propostas de intervenção aos atores envolvidos profissionais e população beneficiária. Conhecendo o que se pensa, a respeito das temáticas relacionadas ao território e às políticas de saúde das ESF, acredita-se que isso possa facilitar o alcance dos resultados em termos de melhoria da cobertura dos serviços de saúde para a população pesquisada.

As **Representações Sociais sobre a saúde** para os implementadores de políticas públicas da ESF em certa medida se relacionam com os serviços de saúde que implementam em âmbito territorial nas ESF e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos no local onde atuam. Porém, o que chama a atenção é que elas também estão associadas à qualidade de vida, capacidade de trabalhar, habitação, alimentação, ausência de sinais e sintomas, bem estar. Identificou-se também Representações Sociais da saúde relacionadas com a fé, prevenção, promoção, processo educativo e acessibilidade a desigualdade foi um elemento encontrado de privação ao acesso aos serviços de saúde.

Já as **Representações Sociais de doença** apresentam-se sempre relacionadas a algo negativo. A doença para essa população aparece como mal funcionamento do organismo, presença de sinal e sintoma, dor que traz limitações para o organismo. Destaca-se, aqui, que os implementadores de políticas públicas fazem forte associação entre a doença física, biológica e o psicológico das pessoas, e aparece também como um castigo, ou seja, para essa população escolher uma religião e se apegar em Deus são formas de enfrentar os problemas de saúde que possam vivenciar. Além disso, nota-se que a Representação Social a respeito da doença também está associada às questões governamentais do país, visto que descaso dos governos, desvio de verbas, fome, falta de moradia, desemprego, falta de salário, foram elementos citados que tornam as populações vulneráveis as doenças

Nos municípios analisados, a **Representação Social a respeito da ESF** aparece nos depoimentos dos implementadores de políticas públicas como processo de reorganização do sistema de saúde, sendo considerada a porta de entrada para os serviços de saúde do SUS. O acolhimento também foi citado como um elemento importante para elevar os índices de cobertura e resolutividade dos problemas de saúde. Ressalta-se que os gestores afirmaram estarem envidando esforços para essa questão, o que se reflete no percentual de cobertura, ou seja, no município de Aparecida foi identificado um índice de cobertura maior em comparação ao município de Guaratinguetá. Assim, constata-se que os índices de cobertura podem melhorar ainda mais nos municípios, especialmente em Guaratinguetá, cujos índices apresentados estão muito abaixo de 50%, tanto no que se refere à ESF quanto à saúde bucal. Ainda assim, considera-se que as ESFs representam um ganho para as populações, uma vez que, em ambos os municípios, aspectos e potenciais positivos estão presentes nos depoimentos dos implementadores das políticas e da população beneficiária.

Pondera-se que para garantir a consolidação das ESF analisadas, nos municípios de Aparecida e Guaratinguetá e melhorar a qualidade de atenção primária à saúde, seria importante avaliar o volume de populações por equipes adscritas nos distintos territórios. Pois de acordo com os dados apresentados, o número de pessoas por ESF excede a capacidade estabelecida pelo MS, que é no máximo de 4000 pessoa por equipe, sendo a média recomendada de 3000 pessoas, levando-se em

conta o perfil epidemiológico da população e respeitando os critérios de equidade para essa definição.

Ressalta-se que no município de Aparecida apenas a ESF da **PA** possui um número de pessoas cadastradas de acordo com as diretrizes do MS; em Guaratinguetá o número de pessoas excede esse limite em ambas as ESF. Contudo, é necessário também investir em recursos humanos e na formação e qualificação destes profissionais para que tenham o perfil adequado para atuar nessa modalidade de atenção à saúde, uma vez que nesse estudo evidenciou-se que a maior parte dos profissionais não possuem formação específica para atuar na ESF.

A análise do conteúdo apresentada permitiu compreender que o foco de trabalho dos implementadores de políticas na ESF em ambos os municípios são as populações beneficiárias. Revela-se também que as **Representações Sociais da população** para os implementadores aparece como auxílio e como vulnerabilidade, ou seja, para eles as populações necessitam dos serviços oferecidos pela política das ESF.

Denota-se a necessidade de uma aproximação estreita das equipes implementadoras das políticas da ESF junto às populações beneficiárias, justamente para orientar e organizar as práticas assistenciais de acordo com o perfil epidemiológico, socioeconômico e territorial das populações adscritas às ESF. Muito embora as questões relacionadas à aproximação não foram identificadas na maioria dos depoimentos, destaca-se que tais significados apareceram representados por sinônimos no município de Aparecida, bem como houve equiparação a respeito, no município de Guaratinguetá, cujos depoimentos apresentaram similaridades, com destaque para a ESF **VA**, mas também nos depoimentos de profissionais da ESF da **SM**. O vínculo surge nos depoimentos de profissionais como elemento importante nas relações profissionais-populações, o que representa um ponto positivo para a efetivação das políticas da ESF, uma vez que é um elemento capaz de elevar e consolidar a confiança entre os atores.

A visita domiciliar é uma prática essencial para essa modalidade de atenção à saúde e a efetivação do vínculo, mas dentre os municípios analisados, apenas em Aparecida identificou-se que as atividades podem estar contribuindo para melhorar a

qualidade de vida. A visita domiciliar apresenta-se como uma prática emancipatória para as ESF, justamente por seu potencial em aprimorar as condições de saúde e de vida das populações beneficiárias, pois o processo de trabalho dos profissionais facilita a identificação dos problemas de saúde e das necessidades dos moradores, conforme verificado nos depoimentos apresentados. Essa prática emancipatória traz possibilidades aos profissionais de reconhecer as necessidades da população e tomar a consciência da intencionalidade em desenvolver práticas assistenciais pautadas nas diretrizes das políticas da ESF, em sua condição de política de regularização e organização do modo de produção da saúde da população, reproduzindo um modelo de saúde social mais generalista, sem perder de vista o princípio da equidade.

Os dados revelam a **Representação Social de território** para os implementadores de políticas como ambiente dinâmico, vivo, oriundo das dinâmicas, das atividades e das relações sociais que nele acontecem pois, nos pensamentos dos implementadores das políticas públicas o território é o local de trabalho das pessoas, onde elas retiram o sustento próprio; o território possui características plurais, influenciado pela ação humana, por suas histórias e culturas, ligado às questões simbólicas, históricas, culturais e de identidade, enfim na visão dessa população no território é onde acontecem também as dinâmicas de disputas e poder.

A ideia de totalidade referida pelos participantes corrobora para a compreensão a respeito do território e também da saúde. Cabe destacar que as Representações Sociais de território trazidas pelos participantes aproximam-se, em certa medida, das definições de saúde apresentadas na carta de Ottawa (1986), na qual a saúde é compreendida como educação, habitação, alimentação, dentre outras condições. Esses pré-requisitos foram evidenciados nas Representações Sociais de território dos implementadores de políticas públicas da ESF, o que leva a inferir sobre o alcance desses elementos contributivos para um estado de bem estar físico, mental e social.

Dessa forma, é possível compreender que o território, a saúde das populações e as políticas de saúde pública são elementos interligados que contribuem para a redemocratização da sociedade, pois contêm as possibilidades de seu fortalecimento, uma vez que interferem nas diretrizes e decisões que possam garantir o exercício da cidadania às populações em todo o país. Aqui reside o grande potencial de

aprimoramento das análises e da própria política de saúde, no caso, considerando a ESF.

Em termos das Representações Sociais a respeito das influências na vida das populações beneficiárias, as gestoras e os profissionais de saúde dos municípios analisados, afirmam ter responsabilidades sobre as repercussões positivas ou negativas que as políticas públicas de saúde da ESF têm sobre vida das populações beneficiárias. Para alcançar uma boa condição de saúde e qualidade de vida para as populações são necessárias estratégias que propiciem uma nova institucionalidade social que devem ser construídas em cada momento histórico específico em que vivem as diferentes formações sociais. A promoção e prevenção da saúde devem acontecer de modo contínuo por intermédio de ações intersetoriais, que viabilizam as políticas públicas saudáveis.

Dessa forma, mediante análise dos depoimentos dos participantes do estudo conclui-se que o trabalho das gestoras e dos profissionais que atuam nas unidades de ESF é importante para organização e execução das políticas públicas de saúde nos territórios das ESF, a ponto de proporcionar mudanças no estilo de vida e, por conseguinte, melhoria na qualidade de vida das populações beneficiárias.

Nessa tese, as **Representações Sociais sobre a territorialização**, na ótica dos implementadores de políticas públicas da ESF, aparecem como ferramenta necessária para organizar os territórios, especialmente nos depoimentos das gestoras e dos profissionais do município de Aparecida, além de ser um elemento útil para proporcionar mudanças, sendo que esse significado foi mais expressivo nos depoimentos de profissionais da ESF **VM**, de Aparecida, e em Guaratinguetá mostrou-se com menos expressividade. Infere-se que, sendo técnica, a territorialização permite a apropriação dos territórios pelos serviços de saúde ligados à atenção primária, especificamente a ESF e, como política, é utilizada pelos profissionais, justamente para planejar, organizar e, sobretudo, gerenciar a prestação dos serviços de saúde nos territórios adscritos. Assim, conclui-se que a territorialização, na compreensão dos implementadores das ESF analisadas, é um modo prático de trabalho para definir os limites de sua atuação; é uma condição de trabalho que, ao mesmo tempo, demonstra a concepção de território, não apenas como receptáculo da vida social, mas, sobretudo, como fator de transformação das atividades sociais (SANTOS, 1997a).

No tocante às **Representações Sociais a respeito da humanização**, evidenciou-se que ela visa superar o modelo biomédico, procurando colocar a população como protagonista, sujeito central do processo assistencial, pois identificou-se nos depoimentos as acepções de amor, respeito, carinho e qualidade. Para tanto, é possível compreender que tais modos relacionais contribuem para a construção de vínculos e práticas assistências em saúde que, especialmente na ESF, vão muito além da visão fragmentada do cuidado em saúde. Porém, salienta-se que foram identificados nas falas dos participantes sentimentos que se contrapõem à prática da humanização, pois de acordo com as Representações Sociais de alguns profissionais, eles são cobrados para o cumprimento de metas, isto é, trabalhar para produzir resultados, inclusive como condição para recebimento de verbas públicas, o que pode indicar fatores impeditivos para a prática de humanização, delineada como aspiração autêntica para a atenção à saúde da população.

Para efetivação da humanização é importante investir nas equipes implementadoras das políticas nos territórios da ESF, na implantação de programas de formação em saúde para os profissionais, ressaltando a importância da ambiência para a escuta qualificada etc. Estes elementos podem promover mudanças nos modelos de gestão e atenção à saúde em âmbito municipal e territorial das ESF (BRASIL, 2020a). Ressalta-se que, nesse estudo, foram identificados depoimentos que apontam a sobrecarga de serviços e o excesso de populações atendidas, o que leva a questionar: quais as práticas que os profissionais adotam como estratégia para a humanização dos serviços prestados nos diferentes territórios?

Ademais, os profissionais destacam alguns elementos como potenciais para efetivação das políticas de saúde na ESF; a seguir destaca-se as **Representações Sociais para efetivação das políticas da ESF** referidas pelas gestoras e pelos profissionais dos municípios estudado a saber: o processo de reorganização e divisão territorial, o trabalho em equipe, as próprias relações de proximidade possibilitadas pela visita domiciliar, a competência técnica, apoio intersetorial e acessibilidade geográfica.

Entreabre-se um outro questionamento em relação à importante função da ESF: será que a ESF tem cumprido sua árdua missão de porta de entrada? Assim,

são necessárias constantes avaliações que busquem contribuir para seu aprimoramento, tal como o olhar dos atores envolvidos na produção do cuidado.

O acesso às unidades de ESF, em especial os territórios de atuação das equipes da ESF, na definição utilizada pelos implementadores, constitui-se em uma ferramenta de avaliação operacional, e um dos elementos que permite aproximar-se do objeto do estudo e, buscou, na percepção dos implementadores da ESF, um olhar ampliado para algumas características essenciais à qualidade dos serviços de saúde, particularmente aqueles relacionados à atenção primária na ESF.

Dessa forma, destacam-se elementos facilitadores e dificultadores do acesso no olhar dos profissionais. A dimensão geográfica foi considerada um elemento facilitador à proximidade das equipes de profissionais, em Aparecida, em ambas as ESF e em Guaratinguetá apenas na ESF **SM**. Destaca-se que as ESF **VM** em Aparecida e a ESF **SM** em Guaratinguetá estão localizadas em áreas distantes do centro urbano e, nestas áreas, não estão localizadas em locais estratégicos, ou seja, aos olhos do pesquisador, estão localizadas logo na entrada dos bairros, ponto que o pesquisador considera negativo, pois dificulta o acesso à área. Assim, a visita domiciliar surge como ferramenta que tenta diminuir os efeitos deletérios desse distanciamento, pois a proximidade foi referida como um fator positivo nos depoimentos, o que subteme que os profissionais estão preocupados com as necessidades especiais da população, a exemplo de idosos e acamados.

A dimensão organizacional, a dimensão econômica e a dimensão da intersetorialidade possuem relação com o conceito ampliado de saúde, uma vez que envolvem diferentes áreas e setores para efetivação do cuidado e, conseqüentemente, da ESF; trazem de volta o questionamento realizado no texto: como os profissionais que atuam nas ESF do município de Aparecida das ESF da **VM** e **PA** e os profissionais da ESF **VA** do município de Guaratinguetá se articulam para oferecer assistência à população considerando o conceito ampliado em saúde?

A dimensão territorial da política de ESF foi identificada apenas nos depoimentos de um participante como uma condição, um método articulador de ações intersetoriais no município; para ele, essa intersetorialidade contribui para o seu fazer

profissional, é uma responsabilidade que deve estar presente nas distintas instâncias de gestão da política pública.

Vale destacar que existem pontos considerados negativos pelos participantes do estudo, pois limitam a efetivação das políticas da ESF. Nessa tese as **Representações Sociais consideradas limitantes** pelos implementadores das políticas públicas são: a desacreditação, sobrecarga de serviço, falta de recursos e falta de apoio dos gestores.

Interessante ressaltar que as gestoras dos municípios não apontaram fatores positivos, mas somente fatores limitantes das políticas da ESF. Para elas, a dificuldade maior relaciona-se com as questões públicas, políticas e de gestão, pontos que convergem com os depoimentos dos profissionais da ESF, pois alguns relataram a falta de apoio da gestão.

Dessa forma, considera-se que a hipótese elencada pelo pesquisador em certa medida consistiu em algumas assertivas: algumas questões centrais que se colocam hoje na ESF se relacionam aos aspectos organizacionais do acesso, tais como a dificuldade de locomoção, pois identificou-se falta de veículos para acesso à zona rural como ponto dificultador para levar a saúde a essa população, configurando-se como um quadro crítico que compromete a atenção por eles necessitada, e ainda, o excesso de população cadastrada em uma mesma ESF.

Por outro lado, identificou-se nos depoimentos da população beneficiária elementos considerados como práticas influenciadoras. Ou seja, as populações beneficiárias referiram como **Representações Sociais dos implementadores de políticas públicas da ESF para as populações beneficiárias** a prática de fornecimento de informações, orientações e ensinamentos importantes, principalmente relacionados ao modo de vida. Apesar de também serem identificadas Representações Sociais negativas por parte das populações beneficiárias a respeito dos implementadores das políticas públicas de saúde nas ESF, interessante dizer que a população tem consciência de que a atuação dos profissionais tem um limite, isto é, nem tudo depende deles, muitas questões estão ligadas às atividades de gestão, aos níveis municipais, estaduais e até mesmo, o federal. Nos depoimentos das populações beneficiárias foi possível compreender a importância dos profissionais

para eles, pois identificou-se depoimentos de que a vinda dos profissionais trouxe melhorias pois antes da implementação da ESF eles se sentiam desamparados e sem assistência em seu território. As Representações Sociais a respeito dos profissionais nos levam a compreender que a prática da educação em saúde é uma atividade que acontece em meio à combinação de ações e experiências de aprendizado planejado com o intuito de habilitar as pessoas a obter conhecimentos sobre fatores determinantes e comportamentos de saúde.

No que se refere as **Representações Sociais a respeito da saúde para as populações beneficiárias** interessante destacar que os significados identificados nos depoimentos das populações se assemelham aos apresentados no início das considerações finais, ou seja, os implementadores de políticas de saúde da ESF expressaram significações semelhantes aos da população beneficiária. Assim, por hipótese, admite-se que as Representações Sociais trazidas nos depoimentos possam resultar das influências dos implementadores das políticas públicas de saúde sobre a vida das populações beneficiárias, uma vez que são os implementadores de políticas públicas que fornecem informações a respeito da qualidade de vida da população, como evidenciado em depoimentos dos participantes citados no capítulo anterior dessa tese.

Diante do exposto entreabrem-se alguns questionamentos para que novos estudos possam ser realizados com a finalidade de preencher as lacunas ainda existentes.

- Quais os fatores limitantes para que os profissionais da ESF utilizem as ferramentas propostas para efetivação da política de saúde e o diálogo com as populações beneficiárias;
- Que atividade de atenção à saúde devem ser realizadas pelos profissionais para efetivação dessa política;
- Qual a forma para implementação das práticas assistenciais que ampliem os olhares em relação à promoção da saúde e prevenção da doença considerando o princípio da equidade;
- Existe um diálogo entre os implementadores e populações beneficiárias a respeito de saúde e sobre as ações a serem desenvolvidas?

- Como estimular as ações intersetoriais, para garantir a integralidade das práticas assistenciais em saúde, juntamente com as ações sociais, cuja efetividade pode trazer influência positiva na implantação das políticas da ESF.
- Como promover mudanças efetivas nos processos de trabalho das equipes, visando a melhoria dos fluxos internos, nas ESF, com a população beneficiária, em vista do acolhimento e da prática de humanização das ações do cuidado.

Buscar a compreensão dessas questões acima elencadas pode contribuir ainda mais para ampliação e aprofundamento da qualidade das políticas da ESF nos municípios analisados.

Como recomendações aos profissionais, sugere-se que revisitem constantemente materiais elaborados pelo MS, tais como, as cartilhas das Políticas Nacionais de Atenção Básica, as Políticas Nacionais de Humanização, dentre outros, para que estes sejam de fato referenciados para reflexão e como instrumento norteador para a prática cotidiana das equipes nos territórios das ESF, e ainda, para sensibilização dos atores envolvidos para efetivação do SUS.

Vale comentar que esse trabalho não abordou o contexto referente à pandemia causada pelo coronavírus, no entanto, entende-se que as consequências dela afetaram a todos, em especial as populações mais vulneráveis, assim como, a economia do país que foi gravemente comprometida com o crescente aumento das taxas de pobreza no Brasil e no mundo.

Com o aumento acelerado da pobreza e o entendimento de que existe associação com os processos de urbanização e que esses processos impulsionam o crescimento das cidades para fora dos seus limites, isso leva a ponderar sobre o papel importante das políticas sociais de aproximação (FERNANDES, 2021) às populações em seus territórios de vida, tal como a ESF, que também pode se afirmar como estratégia ideal para acompanhamento dessa situação atípica ou esporádica que aflige a humanidade e a população brasileira, pois, em certa medida, dispõe de práticas e ferramentas capazes de atender às demandas específicas advindas, no caso, com a pandemia, que possui relação direta com o território, com os modos de sua constituição e funcionamento.

As contribuições que a área da Geografia propiciou foram importantes para o pesquisador, pois permitiu compreender a consolidação das políticas de saúde no âmbito territorial dos municípios de Aparecida e Guaratinguetá

Hoje, acredita-se que o encontro com o cotidiano em um espaço de trocas pode ser o início de possíveis mudanças, pois diante das constatações obtidas, é possível elaborar as políticas que atendam essas necessidades, quiçá reformular as já existentes. Dessa forma, acredita-se que esse estudo sirva como subsídio para outros estudos avançarem nas questões relacionadas ao território-saúde-políticas públicas, especialmente aquelas de base territorial, uma vez que o estudo aponta algumas fragilidades, dentre outras: o número de coberturas das ESF em um dos municípios, a quantidades de pessoas cadastradas por ESF, a situação de cada contexto municipal, a atenção específica que demanda e os problemas que necessitam ser solucionados para que tragam melhorias importantes para a população.

Dessa forma, acredita-se que a distribuição e qualificação das unidades (em seus diferentes níveis de atenção) e das equipes e o aprimoramento constante do contato entre profissionais e as populações em seus territórios de vida e contextos socioculturais constituem a dimensão inovadora da política de saúde em sua condição de verdadeira política de caráter social e territorial. Assim sendo, entreabre-se um espaço para a integração de políticas e ações, no âmbito municipal e, mesmo, no regional, e à interlocução de campos do conhecimento que só tendem a contribuir para a garantia do direito à saúde e ao lugar de vida saudável.

É importante salientar que esse estudo não possuiu a pretensão de esgotar todas as possibilidades de tratamento da temática, mas buscou dialogar com as reflexões de diferentes ciências a respeito dos elementos que permeiam a política territorial da saúde, a constituição dos territórios e a saúde das populações.

Espera-se que esse estudo possa contribuir para a realização de novos estudos que preencham as lacunas aqui apresentadas ou outras, e ajude na proposição de estratégias que, na medida do possível, possam alterar posturas de gestores, profissionais e beneficiários do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. **A Visita Domiciliar como uma Estratégia da assistência no domicílio**. 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39173/2/Modelos%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20-%20A%20Visita%20Domiciliar.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.
- ABRÃO, J. A. A. Concepções de Espaço Geográfico e Território. **Sociedade e Território**, Natal (RN), v. 22, n. 1, pp. 46-64, jan./jun. 2010.
- ABREU, M. H. N. G.; PORDEUS, I. A.; MODENA, C. M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 245-259, 2005. Disponível em: <https://www.readcube.com/articles/10.1590/s1413-81232005000100031>. Acesso em: 02 jul. 2021.
- ABRUCIO, F. L. **Cooperação Intermunicipal: experiências de arranjos de desenvolvimento no Brasil**. Curitiba: Positivo, 2017.
- ADAM; H. *et al.* **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: Editora da Universidade do Sagrado Coração de Jesus, 2001.
- ADDUM, F. M. **Planejamento local, saúde ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante, ES**. 2010. Disponível em: <https://portal.estacio.br/media/3726/felipe-morais-addum-resumo.pdf>. Acesso em: 03 maio 2021.
- AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão. **Revista Agenda Política**, v.3, n.2, julho/dezembro 2015.
- AGUIAR, A. C. S. A.; MENEZES, T, M. O.; CAMARGO, C. L. Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos. **Av Enferm.**, v. 36, n. 3, p. 292-301, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n3/0121-4500-aven-36-03-292.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.
- ALAYA, D. B. “Abordagens Filosóficas e Teoria das Representações Sociais”. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das Representações Sociais: 50 Anos**. 2 ed., revista. Brasília: Technopolitik, 2019. 670 p.
- ALBUQUERQUE, C.M.S.; MATO, A. P. S. Estilo de vida, percepção e estado de saúde em Estudantes do instituto politécnico de Viseu: Influência da área de formação. **Revista Educação, Ciências e Tecnologia**, p. 184- 200, 2006. Disponível em: <https://core.ac.uk/reader/70643110>. Acesso em: 08 maio 2008.
- ALBUQUERQUE, M.V. **Território usado e saúde: resposta do Sistema Único de Saúde e situação geografica de metropolização em Campinas –SP**. 2006. 153f. Dissertação (mestrado) - Universidade de São Paulo, 2006.

ALMADA, J. A. B. Do Território ao território usado: uma reflexão sobre a categoria de análise do espaço geográfico. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE GEÓGRAFOS, 7, 2014. **Anais...**, Vitória, 2014.

ALMEIDA FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. *In*: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 13-36.

ALMEIDA, A. M. O. Abordagem societal das representações sociais. **Sociedade e Estado**, v. 24, n. 3, p. 713-737, 2009.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YSHbGggsRTMQFjXLgDVRyKb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 11 jul. 2021.

ALVES, J. C. R. **Política nacional de educação permanente no sus**: estudo da implementação sob a perspectiva dos gestores da secretaria municipal de saúde de Teresópolis em 2006. 2007 184f. Dissertações (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ALVES, R. F. **Psicologia da saúde**: teoria, intervenção e pesquisa [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 345 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/z7ytj/pdf/alves-9788578791926.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2021.

ANDRADE, L. O. M.; MINAYO, M. C. S. Acesso aos serviços de saúde: direito e utopia. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 11, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/C8SPCnH3YHtnF9mKzkvZ4zc/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2021.

ANTUNES, S. M. G. **A mudança organizacional e a gestão da mudança**. 2012. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4452/1/A%20mudan%C3%A7a%20organizacional%20e%20a%20Gest%C3%A3o%20da%20Mudan%C3%A7a.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

APARECIDA. Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida - SMSA. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. 2017. Disponível em: http://www.aparecida.sp.gov.br/secretarias/secretaria_de_saude/plano_municipal_de_saude_-_metas_-_quadrenio_2018_-_2021. Acesso em: 22 janeiro 2020.

APARECIDA. Prefeitura. **História da Cidade**. 2020. Disponível em: <https://www.aparecida.sp.gov.br/portal/servicos/1004/historia-da-cidade/>. Acesso em 22 jul. 2020.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E. M. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016. Disponível

em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/n4YY5zdQm83CjXCS8NfCZ3c/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 12 jul. 2021.

ARAUJO, L. A. *et al.* Anúncios para enfermeiros (as) no alvorecer da República. *In*: PORTO F; AMORIM W. (Orgs). **História da enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis; 2010. p. 21-53.

ARAUJO, G. C. C.; REIS JUNIOR, D. F. C. As representações sociais no espaço geográfico. **GEO Temas, Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte, Brasil**, v 2, n. 1, p. 87-98, jan./jun., 2012.

ARAÚJO, I. S.; OLIVEIRA, V. C. Comunicação e Mediações em Saúde: um olhar a partir do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (ICICT/Fiocruz). **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.3, Set., 2012. Disponível em:

<https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/758/1400>. Acesso em: 11 jul. 2021.

ARAÚJO, J. S.; XAVIER, M. P. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 137-149, jan. / jul. 2014.

ARCARI, J. N. *et al.* Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 407-420, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n2/1413-8123-csc-25-02-0407.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2020.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**. São Paulo: UNESP, 2003.

ARRUDA, A. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, novembro/ 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

ASSAD, R. A. **Capacidade trabalhista X capacidade civil (Lei 10406/02 - Novo Código Civil)**. 2003. Disponível em:

<https://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/1143/Capacidade-trabalhista-X-capacidade-civil-Lei-10406-02-Novo-Codigo-Civil#:~:text=No%20Direito%20do%20Trabalho%2C%20a,se%20at%C3%A9%20os%20dezesesseis%20anos.&text=Com%20dezoito%20anos%20completos%2C%20o,at os%20relacionados%20%C3%A0%20vida%20laboral.>. Acesso em: 22 jun. 2020.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL – ADHB. **Guaratinguetá**, 2020. Disponível em:

http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/guaratingueta_sp. Acesso em: 22 jul. 2020.

AUGÉ, M. **Não lugares**: introdução a uma antropologia da Supermodernidade. Campinas: Papirus, 2012.

AZAMBUJA, E. P. *et al.* Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Enferm.** v.16, n.1, jan./mar. 2007.

AZEVEDO, A. L. M. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada.** 2006. 201 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

BACKES, D. S. *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/B4YNT5WFyKmn5GNGbYBhCsD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2021.

BACKSCHAT, T. M. S.; LANZA, L. M. B. Território e política de saúde. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS, 6., 2014. **Anais...**, Unioeste: Toledo, 2014. Disponível em: http://cac.php.unioeste.br/eventos/Anais/servico-social/anais/TC_Territorio_e_politica_saude.pdf. Acesso em: 24 jun. 2019.

BALDIN, N.; BAGATIN, M. E. M. 2011. **Snow ball (bola de neve):** uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. Curitiba: [s.n.], 2011. Artigo de Seminário. Disponível em: http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf. Acesso em: 20 mar. 2019.

BANCHS, M. A. "Leitura Epistemológica da Teoria das Representações Sociais: Reflexões rumo a um sentido comum menos comum e com mais sentido". *In*: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das Representações Sociais: 50 Anos.** Brasília: Technopolitik, 2014. 898 p.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 549-57, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/9f4XnwPdFPqxmCTwixHfkyQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 jul. 2020.

BAECELLAR, A.; ROCHA, J. S. X.; FLÔR, M. S. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. **Rev. NUFEN** [online]. v.4, n.1, p. 127-140, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v4n1/a11.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2021.

BASTOS, B. F. *et al.* Dor. **Rev. SBPH**, v. 10, n. 1, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n1/v10n1a07.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2021.

BATISTA, K. B. C. B.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/07.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES A. L. M. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

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

BELTRAMMI, D. G. M. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. **Revista RAS**., v. 10, n. 41, p 159-160, 2008.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R.M. As Políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. En! USP**, v. 30, n.3, p. 360-96, 1996.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J Hum Growth Dev.**, v. 26, n. 1, p. 11-16, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v26n1/pt_02.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

BITTENCOURT, A. M. **Ações Educativas ara orientação comunitária sobre trabalho e uma Equipe de Saúde da Família de Canápolis-MG**. 2014. 36f. Especialização (Monografia) - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2014.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf. Acesso em: 05 jul. 2015.

BORGES, C. D.; JESUS, L. O.; SCHNEIDER, D. R. Prevenção e promoção da saúde: revisão integrativa de pesquisas sobre drogas. **Psicol. Pesqui.**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 1-9 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipessq/v12n2/02.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRANCO, B. C. **Vocação e afeto: médicos contam experiências com saúde da família e comunidade**. 2021. Disponível em: <https://atarde.uol.com.br/muito/noticias/2028556-vocacao-e-afeto-medicos-contam-experiencias-com-saude-da-familia-e-comunidade>. Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. **O SUS**, 1986. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33309/mod_resource/content/1/Unidade%203/top4_1.html. Acesso em: 15 maio 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 dez. 2019.

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

Federativa do Brasil, Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 18 dez. 2019.

BRASIL. Portaria Nº 1.721 de 16 de dezembro de 1994: currículo mínimo do curso de enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF) 1994 dez 16; Seção 1:19301-2.

BRASIL. **Ministério da Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 03 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 114 p.

BRASIL. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf. Acesso 18 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde: **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL. **Política nacional de promoção da saúde (Documento para discussão)**. 2002a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf. Acesso em 16 de maio de 2020.

BRASIL. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002b, e regulamentação complementar) Série A. Normas e Manuais Técnicos 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: instrumentos de gestão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. 48 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf. Acesso em 18 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde: a humanização como eixo norteador das práticas e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 24

maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 19 abr. 2019.

BRASIL. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf. Acesso em: 28 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNH - Política Nacional de Humanização**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf. Acesso em: 03 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: gestão participativa: co-gestão**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_gestao_participativa_cogestao_2ed.pdf. Acesso em: 26 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em: 28 abr. 2019, p. 27.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2010a. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 16 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Saúde ambiental**: guia básico para construção de indicadores. Brasília: Ministério da Saúde. 2011a. 124p. Disponível em:
https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/1609/saude_ambiental_guia_basico.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011b. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT1-2011.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2020.

BRASIL. 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). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011c. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 3 mar. 2019.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011d. 224 p. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf. Acesso em: 05 jun. 2020.

BRASIL Humaniza SUS. **Caderno de textos cartilhas da Política Nacional de Humanização**, 2011e. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

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

BRASIL. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **A Regionalização da Saúde**: o Decreto nº 7.508 e os desafios da gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/regionalizacao_saude_decreto_7508.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.

BRASIL. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017. Acesso em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2019a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm. Acesso em 09 dez. 2019.

BRASIL. **Departamento de Saúde da Família – SAPS/SAPS/MS**. 2019b. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/notatecnica/frmlistaMunic.php>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde**: DATASUS/Tabnet - Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Quantidade de internações pelo SUS e mortalidade por residência 2019/2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: estrutura, princípios e como funciona. 2020a. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 25 maio 2020.

BRASIL. **Secretária de Atenção à Saúde**. 2020b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/sobre>. Acesso em: 30 jun. 2020.

BRASIL. **Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção Primária à Saúde Ministério da Saúde**: Reforma da APS Brasileira em 11 meses 2019/2020. 2020c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200423_Balanco_SAPS.pdf. Acesso em: 01 jun. 2020c.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HN778RhPf7JNSQGxWMjdMxB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-38.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5BJghnvvZyB7GmyF7MLiqDr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível

em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>
. Acesso em: 12 maio 2020.

CAÇADOR, B. S. *et al.* Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev. Min Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 612-619, 2015.

CALMEIRO, L.; MATOS, M. G. **Psicologia: Exercício e Saúde**. Lisboa: Visão e Contexto, 2004.

CAMARGOS, M. H. **Como priorizar as visitas domiciliares como base na escala de risco familiar**. [Belo Horizonte]: Centro de Telessaúde, [sd]. Disponível em: https://telessaude.hc.ufmg.br/Enfermagem/livro_digital_como_priorizar_as_visitas_domiciliares.pdf. Acesso em: 28 jul. 2021.

CAMARGO JUNIOR, K. R. As Armadilhas da “concepção Positiva de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5Yb88YjJWYqddy9ZF5QCF8q/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Competência Profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicação para a enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 2, p. 552-560, 2013.

CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas; O caso da saúde. In: CECÍLIO, L; C. O. (org). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997, 333p.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**. v.15, n.2, p.23-33, maio-ago 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CkcCVLQYv7DJYMP3bqGdQpC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jul. 2021.

CANDATEN, A, E. *et al.* Visita domiciliar: uma estratégia para promover saúde na família e na comunidade. **Revista de Enfermagem**. v. 4, n. 4 e 5, p.119-126, 2008. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/1140/1617#>. Acesso em: 28 jul. 2021.

CARDOSO, M. H. C. A.; GOMES, R. Representações sociais e história: Referenciais teórico metodológicos para o campo da saúde coletiva. 2000. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 16, p. 499-506.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate.**, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41n115/1177-1186/pt>. Acesso em: 29 jun. 2021.

CARINE, G. C. *et al.* **Mapa inteligente:** planejamento em ações de saúde no município de Santa Cruz do Sul. 2011. Acesso em: http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/salao_ensino_extensao/article/view/10079. Disponível em: 08 mar. 2019.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde Ottawa, novembro de 1986.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 20 abr. 2019.

CASTRO, R. V. "Prefácio". *In*: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das Representações Sociais: 50 Anos.** Brasília: Technopolitik, 2014. p. 898.

CECCIM R. B. Debate (Réplica). **Comunic, Saúde, Educ.** v. 9, n. 16, p.161-177, set.2004/fev.2005.

CERRI, G. G. A regionalização da saúde. **Folha de São Paulo**, 2011. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/na-imprensa/a-regionalizacao-da-saude/>. Acesso em: 17 jan. 2020.

CHAMON, E. M. Q.; CHAMON, M. A. **Gestão de Organizações públicas e privadas:** uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Brasport, 2007.

CHERNICHARO, I. M.; FREITAS, F. D. S.; FERREIRA, M. A. Representações sociais da humanização do cuidado na concepção de usuários hospitalizados. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 22, n. 3, p.830-839, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/cjhvSpXq7zrjhcrsnfgGZp/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 jul. 2021.

CHIAVENATO, I. **Introdução a Teoria Geral da Administração.** 7. ed. São Paulo: Campus, 2004.

COELHO, M. T. A. D. *et al.* Concepções e práticas de saúde e doença entre alunos da primeira turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. *In*: TEIXEIRA, C. F.; COELHO M. T. Á. D. **Uma experiência inovadora no ensino superior:** bacharelado interdisciplinar em saúde. Salvador: EDUFBA; 2014. p. 111- 126.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE – CDSS. **Redução das desigualdades no período de uma geração.** Igualdade na saúde através da

ação sobre os seus determinantes sociais. Lisboa: OMS, 2010. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Reducao_desigualdades_relatorio2010.pdf. Acesso em: 12 maio 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS – CNM. **Descentralização das ações do SUS e a responsabilização da esfera municipal**. 2011. Disponível em: https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Informativo_2011_Sa%FAde_2.pdf. Acesso em: 04 jan. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial**, Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 06 nov. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. Nota Técnica 06/2006 - **Para Entender o Pacto pela Saúde**: Notas Técnicas para o ano 2006. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2555717/mod_resource/content/0/ParaentenderoPactopelaSa_de.pdf. Acesso em: 19 jun. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE -CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf. Acesso em: 10 fev. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIA DE SAÚDE (CONASS). **Planos Estaduais de Saúde**. 2021 Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-de-saude/>. Acesso em: 18 maio 2021.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - (COSEMS). **Termo de Referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo SES SP – COSEMS SP**. 2011. p. 1-14. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras/termo_de_referencia_redes_regionais.pdf?attach=true. Acesso em: 16 jan. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS. **Regionalização da Saúde posicionamento e orientações**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-2.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS**. 2020 Disponível em: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/#:~:text=As%20mulheres%20s%C3%A3o%20a%20principal,hospitais%2C%20q>

[uanto%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20B%C3%A1sica](#).. Acesso em: 22 março 2020.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z.M.A.; et al (Org.) **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro. Fiocruz. 1997; cap. 2: 29-47.

CONTEL, F. B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 447- 460, 2015.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: Origens das políticas de saúde no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1986.

COSTA, J. M. B.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção a hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família do município de recife. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 16, n. 2, p. 623–633, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7svMXMsqSJr4sBYBYWqjP4K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jul. 2021.

COSWOSK, É. D. *et al*. Educação continuada para o profissional de saúde no gerenciamento de resíduos de Saúde. **Rev. bras. anal. clin** , v. 50, n. 3, p. 288-296, 2018. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/artigos/educacao-continuada-para-o-profissional-de-saude-no-gerenciamento-de-residuos-de-saude/>. Acesso em: 29 ago. 2021.

COUTINHO, M. P. L., FRANKEN, I., RAMOS, N. Migração e qualidade de vida: o pensamento de brasileiros imigrantes. *In*: Krutzen, E. C.; VIEIRA, S. B. (Orgs.), **Psicologia social, clínica e saúde mental**. João Pessoa: Ed. Universitária – UFPB, 2007.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. 2003. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.), **Promoção da saúde**: Conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. 2020. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>. Acesso em: 19 maio 2020.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **European strategies for tackling social inequities in health**: Levelling up Part 2. 2007. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf. Acesso em 07 maio 2020.

DALLARI, S. G. O Direito à Saúde. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jSj9cfJhsNcjyBfG3xDbyfN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 08 ago. 2121.

DALLARI, B. M. P. **Direito Administrativo e Políticas Públicas**. São Paulo: Editora Saraiva, 2002.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999

DALL'AGNOL, C. M. *et al.* A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 1, p. 186-90, 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13302/17016>. Acesso em: 07 nov. 2018.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. Estratégia saúde da família: reflexão sobre algumas de suas premissas. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011. **Anais...**, São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2011, Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAÚDE_DA_FAMÍLIA_REFLEXÃO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf. Acesso em: 06 dez. 2018.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2019.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência Hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Rev. Produção**. v.14, n.3, p.27-34, set./dez.2004.

DIAS, C. A. *et al.* Contribuições da teoria das representações sociais para o estudo das relações entre o homem e o ambiente. *In*: GUEDES, G.; OJIMA, R. **Território, mobilidade populacional e ambiente**. Governador Valadares: Univale, 2012. Disponível em: https://gilvanguedes.com/wp-content/uploads/2016/09/dias_et al_2012_livro_tmpa_cap17.pdf. Acesso em: 27 dez. 2019.

DIAS, G. L. **Representações Sociais sobre saúde e meio ambiente de equipes da Estratégia Saúde da Família**. 2017. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017.

DICIO. **Dicionário Online de Português, definições e significados de mais de**

400 mil palavras. Todas as palavras de A a Z. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/promocao/>. Acesso em: 18 maio 2021.

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUES – DICIO. 2021. Disponível em: [https://www.dicio.com.br/territorio/#:~:text=Etimologia%20\(origem%20da%20palavra%20territ%C3%B3rio,delimitada%2C%20terra%20sob%20jurisdi%C3%A7%C3%A3o%E2%80%9D](https://www.dicio.com.br/territorio/#:~:text=Etimologia%20(origem%20da%20palavra%20territ%C3%B3rio,delimitada%2C%20terra%20sob%20jurisdi%C3%A7%C3%A3o%E2%80%9D). Acesso em: 10 jul. 2021.

DIETRICH, A.; COLET, C. F.; WINKELMANN, E. R. Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-Sus. J. **Rev Fund Care Online.**, v. 11, n. 5, p. 1266-1271, 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7494/pdf_1. Acesso em: 29 março 2021.

DONABEDIAN, A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. **Croat Med J**, v. 44, p. 655-657, 2003. Disponível em: http://neuron.mefst.hr/docs/CMJ/issues/2003/44/5/29_BookRev.pdf. Acesso em: 28 jul. 2021.

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

DURKHEIM, E. **As Regras do Método Sociológico**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

DUTRA, C.C. **Avaliação do índice de desenvolvimento humano como indicador n 2003**: o estabelecimento de políticas públicas na cidade de Caxias Do Sul. 2019. F Dissertação (Mestrado) - Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2019.

EICHER, V. *et al.* Social representations in psychology: a bibliometrical analysis. **Papers on social representations**, v. 20, n. 11, p. 11.1- 11.19, 2011.

EDUARDO, M. F. Território, trabalho e poder: por uma geografia relacional. CAMPO-TERRITÓRIO: **Revista de Geografia Agrária**, v. 1, n. 2, p. 173-195, ago. 2006. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/campoterritorio/article/view/11790/8295>. Acesso em: 03 jul. 2021.

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade** v.13, n.2, p.76-88, maio-ago 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nXWpzPJ5pfHMDmKZBqkSZMx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 maio 2021.

EMILIANI, F. **A realidade das pequenas coisas**: a psicologia do cotidiano. São Paulo, SP: Senac-SP, 2009.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – ENSP. **A regionalização pode contribuir para o avanço do SUS?** 2014. Disponível em:

<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/35859>. Acesso em: 7 fev. 2020.

ESCOLA EQUIPE BRASIL. "**Frei Galvão**". 2021. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/religiao/frei-galvao.htm>. Acesso em: 21 abr. 2021.

ESCOREL, L. S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 21, n. 2/3, 2007. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9334/11.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 02 jul. 2021.

ESPIRIDIANO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3469/1/7777777777.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2021.

EWALD, A. P., SOARES, J. C. Identidade e subjetividade numa era de incerteza. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 12, n. 1, p. 23-30, 2007.

FALKENBERG, M. B *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/?lang=pt&format=pdf>. Acessado em: 15 maio 2021.

FARIA, C. A. P. Ideias, conhecimento e políticas públicas um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **RBCS**, v. 18, n. 51, fev. 2003.

FARIA, R. M. **A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde**: perspectiva de adequação aos perfis do território urbano de Pouso Alegre-MG. 2012. 320f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas Instituto de Geociências, São Paulo, 2012.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Revista Brasileira de Geografia**, v. 9, n. 16, p. 131 - 147, Jun/2013. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501/12458>. Acesso em: 20 abr. 2019.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria método para o planejamento territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Rev. Ra'e Ga**. Curitiba, v. 38, p. 291-320, dez/2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/43912/30290>. Acesso em: 29 dez. 2019.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/iSZ7b65YpPSTwLfYWpRhq5z/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 13 jul. 2013.

FERNANDES, A. **Pandemia, territórios populares e políticas de proximidade.**

Youtube, 10 de março 2021. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=tzRKYetyDpM>. Acesso em: 03 ago. 2021.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário do Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, J. O corpo sígnico. *In*: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 101-111.

FERREIRA, S. M, I. L.; PENTEADO, M. S.; SILVA JUNIOR, M. F. Território e territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 22, n. 3, p. 804-814, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2013.v22n3/804-814/pt>. Acesso em: 03 nov. 2020.

FERREIRA, V. R. S. **Fatores influenciadores do comportamento de decisão e ação dos implementadores do serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF.** 2016. 260 f. Tese (doutorado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

FERRO, D. *et al.* Satisfação do paciente em um programa educativo para automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 17, n. 1, p. 37-42, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/25718/18943>. Acesso em: 09 jun. 2015.

FIGUEIREDO, S. V.; SOUSA, A. C. C.; GOMES, I. L. V. Menores com necessidades especiais de saúde e familiares: implicações para a Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n. 1, p. 88-95, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/3Lfz3tjsqvcQrqbL4CN8Chw/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 12 jul. 2021.

FIGUEIREDO, S. V. *et al.* Importância das orientações em saúde para familiares de crianças com doença falciforme. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 6, p. 3150-8, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/S9VHMFTT4kWzPsYvv5H5hRQ/?format=pdf&lang=pt>

. Acesso em: 12 jul. 2021.

FLEGELE, D. S. *et al.* Trabalhadores de saúde e os dilemas das relações de trabalho na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 12, n. 2, p. 5-11. Disponível em:

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/18135822-trabalho-de-saude-e-as-relacoes-de-trabalho.pdf>. Acesso em: 25 março 2021.

FLORES, A. J. **A contribuição da sociedade civil na implementação de políticas públicas: estudo de caso da política de eletrificação rural na região do médio alto Uruguai/RS/Brasil.** 2009. 167 f. Tese (Doutorado) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2009.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**: Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 5, 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2366/2564>. Acesso em: 16 jul. 2021.

FORTES, S; BAPTISTA, C. M. A. Família e somatização: entendendo suas interações. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FORTES, P. A. C. Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 152-161, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DFWRpzCcpzJq9HGZxJnR9Ck/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 26 jun. 2021.

FRANCO, M. L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 121, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/Lng4HFC8fGVLmWxzDrTWCCs/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Este%20trabalho%20objetiva%20tecer%20algumas,ideologia%20e%20desenvolvimento%20da%20consci%C3%Aancia.&text=Sabemos%20que%20as%20representa%C3%A7%C3%B5es%20sociais,de%20palavras%20e%20de%20gestos>. Acesso em: 13 jul. 2021.

FRANCO NETTO, G. *et al.* Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3137-3148, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gkJPYXnymhVD4TG5MSdN9MG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jul. 2020.

FRANKL, V. E. **Um sentido para a vida**. Aparecida: Santuário. 1989.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

FUCUDA, U. S. **Design e inovação**: Mapeamento e análise nas indústrias da Região Metropolitana do Vale Do Paraíba e Litoral Norte (Sub-Região 3). 2019. 94f. Dissertação (Mestrado) - Centro Universitário Teresa D'Ávila, Lorena, 2019.

FUINI, I. I. Território, territorialização e territorialidade: o uso da música para a compreensão de conceitos geográficos. **Terr@ Plural**, v. 8, p. 225 - 249, 2014.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - FUNASA. **História da saúde Pública**. 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 19 dez. 2019.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - FUNASA. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**: Uma Visão Histórica da Saúde Brasileira. 2011. Disponível em:

<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 25 maio 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. **Pense Sus**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>. Acesso em 25 de junho de 2021.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Envelhecimento no século XXI: Celebração e desafio**. Nova York, 2012. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf. Acesso em: 22 mar. 2021.

GAIANO, L. V. *et al.* O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n2/07.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2021.

GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A institucionalização e o desenvolvimento da enfermagem no Brasil frente às políticas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília (DF). v. 54, n. 3, p. 466-74, 2001.

GALLO, G. O.; CARVALHO, G. A. **Redes de saúde: configuração urbana e distribuição espacial dos núcleos de atendimento público**. 2011. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, 2011. Disponível em: https://www.unifalmg.edu.br/geografia/sites/default/files/TCC_REDEdeSA%C3%9ADE_GG&GC.pdf. Acesso em: 28 dez. 2019.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; ARAUJO, M. D. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde debate.**, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan-mar 2017. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2017.v41n112/63-76/pt>. Acesso em: 11 maio 2020.

GARCIA, L. M. T. *et al.* Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 966-980, out- dez, 2014.

GASKELL, G. Entrevistas Individuais e Grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um manual prático**. Petrópolis: Vozes; 2008.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; YAMAUCHI, N. I. Regionalização da saúde e consciência regional. **Hygeia**, v. 2, n. 3, p. 35-46, dez. 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, I. Prevalência de tabagismo no Brasil: medidas adicionais para o controle da doença devem ser priorizadas no Ano do Pulmão. **J. Bras. Pneumol.**, v. 36, n. 1, p. 4-5, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/11487/S1806-37132010000100002.pdf?sequence=1&isAllowed=yOs>. Acesso em: 30 março 2021.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 103-114, julho 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v2n2/v2n2a08.pdf>. Acesso em: 12 de dez. 2019.

GONÇALVES, M. A. **Sentir, pensar, agir**: corporeidade e educação. Campinas: Papirus, 1994.

GONÇALVES, R. **Doença**: Castigo de Deus ou Penitência? 2018. Disponível em: <http://www.portaliaguaruna.com/comunidades/campo-bom/doenca-castigo-de-deus-ou-penitencia-colunista-portal-ronival-goncalves>. Acesso em: 18 jun. 2021.

GONÇALVES, S. O.; BERVIQUE, J. A. **Influências da relação entre ciência e fé na qualidade de vida**. 2013. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/yLCBIgb1xOY7vzb_2013-5-13-15-48-35.pdf. Acesso em: 10 maio 2021.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Território e territorialização. In: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. **Técnico de Vigilância em Saúde**: contexto e identidade: volume 1. Rio de Janeiro: EPSJV. 2017. p. 21-44.

GONTIJO, A. M. L. F. **Humanização da Assistência à Saúde para Enfermeiros**: Significados e Práticas no contexto Hospitalar. 2012. 123f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Taubaté, Taubaté, 2012.

GROSSI, F. R. S. **Saúde e doença**: um estudo das Representações Sociais de famílias rurais em um município de Mato Grosso do Sul. 2012. 113f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2012.

GUARATINGUETÁ. PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTÂNCIA TURÍSTICA DE - PMETG. **Plano Diretor Diagnóstico**. 2019. Disponível em: <https://planodiretor.guaratingueta.sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/Produto-4-Relat%C3%B3rio-de-Diagn%C3%B3stico.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2019.

GUARATINGUETA. Prefeitura. **Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos**. Produto. Diagnóstico Municipal Participativo. 2018. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1STZVadQ2vV4Q7ufT6yZluw0hJpdy6lij/view>. Acesso em: 23 jul. 2020.

GUEDES, J. S.; SANTOS, R. M. B.; LORENZO, R. A. V. D. A Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 875-883, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/db9v7kCFSbgd66B5JxzZpDz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, 2005.

GUIMARÃES, E. A.; PINTO, N. M. A. O significado da casa própria para os beneficiários do programa minha casa minha vida em Viçosa, MG. **Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 25, n.1, p. 137-158, 2014.

GULARTE, T. M. **Cuidado de enfermagem para a necessidade de ajuda das pessoas paraplégicas**: estudo iluminado na Teoria de Wiedenbach. 2010. 85f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 7. ed. Rio de Janeiro: DP & A. 2003.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização**: Do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, R. Território e Multiterritorialidade: um debate. **GEOgraphia**, v. 9, n. 17, 2007.

HEGENBERG, L. **Doença um estudo filosófico**. Rio de Janeiro Editora: Fiocruz, 1998. p. 137.

HERINGER, F. R. A. **Quantas políticas públicas há no Brasil?** O problema da imprecisão conceitual para a avaliação de políticas públicas. 2018. 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação lato sensu) – Senado Federal Instituto Legislativo Brasileiro-ILB, Brasília, 2018.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physys: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, sup., p.57-70, 2005.

HILLESHEIN, E. F.; LAUTERT, L. Capacidade para o trabalho, características sociodemográficas e laborais de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo (SP), v. 20, n. 3, p. 1-8. maio/jun. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a13v20n3.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

HOFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, ano 21, n. 55, novembro/2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2021.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem**: uma Abordagem Holística. 6. ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 1997. 1013 p.

ILHA, S. *et al.* Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 3, p. 556-562, 2014.

INOJOSA, R.M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos Fundap**, 2001. p. 102- 110. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf. Acesso em: 02 dez. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA – IBGE. **Guaratinguetá**, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/guaratingueta/panorama>. Acesso em: 22 janeiro 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil - 2018**: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2018.pdf. Acesso em: 22 jul. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Índice de Desenvolvimento Humano**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/aparecida/panorama>. Acesso em: 22 jul. 2020.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cienc Saude Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161-70, 2010.

JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: Moscovici, S. (org.). *Psicología Social*. Barcelona: **Piados**, 1986, v 1. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/327013694_La_representacion_social_fenomenos_concepto_y_teoria. Acesso em: 11 jan. 2020.

JODELET, D. Representações sociais um domínio em expansão. As representações sociais no campo da educação. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p. 17- 44.

JODELET, D. Problemáticas psicossociais da abordagem da noção de sujeito. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 45, n. 156, p. 314-327, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/wgQhXpfQDqjPMBdqVBFfXQR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2021.

JÓIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALPISIO, M. R. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 187-194, jul-set 2008. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v17n3/v17n3a04.pdf>. Acesso em: 07 maio 2020.

JOVCHELOVITCH, S. Psicologia Social, saber, comunidade e cultura. **Psicologia & Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 20-31, maio/ago.2004.

JUBILUT, I. I.; FRINHANI, F. M. D.; LOPES, R. **O. Direitos humanos e vulnerabilidade em Políticas Públicas**. Santos: Editora Universitária Leopoldianum, 2017.

JUNGES, J. R.; BARBIANI, R.; ZABOLI, E. L. C. P. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 19, n. 53, p. 265-274, 2015.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/q8v7rTmwxFyqBLRLd7wXmbt/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 21 jun. 2021.

JUNQUEIRA, R. D. Geografia médica e geografia da saúde. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 5, n. 8, p. 57 - 91, Jun/2009.

KIELLER, M. **A pandemia de Coronavírus e a tríade de descaso**. 2021. Disponível em: <https://pr.cut.org.br/artigos/a-pandemia-de-coronavirus-e-a-triade-de-descaso-e2d0>. Acesso em: 21 jun. 2021.

KYLE, A. D.; WOODRUFF, T. J.; AXELRAD, D. A. Integrated assessment of environment and health: america's children and the environment. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 439-451, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30431.pdf>. Acesso em: 14 maio 2020.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004. Disponível em: http://portal.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20041213115340.pdf. Acesso em: 07 nov. 2018.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. A. D. A criação do ensino de Enfermagem no Brasil. **Cogitare Enferm.** (UFPR), v. 8, n. 2, p. 61-67, 2003.

LABORATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO EM SISTEMAS SOCIOAMBIENTAIS - LISS. **Nota técnica sobre a COVID 19**. 2020. Disponível em: <https://www.lissinpe.com.br/nt-covid-19>. Acesso em: 18 maio 2021.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2621-2626, 2010. Disponível em: <https://www.readcube.com/articles/10.1590%2Fs1413-81232010000500036>. Acesso em: 03 ago. 2021.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAMBERTUCCI, A. R. A participação social no governo Lula. In: AVRITZER, Leonardo (Org.). **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes. 1991.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2010.

LAVRAS, C. C. **Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS**. 2011. Disponível em: https://www.nesc.ufg.br/up/19/o/Microsoft_WordDESCENTReRRAS_final_2.pdf. Acesso em: 12 dez. 2019.

LEÃO, R. **Atenção e Cuidado a Saúde**. 2015. Disponível em: <https://redehumanizausus.net/89606-atencao-e-cuidado-a-saude/>. Acesso em: 26 jun. 2021.

LEAVELL, H.; CLARK, G. G. **Medicina preventiva**. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill Ltda do Brasil, 1976.

LEFEBVRE, H. **A produção do espaço**. Trad. Doralice Barros Pereira e Sérgio Martins (do original: La production de l'espace. 4e éd. Paris: Éditions Anthropos, 2000). Primeira versão: início - fev. 2006.

LEOPARD, M. T. *et al.* **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: Palloti, 2002. p. 294.

LIMA, L.; SILVA, L. X.; DAL.; F. M. A. R. A Evolução Histórica dos Conceitos de Território/Territorialidade no Contexto do Desenvolvimento Rural. **Caderno de Estudos Interdisciplinares** v.1, n.1, 2014.

LIMA, R. N. **Associação da escolaridade com a prevalência de doenças crônicas e a limitação das atividades diárias causadas por doenças crônicas: estudo de base populacional no Brasil**. 2016. 125f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

LONDON, J. **Quem se emprega com mais facilidade: casados ou solteiros?** 2013. Disponível em: <http://revistapegn.globo.com/Revista/Common/0,,EMI336653-17180,00-QUEM+SE+EMPREGA+COM+MAIS+FACILIDADE+CASADOS+OU+SOLTEIROS.html>. Acesso em: 23 mar. 2021.

LOPES, A. G. A.; SANTOS, E. A. Investigação do processo de produção social do espaço urbano: o caso do município de Aparecida - SP. *In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO*, 9., 2009. **Anais...**, São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba, 2009. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/RE_0472_0957_01.pdf. Acesso em: 22 jul. 2020.

LOPES, D. M. Q. **Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no Trabalho**. 2009. 111f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

LOPEZ, A. P. H.; DANTAS, B. S. A. Representações sociais da cura divina no contexto neopentecostal. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 23, n. 2, p. 771-789, ago. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v23n2/v23n2a14.pdf>. Acesso em: 13 maio 2013.

LOPES, A. D. A real influência da fé nos tratamentos médicos. **Veja**, 2020 Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/a-real-influencia-da-fe-nos-tratamentos-medicos/>. Acesso em: 10 maio 2021.

LUZ, M. T. **Saúde**: origens etimológicas do termo. 2020. Disponível em:

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html>. Acesso em: 09 maio 2020.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DtJwSdGWKC5347L4RxMjFqg/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. *Rev. COFEN. Enfermagem em Foco*, v. 3, n. 3, 2012. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294/156>. Acesso em: 22 mar. 2021.

MCLEOD, D. L.; WRIGHT, L. M. Living the as-yet unanswered: spiritual care practices in family systems nursing. **J Fam Nurs.**, v. 14, n. 1, p. 118-41, 2008.

MAGALHÃES, C. S. **Responsabilidade Civil do Estado por doenças profissionais causadas aos Servidores em atividades penosas**. 2013. 17f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. Belo Horizonte: SESMEG, 2011. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20PDR-SUS-MG.pdf. Acesso em: 12 nov. 2019.

MALTA, D. C. *et al.* A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>. Acesso em: 18 maio 2021.

MARCON, S. S.; LOPES, M. C. L.; LOPES, M. B. Facilidades e dificuldades percebidas por enfermeiros na assistência à família. **Online braz. j. nurs.** (Online), v. 7, n. 1, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1029303>. Acesso em: 29 jul. 2021.

MARIGHETO, A.; MACEI, D. N. **O significado do silêncio nas relações obrigacionais**. 2014. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=b9c7f3a9c40b2d92#:~:text=O%20sil%C3%A2ncio%20%C3%A9%20tamb%C3%A9m%20disciplinado,a%20declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20vontade%20expressa%E2%80%9D>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MARTINS, J. S. Empatia e relação terapêutica na psicoterapia cognitiva: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 14, n. 1, p.50-56, 2018.

MARTINS, C. **Como a saúde física, mental e social se relacionam e impactam no desempenho?** 2021. Disponível em: <https://beecorp.com.br/blog/saude-fisica-mental-e-social/>. Acesso em: 21 jun. 2021.

MATTA, G. C. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.** 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39223/2/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAdade%20-%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAdade.pdf>. Acesso em 01 de junho de 2020.

MATTOS, R.A. Repensando a Organização da Rede de Serviços de Saúde a partir do Princípio da Integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (organizadores). **Razões Públicas para a Integralidade: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: IMS/ UERJ : CEPESC: ABRASCO. 2007. p. 369-383.

MATTOSINHO, M. M. S. *et al.* Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos profissionais recém-formados em enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 4, p. 466-71, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/04.pdf>. Acesso em 24 de março de 2021.

MEDEIROS, A. M. **Políticas Públicas.** 2013. Disponível em: <https://www.sabedoripolitica.com.br/ci%C3%Aancia-politica/politicas-publicas>. Acesso em: 18 maio 2019.

MEIRA, A. L. C. **Avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das redes de atenção à saúde pela Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre.** 2013. 64f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. A. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1219- 1239, 2012.

MENDONÇA, N. J. A. **Humanização na pedagogia de Paulo Freire.** 2006. 168 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Ceara, Pernambuco, 2006.

MENEZES, A. M. B *et al.* Mortalidade infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cadernos de Saúde Pública.**, v. 12 Supl 1, p. S79-86, 1996.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 22. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003. p. 9-29.

MINAYO, M. S. C.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por Triangulação de Métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MOKEN, M. *et al.* **O território na saúde:** construindo referências para análises em saúde e ambiente. 2008. Disponível em:

<https://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2019.

MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância à saúde.** 2003. 170 f. Tese (Doutorado)- ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

MONKEN, M.; GONDIN, G. M. M. Territorialização em saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio Cesar França (org.). **Dicionário de educação profissional em saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: EPSVJ, 2008, p. 392-399.

MONTEIRO, R. M. **As relações de poder e a produção de territórios-lugares no campo brasileiro:** uma proposta teórico-metodológica no âmbito da geografia agrária. 2021. Disponível em:

<http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal15/Geografiasocioeconomica/Geografiaagrar/01.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2021.

MÔRA, L. B; *et al.* **O uso da territorialização para apoio ao planejamento das ações de uma unidade de saúde da família.** 2013. Disponível em:

<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/198.pdf>. Acesso em: 08 mar.2019.

MORAES, P. R. **A teoria das representações sociais.** 2013. Disponível em:

http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/direito_foco/artigos/ano2013/teoria_representacoes.pdf. Acesso em: 23 maio 2019.

MORERA, J. A. C. *et al.* Aspectos teóricos e metodológicos das representações sociais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1157-65, 2015.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01157.pdf. Acesso em: 13 jan. 2020.

MOREIRA, A. D. **Satisfação no trabalho:** implicações na vida pessoal. 2013. 60f. Monografia (Graduação) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2013.

MOURÃO, S. M. *et al.* A visita domiciliar como instrumento para a promoção de práticas de higiene: Uma revisão bibliográfica. **S A N A R E, Sobral**, v. 9, n. 2, p. 86-92, 2010.

MOSCOVICI, S. **A representação social da Psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais:** investigações em Psicologia Social. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 404 p.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais:** investigações em psicologia social. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 408p.

MORAZ, Gabriele. **O Sistema Único de Saúde no Brasil:** Uma avaliação de seu funcionamento. 2011. 164f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio

Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MOURA, E. C. *et al.* Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00429.pdf>. Acesso em: 30 março 2021.

NANTES, R. F. P.; CASTRO, G. J. M.; ZALESKI, E. G. F. Os matizes do cuidado nas políticas públicas de saúde brasileira. **TraHs**, n. 4, 2018: Disponível em: <https://www.unilim.fr/trahs/1090&file=1>. Acesso em: 28 jun. 2021.

NASCIMENTO, P. F.; MELAZZO, V. S. Território: conceito estratégico na assistência social. **SERV. SOC. REV.**, v. 16, n.1, p. 66-88, 2013. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/16148/14624>. Acesso em: 06 dez. 2018.

NAKASONE, H. H.; MUNIZ JUNIOR, J.; AQUINO, S. S. A importância da experiência profissional na ótica dos operários: survey em sistemas produtivos do setor vidreiro. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 30., 2010. **Anais...**, São Carlos, 12 a15 de outubro de 2010. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2010_TN_WIC_113_739_15286.pdf. Acesso em: 24 março 2014.

NAVARRO, L. M.; PENA, R. S. A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. 2013. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 12, n. 1, 2013.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas, SP: Alínea, 2008.

NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. O efeito da distribuição de renda sobre o estado de saúde individual no Brasil. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, v.37, n.3, dez. 2007. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3743/1/PPE_v37_n03_Efeito.pdf. Acesso em: 30 março 2021.

NOVA, T. B. B.; MACHADO, L. B. O processo de objetivação nas Representações Sociais de escola para crianças. **Série-Estudos**, n. 38, p. 93-106, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://www.serieestudos.ucdb.br/index.php/serie-estudos/article/view/746/679>. Acesso em: 13 jan. 2014.

NUNES, R.; REGO, G. **Prioridades na Saúde**. 2. ed. Lisboa: Editora McGraw-hill, 2002.

OGUISSO, T.; CAMPOS, P. F. S.; MOREIRA, A. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Enfermagem em Foco [online]**, 2011. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/85>. Acesso em: 20 jun. 2019.

OGUISSO, T.; ZOBOLI, E.L.C.P. **Ética e biótica**: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manole, 2006.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. Representações Sociais. *In*: STRY, N. *et al.* (orgs.). **Psicologia Social Contemporânea**. Petrópolis: Vozes. 2002.

OLIVEIRA, L. B. C. O. **Possibilidades de aplicação do Modelo FPSEEA/OMS na construção de Indicadores de Saúde Ambiental**. 2007. 155f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2007.

OLIVEIRA, M.; PERES, K. N. A Representação Social de Usuários e Profissionais sobre a atuação do Psicólogo nos Serviços de Saúde Pública do Município de Palmas/TO. **Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas**, v.1, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.crp09.org.br/portal/images/links/repispp/v1n1a3.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. esp., p.158- 64, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 21 jun.2020.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Indicadores de Saúde: elementos conceituais e práticos**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slu=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45251-indicadores-saude-elementos-conceituais-e-praticos-251&Itemid=270&lang=pt>. Acesso em 07 de maio de 2020.

OSÓRIO, R. G.; SERVO, L. M. S.; PIOLA, S. F. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3741-3754, 2011.

PAIVA, V.; GRANATO, T. M. M. Cuidado religioso e cuidado psicológico: uma questão de fronteiras. 2014. **Memorandum**, v. 27, p. 73-99. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6510/4093>. Acesso em: 23 mar. 2021.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PALMEIRA, I. P.; FERREIRA, M. A. O corpo que eu fui e o corpo que eu sou: concepções de mulheres com alterações causadas pela hanseníase, **Texto contexto - enferm.**, v. 21, n. 2, 2012.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E. A Importância da Humanização a partir do Sistema

Único de Saúde. **Rev. Saúde públ.** Santa Cat. Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 92-100, jan./jun. 2008.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da política de Humanização da Saúde. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 34, n. 86, p. 423-432, jul./set, 2010.

PATRIOTA, L. M. Teoria das Representações Sociais: Contribuições para a apreensão da realidade. **Revista Serviço Social Universidade de Londrina**, n. 1, 2007. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v10n1_lucia.htm. Acesso em: 27 dez. 2019.

PELLING, M. **Urbanization and Disaster Risk, Panel contribution to the Population Environment Research Network. Cyber seminar on Population and Natural Hazards**. 2007. Disponível em: https://humanitarianlibrary.org/sites/default/files/2014/02/Pelling_urbanization_disaster_risk.pdf. Acesso em: 08 jul 2021.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/23245/1/933.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação, o profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

PEREIRA, R. C. A. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes**. 2011. 135f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

PEREIRA, M. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. Hygeia, **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação, o profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478p.

PESSOA, L. R. **Mergulho em Montes Claros: Desafios da Alocação de Recursos na Rede SUS**. 2005. 195 fl. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

PESSOTO, U. C.; RIBEIRO, E. A. W.; GUIMARÃES, R. B. G. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.9-22, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0009.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2021.

PINHEIRO FILHO, F. A noção de representação em Durkheim. **Lua Nova**, São Paulo, n. 61, p. 149-155, 2004. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452004000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 27 dez. 2019.

PINHEIRO, A. F. S.; RIBEIRO, D. J.; SOUTO, I. F. Q. Inserção do idoso no mercado de trabalho. **Humanidades**, v. 5, n. 1, fev. 2016. Disponível em: http://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a90.pdf. Acesso em: 06 maio 2021.

PHILOGENE, G. O alcance das representações sociais: impacto e ramificações. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (Org.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília, DF: Technopolitik, 2011. 371-386 p.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão**. s.d. Disponível em: <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2020.

PORTO, M. Y. Uma revolta popular contra a vacinação. **Revista Cienc. Cult.**, v.55, n.1, 2003. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252003000100032. Acesso em: 17 dez. 2019.

PRADO, A. C. **A febre amarela e o descaso com a saúde**. 2017. Disponível em: <https://istoe.com.br/a-febre-amarela-e-o-descaso-com-a-saude/>. Acesso em: 21 jun. 2021.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Ranking IDHM Municípios 2010**. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idhm.html>. Acesso em: 22 jul. 2020.

QUEIROZ, F. A.; PACE, A. E.; SANTOS, C. B. Adaptação cultural e validação do instrumento diabetes - 39 (d-39): versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2 - fase1. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 5, 2009.

RAFFESTIN, C. **Por Uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática; 1993.

REDE REGIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE - RRAS 17. **Mapa de Saúde**. Taubaté, 2012.

RESENDE, A. F. **Humanização em ambiente da atenção básica à saúde: representações sociais de agentes comunitários de saúde**. 2007. 111f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Tiradentes, Aracajú, 2007.

REZENDE, V. A. **A resolutividade da Atenção Básica: uma revisão da literatura**. 2010. 45f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 12, p. 658-64, 2004.

RIBEIRO, Z. A. **História de Nossa Senhora da Conceição Aparecida e de seus escolhidos**. Aparecida: Eitora Santuário 1998, p 96.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do estado da saúde governo do estado do rio grande do sul. **Principais mudanças da Política Nacional de Atenção Básica: comparativo das Portarias 2.488/2011 e do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017 do Ministério da Saúde**. 2018. p. 31. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201803/02085225-pnab-comparacao-2011-e-2017.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2020.

RIZZOTTO, M. L. F. Resgate histórico das primeiras Semanas de enfermagem no Brasil e a conjuntura nacional. **Rev.Bras.Enferm. [On-line]**, v. 59, n. esp., 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000700007. Acesso em: 17 dez. 2019.

ROCHA, C. **Quais são as diferenças entre estatutário e CLT?** 2020. Disponível em: https://www.concursosnobrasil.com.br/artigos/quais-sao-as-diferencas-entre-estatutario-e-clt.html#o_que_e_o_regime_estatuario. Acesso em: 25 março 2021.

ROCHA, M. Casamento e carreira: uma relação tão delicada. **Exame**, 2008. Disponível em: <https://exame.com/carreira/casamento-e-carreira-uma-relacao-tao-delicada-m0042405/>. Acesso em: 23 mar. 2021.

RODRIGUES, M. M. Assumpção. **Políticas Públicas**. São Paulo: Publifolha, 2011.

RODRIGES, A. J. Uma análise sobre o território à luz da Geografia. **Ciências Humanas e Sociais**, v. 2. n.3; p. 87-98, 2015.

RODRIGO, A. J. *et al.* Uma análise sobre o território à luz da Geografia. **Ciências Humanas e Sociais Unit**, v. 2, n.3, p. 87-98, 2015.

ROSA, W. A.; LABATE, R. R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.

ROSA, A. S.; SECCO, M. G.; BRETÂS, A. C. P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. **Rev Bras Enferm.**, v. 59, n. 3, p. 331-6, 2006.

ROSA, T. C. S.; SAES, S. G.; ABULEAC, F.L. A Constituição de 1988 e as políticas públicas em saúde no Brasil. **Revista Gestão Sistemática e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 35-49, 2012.

ROSA, T. **O que muda com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica?** 2017. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/o-que-muda-com-reformulacao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/>. Acesso em: 26 jun. 2019.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Editora Unesp, 1994.

ROSENSTOCK, K. I. V. **Satisfação, envolvimento e comprometimento com o trabalho**: Percepção dos profissionais na Estratégia Saúde da Família. 2011. 108f. Dissertação (Mestrado) -Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

RUCHDESCHEL, K. L. G. **Representações sociais sobre a profissão de psicólogo para ingressantes do curso de graduação em psicologia**. 2019. 121f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Taubaté, Taubaté, 2019.

SÁ, C. P. **Representações sociais**: a construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: UERJ, 1996.

SÁ, M.C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, n.13, v.1, p.651-64, 2009.

SACARDO, D. P. **As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países membros do Mercosul**: perspectivas para a integração regional. 236 f. Doutorado (tese) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SALVADOR. D. S. C. O. O território usado e o uso atual do território do agreste Potiguar. **Holos**, ano 25, v. 2, 2009. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/219/196>. Acessado em: 22 out. 2019.

SAMPAIO, L. F. LIMA, P. G. A. História do PSF no país e no RS. Apoio ao Programa Saúde da Família. In: **Saúde da Família Rio Grande do Sul**. 08 de janeiro de 2004.

SAMPAIO, J. R. Qualidade de Vida no Trabalho: Perspectivas e Desafios Atuais. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 12, n. 1, p. 121-136, jan-abr 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n1/v12n1a11.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. São Paulo: Record, 2001.

SANTOS, M. **Espaço e Sociedade**. Petrópolis: Vozes, 1979.

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo**: globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: HUCITEC, 1994, 190 p.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. **Território**: globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec, ANPUR, 1996. p. 15-20.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 1997a.

SANTOS, M. **Espaço e Método**. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997b.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. *In*: Santos, Milton *et al.* **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006a. (Cap. 1).

SANTOS, M. **A natureza do espaço**: Técnica e Tempo. Razão e Emoção - 4. ed. 2. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006b.

SANTOS, M. **Técnica, Espaço, Tempo**: Globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SANTOS, L. P. G. S. **A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo**: possibilidades e limites para a promoção da saúde. 2005. 145f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SANTOS, A. **Construção das Políticas Públicas**: processos, atores e papéis. 2009. Disponível em: <https://www.polis.org.br/uploads/1244/1244.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SANTOS, C. C. S.; SANTOS, L. S. **A nova imprensa**: como os veículos baianos de comunicação realizaram a cobertura do Estado Novo. 2007. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/alcar/encontros-nacionais-1/encontros-nacionais/7o-encontro-2009-1/A%20NOVA%20IMPRESA.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2019.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov.2010/fev.2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v8n3/03.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

SANTOS, A. G.; VALENTE, J. A. S. Fundamentos epistemológicos de Representações Sociais em dissertações na área de educação em ciências. **Revista de Educação em Ciências e Matemáticas**, v. 8, n. 16, p.174 -185, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/revistaamazonia/article/view/1667/2088>. Acesso em: 8 jan. 2020.

SANTOS, M. A. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **R. Katál**. Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v16n2/09.pdf>. Acesso em 23 jun. 2020.

SANTOS, R. C. A.; MIRANDA, F. A. N. Importância do vínculo entre profissional-usuário na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Enferm**, v. 6, n. 3, p. 350-359, 2016.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, 2017.

Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n4/1281-1289/pt>. Acesso em: 23 maio 2021.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.

SÃO PAULO. Assembleia Legislativa do Estado de. Lei n. 13.574, de 03 de julho de 2009. Declara o Município de Guaratinguetá Estância Religiosa. **Diário Oficial**, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2009/lei-13574-03.07.2009.html>. Acessado em: 24 abr. 2009.

SÃO PAULO. Secretaria do estado da saúde de São Paulo. **Distribuição das Redes de Atenção à Saúde**. 2012a. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras/rras_mapa_final.jpg?attach=true. Acesso em: 12 jan. 2020.

SÃO PAULO. Limites Administrativos em Sub-Regiões Metropolitanas. Sistema de Informações Metropolitanas (SIM) - IGC - SP. **GeoPortal de dados cartográficos**. São Paulo. 2012b. Disponível em: <https://geo.emplasa.sp.gov.br/Mapa?contexto=emplasageo>. Acesso em: 22 maio 2020.

SAQUET, M. A. **Abordagens e concepções sobre o território**. 1. ed. São Paulo: Expresso Popular, 2007.

SAQUET, M. A.; SILVA, S. S. MILTON SANTOS: concepções de geografia, espaço e território. **Geo**, v. 2, n. 18, p. 24-42, 2008. Disponível em: <https://geografiaeconomicaesocial.ufsc.br/files/2016/05/obra-de-milton-santos.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

SAQUET, M. A.; SPOSITO, E. S. **Territórios e territorialidades**: teorias, processos e conflitos. São Paulo: Ed. Expressão Popular; 2009.

SCHNEIDER, S.; TARTARUGA, I. G. P. Territorio y enfoque territorial: de las referencias cognitivas a 10s aportes aplicados al análisis de 10s procesos sociales rurales. In: MANZANAL, M.; NEIMAN, G.; LATTUADA, M. (Org.). **Desarrollo Rural, Organizaciones, Instituciones y Territorio**. Buenos Aires: Ed. Ciccus, 2006.p.71 - 102.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: a trajetória da Saúde Pública, Porto Alegre, L&PM Editores, 1987. p. 160.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SCHNEIDER, V. Redes de políticas públicas e a condução de sociedades

omplexas. **Civitas – Revista Ciências Sociais**. v. 5. n. 1, pp. 29-57, jan.-jun. 2005.

SCHNEIDER, S.; TARTARUGA, I. G. P. Território e abordagem territorial: das referências cognitivas aos aportes aplicados à análise dos processos sociais rurais. 2004. **Raízes, Revista de Ciências Sociais**, Campina Grande, v. 23, n. 01 e 02, p. 99–116, jan./dez. 2004. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/pgdr/publicacoes/producaotextual/sergio-schneider/schneider-s-tartaruga-ivan-gerardo-peyre-territorio-e-abordagem-territorial-das-referencias-cognitivas-aos-aportes-aplicados-a-analise-dos-processos-sociais-rurais-raizes-campina-grande-campina-grande-v-23-n-01-e-02-p-99-116-2004>. Acesso em: 20 ago. 2020.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análises, casos práticos**. São Paulo: CENGAGE Learning, 2012.

SCHERER, M. A. D. A.; PIRES, D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 30-42, abr./jun. 2009.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SESSP. 2011.

Disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras/rras_mapa_final.jpg?attach=true. Acesso em: 12 jan. 2020.

SÊGA, R. A. O conceito de Representação Social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. **Anos 90**, Porto Alegre, n. 13, julho de 2000. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/anos90/article/view/6719/4026>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 5, 1997. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 2 jul. 2021.

SEGURA, F. F. **A questão Previdenciária na Primeira República a excepcionalidade da Lei Eloy Chaves**. 2017. 114f. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado de São Paulo, Araraquara, 2017.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. Saúde. Colet.** Rio de Janeiro (RJ), v. 5, n. 1. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2018.

SEVALHO, G. Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-363, jul/set, 1993.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/Y3XLZkQHjwjjwwtGhVxKYZTN/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 05 jul. 2021.

SHIMIZU, H. E; REIS, L. S. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3461-3468, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n8/3461-3468/pt>. Acesso em: 05 jun. 2021.

SILVA, L. J. Crescimento urbano e doença: a esquistossomose no Município de São Paulo (Brasil). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 1-7, 1985.

SILVA, S. F. (org). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

SILVA JUNIOR, E. S. *et al.* Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista brasileira de saúde materno-infantil**, Recife, v. 10, supl. 1, p. 549-560, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/05.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2019.

SILVA, S. P. Avanços e limites na implementação de políticas públicas nacionais sob a abordagem territorial no Brasil. **Texto para discussão**, 2013.

SILVA, L. M. V.; PAIM, J. S. SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO. N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 3-12.

SILVA, O. E. M. *et al.* Spiritual care in nursing practice: nurse's perception. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v. 9, n. 8, p. 8817-23, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/291356397_SPIRITUAL_CARE_IN_NURSING_PRACTICE_NURSES'_PERCEPTION. Acesso em: 23 mar. 2021.

SILVA, S. P. A abordagem territorial no planejamento de políticas públicas e os desafios para uma nova relação entre estado e sociedade no Brasil. **Caderno Gestão Pública e Cidadania.**, São Paulo, v. 17, n. 60, Jan./Jun. 2012.

SILVA, G. V. **Gestão da Saúde Pública: Impasses, perspectivas e desafios no Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre** - Rs. 2016. 89f. Dissertação (Mestrado) - Faculdades Integradas de Taquara, Taquara, 2016.

SILVA, C. R. *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3KbQ6vf9sMcCkQHsbz6RG5K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2019.

SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2019.v29n1/e290102/pt>. Acesso em: 06 maio 2021.

SILVA, G. S. **A trajetória da Política Nacional de Humanização no estado de**

São Paulo e seu reflexo na gestão da saúde. 2019. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.

SILVEIRA, M. R.; SENA, R. R.; OLIVEIRA, S. R. O processo de trabalho das equipes de saúde da família: implicações para a promoção da saúde. **Rev. Min. Enferm.** v. 15, n. 2, p. 196-201, abr.-jun. 2011. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v15n2a06.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2020.

SIQUEIRA, M. M. M.; GOMIDE JUNIOR, S. Vínculos do indivíduo com o trabalho e com a organização. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antônio Virgílio Bittencourt. (Org.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 300- 330.

SIQUEIRA, N. L. **Desigualdade Social em Saúde no Brasil**. 2011. Disponível em: <https://www.ufjf.br/virtu/files/2011/09/DESIGUALDADE-SOCIAL-EM-SA%C3%9ADE-NO-BRASIL.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2021.

SIQUEIRA, L. S. A história que foi usada nos tombamentos e na conservação da casa de Conselheiro Rodrigues Alves. **Revista CPC**, São Paulo, n.19, p.49–79, jun. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpc/article/view/90781/97625>. Acesso em: 20 abr. 2021.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200005. Acesso em: 06 maio 2021.

SPOSITO, E. S. **Geografia e filosofia: Contribuição para o ensino geográfico**. São Paulo: Unesp, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed. 2005.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos Determinantes socioambientais da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 35-47, 2010.

SORATTO, J. *et al.* Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/94HTCtXHwtVfGQRwsTfvXGH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31jul. 2021.

SOUTO, D. F. **Saúde no trabalho: uma revolução em andamento**. Rio de Janeiro: Senac, 2003.

SOUZA, R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/WdJjcfC4TMbwpXnKHwfdT7x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2020.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. 2002. 102f. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Niterói, 2002.

SOUZA, C. “**Estado da Arte**” da Área de Políticas Públicas: Conceitos e Principais Tipologias. 2003. 1-16, Disponível em: <http://www.ppged.ufv.br/wp-content/uploads/2016/07/Estado-da-arte-politica-p%C3%BAblica.pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, pp. 20-45, jul/dez 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em: 18 maio 2019.

SOUZA, C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. *In*: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (orgs.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

SOUZA, B. G. **O santo brasileiro**: história, memória, fé e mediação no estudo de Santo Antônio de Sant’ Anna Galvão. 2009. 344f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

SOUZA, C. R.; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 393-413, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/LK53Fyqxn5FJLC97RmCy8Bw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 jun 2021.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 300-8, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/17.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2020.

STUCKY, R. M. M. As Políticas Públicas e a exclusão na conquista do direito universal à saúde. *In*: BONETI, L. W. (coord.). **Educação, exclusão e cidadania**. Ijuí: Editora Unijuí, 1997, p. 52.

STUTZ, B. L. As primeiras escolas de enfermagem e o desenvolvimento desta profissão no Brasil. **Cader. Histór. Educ.**, São Paulo (SP), v. 9, n. 2, p. 32-8, jul./dez., 2010.

SUCUPIRA, A. C.; MENDES, R. Promoção da saúde: conceitos e definições. **S a n a r e**, ano IV, n.1, jan./fev./mar. 2003.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, fev, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/XDmTdT6vVRsqdNnSPbgzfQM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso 26 jun. 2021.

TANAKA, P. J. **Atenção**: reflexão sobre tipologias, desenvolvimento e seus estados patológicos sob o olhar psicopedagógico. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v16n13/v16n13a04.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.

TELES, P.R. **Cérebro, crença e ciência**: a fé, as ciências naturais e uma nova visão da realidade humana. 2005. Disponível em: http://fmatrm.if.usp.br/~patrebel/resumo_projeto.pdf. Acesso em: 10 maio 2021.

TEIXEIRA, C. F. **O Futuro da Prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 91-113.

TEIXEIRA, T. G. A. **Perfil do usuário da demanda espontânea e a efetivação do acolhimento no programa da Saúde da Família**. 2014a. 22f. Monografia (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

TEIXEIRA, D. **Taylorismo**: - Um modelo com forte presença em nossa cultura. 2014b. Disponível em: <https://administradores.com.br/artigos/taylorismo-um-modelo-com-forte-presenca-em-nossa-cultura>. Acesso em: 31 jul 2021.

TRENTINI, M. *et al.* Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos sociais e emocionais. **Revista Científica de América Latina Y el Caribe, Espana Y Portugal.**, v. 13, p. 74-82, 2004.

TRINDADE, Z. A.; SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, A. M. O. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das Representações Sociais**: 50 Anos. Brasília: Technopolitik, 2014. p. 898.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. A resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008. Disponível em: <https://www.readcube.com/articles/10.1590/s0102-311x2008000300020>. Acesso em: 03 ago. 2021.

UNIVERSIDADE NORTE DO PARANÁ - UNOPAR. **Qual é a importância da educação na formação do indivíduo?** 2014. Disponível em: <https://blog.unopar.com.br/a-importancia-da-educacao/>. Acesso em: 24 março 2021.

UNITED NATIONS ENVIRONMENT PROGRAM - UNEP. Human vulnerability to environmental change. **GEO 3: Global Environment Outlook**, 2002. p. 301-318. Disponível em:

<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.506.9684&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 07 jul. 2021.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, S. Paulo., v. 21, n. 5, 1987.

UNITED STATES GEOLOGICAL SURVEY - USGS. **Catálogo de imagens orbitais USGS**. Imagens Landsat 1975, 1995 e 2015. 2017. Disponível em: <http://www.dgi.inpe.br/CDSR/>. Acesso em: 07 jun. 2020.

VAISTSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 599-613, 2005. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/digital/is_0405/pdfs/IS25\(4\)107.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/digital/is_0405/pdfs/IS25(4)107.pdf). Acesso em: 21 jul. 2021.

VALA, J. Representações Sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. **Psicologia social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.

VALE, E. G.; PAGLUICA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado em enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 1, p. 106-113, jan./fev. 2011. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/ef03/5323870134c9e79c059d08663c0e36c1b3c8.pdf?ga=2.215053783.11731570.1624892873-2003438919.1621962246>. Acesso em: 27 jun. 2021.

VANDERLEI, M.I.G. **O gerenciamento na Estratégia Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão**. 2005. 245 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

VÁZQUEZ, D.; DELAPLACE, D. Políticas públicas na perspectiva de direitos humanos: um campo em construção. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 8, n. 14, jun. 2011. p. 35-65. Disponível em: <https://egov.ufsc.br/portal/conteudo/pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas-na-perspectiva-de-direitos-humanos-um-campo-em-constru%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 13 abr. 2021.

VEGA, C. E. P. Normas para redução da mortalidade materna. **Rev Ass Med Brasil**, v. 47, n. 4, p. 269-95, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/cjz3MxQRJMzG7fyrKDqXJkS/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 08 jul. 2021.

VIEIRA, V. **Representação Social do enfermeiro acerca das práticas assistenciais aos usuários de álcool e outras drogas na Estratégia de Saúde da Família**. 182f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

VIEIRA, M. M. F.; VIEIRA, E. F.; KNOPP, G. C. Espaço global: território, cultura e identidade. **RAD**, v. 12, n. 2, p.01-19, 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/rad/article/view/3438/2426>. Acesso em: 08 jul. 2021.

VIEIRA, K. F. L. *et al.* Representações Sociais da Qualidade de Vida na Velhice. **PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO**, v. 32, n. 3, p. 540-551, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/dCSdXMR4vrnTzWCY8H7pJ9D/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 06 jun. 2021.

VIANA, A. L. A. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf. Acesso em: 22 jan. 2020.

VIEIRA, K. F. L. *et al.* Representações Sociais da Qualidade de Vida na Velhice. **PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO**, v. 32, n. 3, p. 540-551, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/dCSdXMR4vrnTzWCY8H7pJ9D/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 06 jun. 2021.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. 2014. **REV. Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago/dez. 2014. p. 203. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>. Acesso em: 29 mar. 2019.

WESTIN, R. Primeira lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos. **Senado Federal**, 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>. Acesso em: 19 dez. 2019.

WORD HEALT ORGANIZATION – WHO. **Constitution of the Word Healt Organization**, Geneva, 1946. Disponível em: https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf. Acesso em: 21 jun. 2021.

YANNOULAS, S. Feminização ou feminilização? Apontamentos em torno de uma categoria. **Temporalis**, Brasília (DF), v. 11, n. 22, p. 271-292, jul./dez. 2011.

ZAMPIERE, M. F. M. **O processo educativo**: interpretando o som da humanização. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS PROFISSIONAIS: SECRETÁRIO DE SAÚDE; MÉDICO GENERALISTA; ENFERMEIRO; AUXILIAR DE ENFERMAGEM; TÉCNICO DE ENFERMAGEM; DENTISTA. ACS E ACD)

Parte I - Identificação do profissional

Data: ____/____/____ Horário: _____

Início: _____ Término: _____

Local: _____

Parte II - Informações relacionadas ao perfil sócio demográfico e o desenvolvimento científico e cultural dos profissionais participantes

Sujeito (nome fictício): _____ Entrevista n°: _____

Idade _____ Estado civil: _____ Sexo: _____ Religião: _____

Formação: _____

Categoria profissional de atuação: _____

Tempo de atuação na profissão em anos: _____ Tempo

de Formado (a) em anos: _____

Instituição/Local onde se formou: _____

Formação complementar à graduação em Enfermagem? Sim () () Não

Qual (is)? _____

Que tipo de vínculo empregatício você possui na ESF?

() concurso público

() cooperativado

() cargo comissionado

() outro (especificar) _____

Carga horária de trabalho expressa em horas: _____

Possui outra(s) atividade(s) laboral(is)? Sim () () Não

Se respondeu sim na pergunta anterior especifique Qual(is)?

Para ocupar sua função, você recebeu algum tipo de capacitação/qualificação no ato da contratação? Sim () () Não

Se sim, quais? _____

Que tipo de capacitação/qualificação e educação permanente você tem realizado?

Que tipo de capacitação/qualificação e educação permanente você tem necessidade para melhorar o seu desempenho na gerência do território?

Você enfrenta dificuldades para a realização de aprimoramento profissional?

Sim () () Não

Caso tenha respondido “Sim” na alternativa anterior, escolha uma das opções abaixo:

() preço alto dos livros das revistas científicas

() preço alto dos cursos de aperfeiçoamento

() preço alto dos eventos científicos

() falta de material para estudos no trabalho

() sente falta de educação permanente no trabalho

() não possui tempo

() a instituição não apoia

() outros (especificar) _____

APÊNDICE II - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Perguntas norteadoras para realização da entrevista

- Qual a sua compreensão em relação à doença?
- Qual a sua compreensão sobre a saúde para população?
- Como se dá a sua participação sócio-política no território das Estratégias da saúde da Família;
- O que você entende sobre ESF;
- Comente sobre os critérios utilizados para implementação das ESFs e como o território é definido no município que você atua;
- Quando você escuta a palavra Territorialização qual a sua compreensão;
- Conte como é organizado o seu processo de trabalho (ações que o profissional executa);
- O que você pensa à respeito da divisão territorial que atualmente é adotada? Considera adequada às necessidades da população e para o bom desempenho das equipes?
- Como você percebe a localização das ESF e das residências das populações cadastradas no território em que atua?
- O que você pensa à respeito da divisão territorial atualmente adotada? Considera adequada às necessidades da população e para o bom desempenho das equipes?
- Como você percebe a localização das ESF e das residências das populações cadastradas nos territórios em que atua.
- Você considera adequado o número de famílias que as equipes atendem;
- Como você avalia o funcionamento interno das unidades (organização dos serviços, forma e horário de atendimento, agenda, acolhimento etc)?
- Você considera que seu trabalho e suas ações podem exercer influências sobre a vida da população?
- O que o território representa para você?
- O que a população representa para você?
- O que a humanização representa para você

- Você considera que existe pontos no seu trabalho que dificultam a implementação e efetivação das políticas públicas de saúde no território da ESF em que atua comente sobre;
- Você considera que existe pontos facilitadores no seu trabalho que viabilizam e efetivam a implementação das políticas nos territórios da ESF em que atua comente sobre.

**APÊNDICE III - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA DOS
PROFISSIONAIS (médico generalista; enfermeiro; auxiliar de enfermagem;
Técnico de enfermagem; dentista. ACS e ACD)**

Perguntas norteadoras para realização da entrevista

- O que significa para você doença?
- Qual significado você possui sobre a saúde para população?
- O que você entende sobre ESF;
- Como é definido o território que você atua;
- Quando você escuta a palavra Territorialização qual a sua compreensão;
- Conte como é organizado o seu processo de trabalho (ações que o profissional executa);
- Como você percebe a divisão territorial que atualmente é adotada? Considera adequada às necessidades da população e para o bom desempenho das equipes?
- Como você percebe a localização das ESF e das residências das populações cadastradas no território em que atua?
- Você considera adequado o número de famílias atendidas pelas equipes?
- Como você avalia o funcionamento interno das unidades (organização dos serviços, forma e horário de atendimento, agenda, acolhimento etc)?
- Você considera que seu trabalho e suas ações podem exercer influências sobre a vida da população?
- O que o território representa para você?
- O que a população representa para você?
- O que a humanização representa para você
- Você considera que existe pontos no seu trabalho que dificultam a implementação e efetivação das políticas públicas de saúde no território da ESF em que atua comente sobre;
- Você considera que existe pontos facilitadores no seu trabalho que viabilizam e efetivam a implementação das políticas nos territórios da ESF em que atua comente sobre.

APÊNDICE IV - QUESTIONÁRIO A POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA (USUÁRIOS)

Data: _____/_____/____ Horário: _____

Início: _____ Término: _____

Local: _____

Parte II - Informações relacionadas ao perfil sócio demográfico e o desenvolvimento científico e cultural dos profissionais participantes

Sujeito (nome fictício): _____ Entrevista n°: _____

1) Idade _____ SEXO

☐ Masculino ☐ Feminino

2) Grau de Instrução

☐ Analfabeto☐ 1º Grau completo/incompleto☐ 2º Grau completo/ incompleto☐ Superior completo/ incompleto☐ Não quiseram responder

3) Renda Familiar

☐ Até um salário mínimo☐ Entre 01 e 03 salários mínimos☐ Entre 03 e 05 salários mínimos☐ Acima de 05 salários mínimos☐ Não responderam

4) Casa

☐ própria☐ aluguel☐ outros. Especifique _____**Perguntas norteadoras**

Qual sua compreensão sobre doença?

Qual sua compreensão sobre saúde.

Como você percebe o acesso a ESF.

Fale o que a ESF representa para você.

O que os profissionais da ESF representam para você?

As atividades propostas pela equipe da ESF, atende suas necessidades?

Pontos negativos para a equipe da ESF?

Pontos positivos para a equipe de ESF?

Sugestões que queira deixar para melhorias?

ANEXO I – OFÍCIO 1
TERMO DE SOLICITAÇÃO MUNICÍPIO 1 Aparecida

São José dos Campos, _____ de _____ de 2019.

Prezado (a) Senhor (a)

Solicitamos permissão de realização de pesquisa pelo aluno Gláucio Jorge de Souza, do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional da Universidade do Vale do Paraíba, sediado no Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento na cidade de São José dos Campos. O trabalho de pesquisa será desenvolvido durante o corrente ano de 2019, e integra o projeto de tese intitulado ***“Estratégia de Saúde da Família e contextos sociocultural e territorial das populações atendidas: Humanização, Adequação ou Distorção da Política Pública?”***, sob orientação das professoras Dr^a Cilene Gomes Dr^a Valéria Zanetti.

Os levantamentos de informações serão realizados em diferentes instâncias do poder público. Em primeiro momento à secretária de saúde, por meio de entrevista gravada. A seguir em duas unidades da Estratégia de Saúde da Família por meio de grupo focal com a equipe de funcionários diretamente envolvida com a assistência aos pacientes, a saber, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de consultório dentário, agentes comunitários e recepcionistas que atuam nas unidades básicas de saúde. Além disso, serão realizadas entrevistas junto à população beneficiária, por meio de um instrumento elaborado para esse fim.

Será mantido o anonimato da Instituição e dos participantes do estudo.

Ressalta-se que o projeto de pesquisa passará por análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Paraíba - CEP/UNIVAP e os dados serão coletados mediante a apresentação do parecer consubstanciado emitido pelo CEP.

Certos de contar com sua colaboração, colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos no referido Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), sediado no Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, pelo telefones(12) 3947-1111, ou pessoalmente, na Av. Shishima Hifumi, 2911, Urbanova, ou ainda, diretamente com o pesquisador responsável, Gláucio Jorge de Souza, pelo telefone (012) 98833 – 4047 inclusive à cobrar , e solicitamos a gentileza da devolução do Termo de Autorização da Instituição devidamente preenchido.

Antecipadamente agradecemos sua colaboração.

Pesquisador Responsável

ANEXO II – OFÍCIO 2
TERMO DE SOLICITAÇÃO MUNICÍPIO 2 Guaratinguetá

São José dos Campos, _____ de _____ de 2019.

Prezado (a) Senhor (a)

Solicitamos permissão de realização de pesquisa pelo aluno Gláucio Jorge de Souza, do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional da Universidade do Vale do Paraíba, sediado no Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento na cidade de São José dos Campos. O trabalho de pesquisa será desenvolvido durante o corrente ano de 2019, e integra o projeto de tese intitulado ***“Estratégia de Saúde da Família e contextos sociocultural e territorial das populações atendidas: Humanização, Adequação ou Distorção da Política Pública?”***, sob orientação das professoras Dr^a Cilene Gomes Dr^a Valéria Zanetti.

Os levantamentos de informações serão realizados em diferentes instâncias do poder público. Em primeiro momento à secretária de saúde, por meio de entrevista gravada. A seguir em duas unidades da Estratégia de Saúde da Família por meio de grupo focal com a equipe de funcionários diretamente envolvida com a assistência aos pacientes, a saber, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de consultório dentário, agentes comunitários e recepcionistas que atuam nas unidades básicas de saúde. Além disso, serão realizadas entrevistas junto à população beneficiária, por meio de um instrumento elaborado para esse fim.

Será mantido o anonimato da Instituição e dos participantes do estudo.

Ressalta-se que o projeto de pesquisa passará por análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Paraíba - CEP/UNIVAP e os dados serão coletados mediante a apresentação do parecer consubstanciado emitido pelo CEP.

Certos de contar com sua colaboração, colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos no referido Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), sediado no Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, pelo telefones(12) 3947-1111, ou pessoalmente, na Av. Shishima Hifumi, 2911, Urbanova, ou ainda, diretamente com o pesquisador responsável, Gláucio Jorge de Souza, pelo telefone (012) 98833 – 4047 inclusive à cobrar , e solicitamos a gentileza da devolução do Termo de Autorização da Instituição devidamente preenchido.

Antecipadamente agradecemos sua colaboração.

Pesquisador Responsável

ANEXO III – TERMO DE AUTORIZAÇÃO MUNICÍPIO 1
Prefeitura Municipal de Aparecida



Secretaria Municipal de Aparecida

ANEXO IV – TERMO DE AUTORIZAÇÃO MUNICÍPIO 2

Prefeitura Municipal de Aparecida

Aparecida 29/12 de 2019.

De acordo com as informações do ofício 2, sobre a natureza da pesquisa intitulada *Estratégia de Saúde da Família e contextos sociocultural e territorial das populações atendidas: Humanização, Adequação ou Distorção da Política Pública?* e o propósito de trabalho a ser executado pelo aluno Gláucio Jorge de Souza, do curso de Doutorado em Planejamento Urbano e Regional da Universidade do Vale do Paraíba, sediada em São José dos Campos, e após a análise do conteúdo do projeto, a Instituição que represento autoriza a realização de entrevistas com os funcionários da Estratégia da Saúde da Família (ESF), conforme solicitado, se mantido o anonimato da Instituição e dos profissionais.



Maria Eliana Pereira de Moraes
Secretária de Saúde
Prefeitura Municipal de Aparecida – SP

Rua Professor José Borges Ribeiro, 167 (Paço Municipal) – Centro
Telefone: (12) 3104-4055

ANEXO IV – TERMO DE AUTORIZAÇÃO MUNICÍPIO 2**Prefeitura Municipal de Guaratinguetá**

PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE GUARATINGUETÁ/SP
Secretaria Municipal de Saúde
Fundo Municipal de Saúde
Expediente
Rua Jacques Felix, 02 – São Gonçalo
Guaratinguetá/SP - CEP 12.502-180
Telefone: (12) 3123-2900
e-mail: saude@guaratingueta.sp.gov.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Guaratinguetá, 22 de fevereiro de 2019

De acordo com as informações do Ofício 2, sobre a natureza da pesquisa intitulada **Estratégia de saúde da família e contextos sociocultural e territorial das populações atendidas: Humanização, Adequação ou Distorção da Política Pública?** E o propósito de trabalho a ser executado pelo aluno Gláucio Jorge de Souza, do curso de Doutorado em Planejamento Urbano e Regional da Universidade do Vale do Paraíba, sediada em São José dos Campos, e após a análise do conteúdo do projeto, a Instituição que represento autoriza a realização de entrevistas com os funcionários da Estratégia da Saúde da Família (ESF), conforme solicitado, se mantido o anonimato da Instituição e dos profissionais.

Maristela Siqueira Macedo de Paula Santos
Secretária Municipal da Saúde de Guaratinguetá



SUS



SAÚDE

**ANEXO V - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(SECRETÁRIA DE SAÚDE)**

Dados de identificação

Título do Projeto: **Estratégia de Saúde da Família e contextos sociocultural e territorial das populações atendidas: Humanização, Adequação ou Distorção da Política Pública**

Pesquisador Responsável: Gláucio Jorge de Souza

Equipe executora: Profa. Dra. Cilene Gomes, Gláucio Jorge de Souza e Profa. Dra. Valéria Zanetti

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade do vale do Paraíba

Telefones / E-mails para contato: (12) 98833-4047 glauciojsouza123@gmail.com

Nome do participante: _____

Idade: _____ anos R.G. _____

O (A) Sr. (ª) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa que tem como tema/título **Estratégia de Saúde da Família e contextos sociocultural e territorial das populações atendidas: Humanização, Adequação ou Distorção da Política Pública**, de responsabilidade do pesquisador Gláucio Jorge de Souza. Este estudo tem por objetivo compreender o processo de territorialização da política de saúde, por meio da implementação da ESF, ressaltando a importância da dimensão territorial, a influência das equipes profissionais em sua função mediadora e os pontos de vista das populações para constante avaliação da política.

Sua participação consistirá em responder questões relacionadas ao tema desse estudo por meio de uma entrevista, as quais suas respostas serão gravadas somente após sua autorização e para tanto utilizar-se-á um gravador digital. Informamos que o senhor pode negar a gravação do áudio mas será um critério de exclusão para sua participação neste estudo. O uso deste áudio em nenhum momento permitirá a sua identificação.

Após essa etapa as entrevistas serão transcritas e analisadas pelo pesquisador, sendo que, após cinco anos, serão apagadas da mídia digital (gravador) e as transcrições das entrevistas destruídas.

Durante sua participação, podem ocorrer alguns desconfortos pelo constrangimento em responder as questões sensíveis; a revitimização e perda do autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados ou pouco divulgados; risco da quebra do sigilo com a revelação do seu nome; revelar situações que o senhor(a) não desejaria tornar pública; tomar seu tempo ao responder ao questionário/entrevista.

Para minimizar os riscos, será garantido o local reservado para responder um questionário particular e a liberdade para não responder questões que você considere constrangedoras; o pesquisador estará atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto que o senhor (a) possa apresentar; será garantido a não violação e a integridade dos documentos; será assegurado a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos; será assegurado a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os participantes da pesquisa ou patrocinador do projeto; será assegurado o anonimato

em todo o processo de pesquisa, bem como no momento das divulgações dos dados por meio de publicação em periódicos e/ou apresentação em eventos científicos.

Esperamos, com esta pesquisa ampliar o conhecimento sobre os contextos sociocultural, econômico, político e organizacional de implementação da ESF no município aqui estudado e suas representações sociais acerca da população que é atendida no território da ESF e as condições do próprio território.

Garantimos o sigilo e a confidencialidade das informações que você fornecer e a privacidade do participante da pesquisa. A qualquer momento, você pode se recusar a participar e se retirar da pesquisa, sem constrangimentos, penalidades ou qualquer prejuízo (caso esteja em acompanhamento ou tratamento, este permanece como está, nada muda). As informações e materiais obtidos nesta pesquisa não poderão ser utilizados para outras finalidades que não sejam a desta pesquisa científica e para publicação de artigos em revistas científicas.

No caso de gastos decorrentes da participação nesta pesquisa (por exemplo, transporte e alimentação), você e o seu acompanhante serão imediatamente e integralmente ressarcidos de todos os gastos. No caso de algum dano, imediato ou tardio, decorrente desta pesquisa, você também tem direito de ser indenizado pelo pesquisador e/ou patrocinador desta pesquisa, bem como a ter assistência gratuita, integral e imediata.

Sempre que desejar, você poderá entrar em contato para obter informações sobre este projeto de pesquisa, sobre sua participação ou outros assuntos relacionados à pesquisa, com o (a) pesquisador(a) responsável ou equipe executora pelos telefones (12) 98833 – 4047 inclusive a cobrar. Você também pode entrar em contato com o CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), corresponsável por garantir e zelar pelos direitos do participante da pesquisa, pelo telefone (12) 3947-1111, pelo e-mail cep@univap.br ou pessoalmente na Av. Shishima Hifumi, 2911, Urbanova – Bloco 11 – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento II, sala 19, de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 17:00h

Este termo está elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, sendo uma das vias entregue ao participante.

Eu, _____, fui informado e concordo em participar, voluntariamente, do projeto de pesquisa acima descrito.

São José dos Campos, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do pesquisador

Testemunha

Testemunha

ANEXO VI - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ESF (médico generalista; enfermeiro; auxiliar de enfermagem; Técnico de enfermagem Técnico de enfermagem ; dentista. ACS e ACD)

Dados de identificação

Título do Projeto: **Estratégia de Saúde da Família e contextos sociocultural e territorial das populações atendidas: Humanização, Adequação ou Distorção da Política Pública**

Pesquisador Responsável: Gláucio Jorge de Souza

Equipe executora: Profa. Dra. Cilene Gomes, Gláucio Jorge de Souza e Profa. Dra. Valéria Zanetti

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade do vale do Paraíba

Telefones / E-mails para contato: (12) 98833-4047 glauciojsouza123@gmail.com

Nome do participante: _____

Idade: _____ anos R.G. _____

O (A) Sr. (ª) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa que tem como tema/título **Estratégia de Saúde da Família e contextos sociocultural e territorial das populações atendidas: Humanização, Adequação ou Distorção da Política Pública**, de responsabilidade do pesquisador Gláucio Jorge de Souza. Este estudo tem por objetivo compreender o processo de territorialização da política de saúde, por meio da implementação da ESF, ressaltando a importância da dimensão territorial, a influência das equipes profissionais em sua função mediadora e os pontos de vista das populações para constante avaliação da política.

Sua participação consistirá em responder uma entrevista. Para coletar os dados e informações fornecidas pelo (a) senhor (a) utilizar-se-á a técnica de Grupo Focal. O senhor será convidado a participar de um grupo de discussões composto por sua equipe de trabalho. O pesquisador desse estudo atuará como mediador da atividade, ou seja, direcionará as discussões em grupo realizando perguntas sobre temas relacionados a essa pesquisa, ao qual o senhor (a) terá a oportunidade de se posicionar e expressar o que pensa e por que pensa em relação aos temas abordados durante as discussões no grupo, além de emitir sua opinião poderá trocar experiências relacionadas aos conceitos entre os participantes. Durante sua participação no grupo focal, o pesquisador irá gravar sua participação em áudio, informamos que o senhor pode negar a gravação do áudio mas será um critério de exclusão para sua participação no grupo focal. O uso deste áudio em nenhum momento permitirá a sua identificação. Ressalta-se que as respostas fornecidas pelo (a) senhor (a) durante a atividade em grupo serão gravadas somente após sua autorização e para tanto utilizar-se-á um gravador digital. Após essa etapa as entrevistas serão transcritas e analisadas pelo pesquisador, sendo que, após cinco anos, serão apagadas da mídia digital (gravador) e as transcrições das entrevistas destruídas.

Durante sua participação, podem ocorrer alguns desconfortos pelo constrangimento em responder as questões sensíveis; a revitimização e perda do autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados ou pouco divulgados; risco da quebra do sigilo com a revelação do seu nome; revelar situações que o senhor(a) não desejaria tornar pública; tomar seu tempo ao responder ao questionário/entrevista.

Para minimizar os riscos, o senhor (a) terá a liberdade para não responder questões que você considere constrangedoras; o pesquisador estará atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto que o senhor (a) possa apresentar; será

garantido a não violação e a integridade dos documentos; será assegurado a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos; será assegurado a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os participantes da pesquisa ou patrocinador do projeto; será assegurado o anonimato em todo o processo de pesquisa, bem como no momento das divulgações dos dados por meio de publicação em periódicos e/ou apresentação em eventos científicos.

Esperamos, com esta pesquisa ampliar o conhecimento sobre os contextos sociocultural, econômico, político e organizacional de implementação da ESF nos municípios aqui estudado e suas representações sociais acerca da população que é atendida no território da ESF e as condições do próprio território.

Garantimos o sigilo e a confidencialidade das informações que você fornecer e a privacidade do participante da pesquisa. A qualquer momento, você pode se recusar a participar e se retirar da pesquisa, sem constrangimentos, penalidades ou qualquer prejuízo (caso esteja em acompanhamento ou tratamento, este permanece como está, nada muda). As informações e materiais obtidos nesta pesquisa não poderão ser utilizados para outras finalidades que não sejam a desta pesquisa científica e para publicação de artigos em revistas científicas.

No caso de gastos decorrentes da participação nesta pesquisa (por exemplo, transporte e alimentação), você e o seu acompanhante serão imediatamente e integralmente ressarcidos de todos os gastos. No caso de algum dano, imediato ou tardio, decorrente desta pesquisa, você também tem direito de ser indenizado pelo pesquisador e/ou patrocinador desta pesquisa, bem como a ter assistência gratuita, integral e imediata.

Sempre que desejar, você poderá entrar em contato para obter informações sobre este projeto de pesquisa, sobre sua participação ou outros assuntos relacionados à pesquisa, com o (a) pesquisador(a) responsável ou equipe executora pelos telefones (12) 98833 – 4047 inclusive a cobrar. Você também pode entrar em contato com o CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), corresponsável por garantir e zelar pelos direitos do participante da pesquisa, pelo telefone (12) 3947-1111, pelo e-mail cep@univap.br ou pessoalmente na Av. Shishima Hifumi, 2911, Urbanova – Bloco 11 – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento II, sala 19, de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 17:00h

Este termo está elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, sendo uma das vias entregue ao participante.

Eu, _____, fui informado e concordo em participar, voluntariamente, do projeto de pesquisa acima descrito. São José dos Campos, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do pesquisador

Testemunha

Testemunha

ANEXO VII - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA DA ESF)

Dados de identificação

Título do Projeto: **Estratégia de Saúde da Família e contextos sociocultural e territorial das populações atendidas: Humanização, Adequação ou Distorção da Política Pública**

Pesquisador Responsável: Gláucio Jorge de Souza

Equipe executora: Profa. Dra. Cilene Gomes, Gláucio Jorge de Souza e Profa. Dra. Valéria Zanetti

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade do vale do Paraíba

Telefones / E-mails para contato: (12) 98833-4047 glauciojsouza123@gmail.com

Nome do participante: _____

Idade: _____ anos

R.G. _____

O (A) Sr. (ª) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa que tem como tema/título **Estratégia de Saúde da Família e contextos sociocultural e territorial das populações atendidas: Humanização, Adequação ou Distorção da Política Pública**, de responsabilidade do pesquisador Gláucio Jorge de Souza. Este estudo tem por objetivo compreender o processo de territorialização da política de saúde, por meio da implementação da ESF, ressaltando a importância da dimensão territorial, a influência das equipes profissionais em sua função mediadora e os pontos de vista das populações para constante avaliação da política.

Sua participação consistirá em responder questões relacionadas ao tema desse estudo por meio de uma entrevista, em primeiro momento responderá perguntas relacionadas ao senhor (a) como idade, renda familiar dentre outras, num segundo momento o pesquisador realizará perguntas relacionadas ao tema do estudo as quais suas respostas serão gravadas somente após sua autorização e para tanto utilizar-se-á um gravador digital. Após essa etapa as entrevistas serão transcritas e analisadas pelo pesquisador, sendo que, após cinco anos, serão apagadas da mídia digital (gravador) e as transcrições das entrevistas destruídas.

Durante sua participação, podem ocorrer alguns desconfortos pelo constrangimento em responder as questões sensíveis; a revitimização e perda do autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados ou pouco divulgados; risco da quebra do sigilo com a revelação do seu nome; revelar situações que o senhor(a) não desejaria tornar pública; tomar seu tempo ao responder ao questionário/entrevista.

Para minimizar os riscos, será garantido o local reservado para responder um questionário particular e a liberdade para não responder questões que você considere constrangedoras; o pesquisador estará atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto que o senhor (a) possa apresentar; será garantido a não violação e a integridade dos documentos; será assegurado a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos; será assegurado a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os participantes da pesquisa ou patrocinador do projeto; será assegurado o anonimato em todo o processo de pesquisa, bem como no momento das divulgações dos dados por meio de publicação em periódicos e/ou apresentação em eventos científicos.

Esperamos, com esta pesquisa ampliar o conhecimento sobre os contextos sociocultural, econômico, político e organizacional de implementação da ESF nos

municípios aqui estudado e suas representações sociais acerca da população que é atendida no território da ESF e as condições do próprio território.

Garantimos o sigilo e a confidencialidade das informações que você fornecer e a privacidade do participante da pesquisa. A qualquer momento, você pode se recusar a participar e se retirar da pesquisa, sem constrangimentos, penalidades ou qualquer prejuízo (caso esteja em acompanhamento ou tratamento, este permanece como está, nada muda). As informações e materiais obtidos nesta pesquisa não poderão ser utilizados para outras finalidades que não sejam a desta pesquisa científica e para publicação de artigos em revistas científicas.

No caso de gastos decorrentes da participação nesta pesquisa (por exemplo, transporte e alimentação), você e o seu acompanhante serão imediatamente e integralmente ressarcidos de todos os gastos. No caso de algum dano, imediato ou tardio, decorrente desta pesquisa, você também tem direito de ser indenizado pelo pesquisador e/ou patrocinador desta pesquisa, bem como a ter assistência gratuita, integral e imediata.

Sempre que desejar, você poderá entrar em contato para obter informações sobre este projeto de pesquisa, sobre sua participação ou outros assuntos relacionados à pesquisa, com o (a) pesquisador(a) responsável ou equipe executora pelos telefones (12) 98833 – 4047 inclusive a cobrar. Você também pode entrar em contato com o CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), corresponsável por garantir e zelar pelos direitos do participante da pesquisa, pelo telefone (12) 3947-1111, pelo e-mail cep@univap.br ou pessoalmente na Av. Shishima Hifumi, 2911, Urbanova – Bloco 11 – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento II, sala 19, de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 17:00h

Este termo está elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, sendo uma das vias entregue ao participante.

Eu, _____, fui informado e concordo em participar, voluntariamente, do projeto de pesquisa acima descrito.

São José dos Campos, ____ de _____ de _____

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do pesquisador

Testemunha

Testemunha