

Vinte e um municípios, 31 unidades de saúde, 36 equipes de saúde da família (ESF), uma universidade, uma organização da sociedade civil, uma empresa e uma fundação corporativa atuando em um ciclo de cooperação intersetorial. Estes diferentes atores estiveram conectados para viabilizar o Ciclo Saúde, estratégia cujo objetivo é contribuir para a promoção da saúde em diferentes municípios brasileiros por meio de um ciclo de cooperação técnica baseado em processos de educação continuada e fomento à educação permanente dos profissionais atuantes nas unidades básicas de saúde dos municípios participantes. Esta publicação, construída coletivamente, compartilha análises sobre as experiências formativas implementadas em suas oficinas, encontros e seminários, assim como a reflexão sobre processos de trabalho e determinantes sociais identificados a partir da percepção dos profissionais de saúde e representantes comunitários participantes. Apresenta também os indicadores de monitoramento do projeto e nossos principais resultados. Um projeto que se consolida e se expande em direção ao fortalecimento da atenção básica em municípios brasileiros.

## Ciclo Saúde

Ciclo Saúde: construção compartilhada de conhecimentos e ações pelo fortalecimento da Atenção Básica em municípios brasileiros

# Ciclo Saúde:

construção compartilhada de conhecimentos e ações pelo fortalecimento da Atenção Básica em municípios brasileiros

Fundação Vale | CEDAPS | UNESA



**Ciclo Saúde: construção compartilhada de conhecimentos e ações pelo fortalecimento da Atenção Básica em municípios brasileiros**

89711

Ciclo Saúde: construção compartilhada de conhecimentos e ações pelo fortalecimento da Atenção Básica em municípios brasileiros - Ciclo Saúde / Fundação Vale/ CEDAPS /UNESA – Rio de Janeiro: 2017.

192 páginas

ISBN 978-85-89711-12-8

1. Saúde. 2. Educação em saúde. 3. Promoção da saúde. 4. Política de saúde. I Fundação Vale. II Centro de Promoção de Saúde.

Parceria técnica

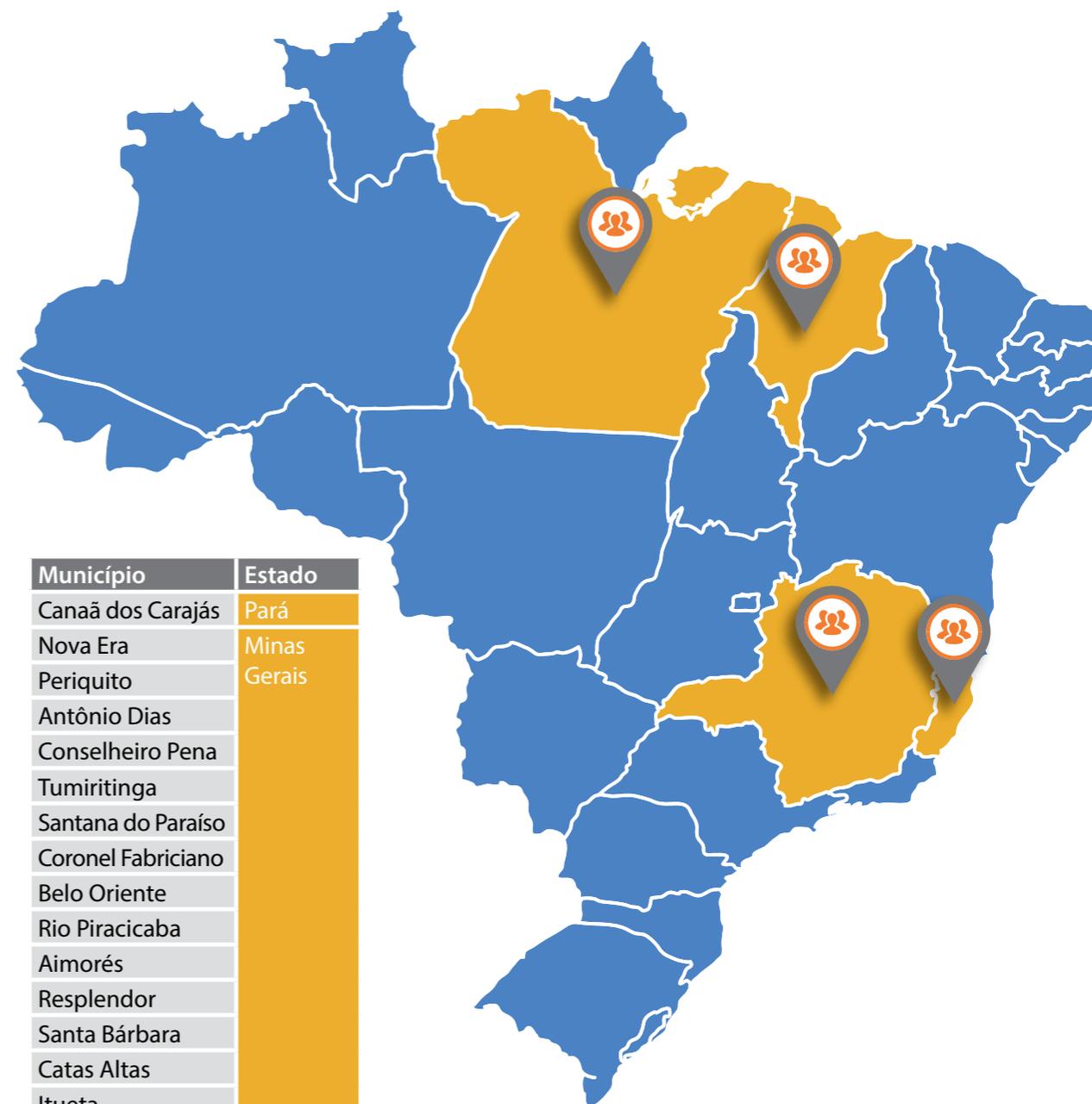


Iniciativa

FUNDAÇÃO VALE



**Ciclo Saúde 2014 - 2016**



Município	Estado
Canaã dos Carajás	Pará
Nova Era	Minas Gerais
Periquito	
Antônio Dias	
Conselheiro Pena	
Tumiritinga	
Santana do Paraíso	
Coronel Fabriciano	
Belo Oriente	
Rio Piracicaba	
Aimorés	
Resplendor	
Santa Bárbara	
Catas Altas	
Itueta	
Ibiraçu	Espírito Santo
João Neiva	
Fundão	
Baixo Guandu	
Cariacica	
Açailândia	Maranhão



# Agradecimentos

*Agradecemos aos usuários e às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) que, direta ou indiretamente, participaram do Ciclo Saúde e contribuíram para o exercício do direito à saúde e do fortalecimento da atuação frente aos determinantes e à promoção da saúde nos territórios.*

*Agradecemos às equipes de saúde das unidades e das Secretarias Municipais de Saúde participantes do Ciclo Saúde pela dedicação às ações realizadas.*

*Agradecemos às equipes da Vale e da Fundação Vale pela parceria crescente e confiança no trabalho desenvolvido.*

*Agradecemos aos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá envolvidos no projeto por apoiar essa iniciativa desde o início e contribuir com seus saberes.*

*Agradecemos a cada consultor, assistente de projeto e estagiário que contribuiu tecnicamente ao longo desse percurso.*

*Agradecemos às famílias e comunidades dos territórios para o qual o Ciclo Saúde foi pensado e realizado. Esperamos que, cada vez mais, ações sejam dinamizadas que reforcem o componente de orientação comunitária da Estratégia Saúde da Família.*



*“Pesquiso para constatar, constatando, intervenho. Intervindo, educo e me educo. Pesquiso para saber o que ainda não conheço. E comunicar ou anunciar a novidade. Afinal, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem a ele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da história”.*

**Paulo Freire**

# Sumário

- 8**
- 10 CARTA AOS LEITORES**  
*Fundação Vale*
- 12 APRESENTAÇÃO**  
*Katia Edmundo*
- 16 PARTE 1 - CICLO SAÚDE: ATORES E CENÁRIOS**
- 18 CAPÍTULO 1**  
Ciclo Saúde: cooperação intersetorial para fortalecimento da Atenção Básica  
*Fundação Vale, Cedaps, Estácio de Sá*
- 31 CAPÍTULO 2**  
Municípios envolvidos em análise  
*Nerice Ventura e Ricardo Mattos*
- 56 CAPÍTULO 3**  
Visitas Técnicas: uma oportunidade de reconhecimento para o planejamento participativo e estruturante  
*Ricardo Mattos e Nerice Ventura*
- 68 PARTE 2 - ATIVIDADES FORMATIVAS: CONHECIMENTOS E PERCEPÇÕES EM ANÁLISE**
- 78 CAPÍTULO 4**  
Atores locais e perguntas disparadoras: pontos de partida das atividades formativas  
*Mariana Kuo, Juliana Maio e Claudia Maia*
- 1**

- 26**
- 89 CAPÍTULO 5**  
Concepções sobre saúde e doença  
*Flávia Sampaio, Rúbia Mara Ribeiro e Anna Tereza Miranda Soares de Moura*
- 107 CAPÍTULO 6**  
Promoção da saúde: barreiras e facilidades para atuação  
*Alan Araújo, Cintya Veiga e Carlos Henrique Assunção Paiva*
- 133 CAPÍTULO 7**  
Sentidos da prevenção e da promoção saúde no território  
*Cibele Paes Leme, Andreza Vieira, Emerson Máfia, Renata Barra e Carlos Serra*
- 148 PARTE 3 - RESULTADOS E AVALIAÇÃO: APRENDIZAGENS**
- 150 CAPÍTULO 8**  
Simples ideias, grandes ações  
*Claudia Maia, Juan Carlos Raxach, Juliana Maio e Mariana Kuo*
- 157 CAPÍTULO 9**  
Avaliação do projeto Ciclo Saúde: o que nos dizem os dados  
*Nerice Ventura, Alice Natalizi e Ricardo Mattos*
- 183 CONSIDERAÇÕES FINAIS**  
*Katia Edmundo e Luciana Borges*
- 43**
- 53**

### Fundação Vale

A Fundação Vale tem a Saúde como um dos seus principais pilares de atuação social, com base na premissa de que, no Brasil, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”, conforme artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

Em razão da Atenção Básica ser uma estratégia de organização dos serviços do Sistema Único de Saúde para o atendimento integral e contínuo à população, e estar aderente ao perfil socioeconômico dos municípios, a Fundação Vale estabeleceu o fortalecimento de iniciativas de Atenção Básica como forma de investimento social para contribuir no desenvolvimento das comunidades onde a Vale atua, iniciando, em 2013, o projeto Ciclo Saúde.

A publicação *Ciclo Saúde: construção compartilhada de conhecimentos e ações pelo fortalecimento da Atenção Básica em municípios brasileiros* vai além da sistematização das experiências desenvolvidas no âmbito do projeto Ciclo Saúde. Trata-se de uma produção de conhecimento de caráter acadêmico, assinada por especialistas em saúde coletiva, com avaliação do contexto de saúde dos territórios participantes do projeto, além do perfil dos profissionais de saúde contemplando suas reflexões, percepções, principais desafios e oportunidades para atuação e dimensão de saúde e doença.

Esperamos que a leitura deste conteúdo contribua para que profissionais e gestores de saúde, organizações sociais, universidades e demais interessados possam ampliar seus conhecimentos sobre a Atenção Básica e desenvolver estratégias para fortalecimento desta política pública em seu município.

**Kátia Edmundo**

CEDAPS/UNESA

*Vinte e um municípios e 31 unidades de saúde com 36 equipes de saúde da família (ESF) participaram do Ciclo Saúde entre 2014 e 2016.*

O Ciclo Saúde se caracteriza por ser uma tecnologia social cujo objetivo é contribuir para a promoção da saúde em diferentes municípios brasileiros. Para isso se utiliza de um ciclo de cooperação técnica baseado em processos de educação continuada e fomento à educação permanente dos profissionais atuantes nas unidades básicas de saúde dos municípios participantes. Um ciclo de cooperação intersectorial, no qual diferentes atores estiveram conectados para viabilização da iniciativa:

- Uma empresa e sua fundação corporativa - a empresa Vale e a Fundação Vale - aportaram condições institucionais para garantir a execução das ações planejadas.
- Uma organização da sociedade civil - o Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS) - originalmente oriunda da história da implantação da Estratégia Saúde da Família como um modelo central para Atenção Básica, trazendo a versatilidade e experiência na aplicação de

*metodologias participativas para a produção de ações voltadas a comunidades e serviços públicos brasileiros.*

- Uma universidade - a Universidade Estácio de Sá, por meio do Mestrado Profissional em Saúde da Família, contou com seus docentes, mestrandos e egressos, contribuindo com o conhecimento oriundo das teorias estudadas, experiências acumuladas e, sobretudo, através das análises realizadas. O primeiro Mestrado em Saúde da Família Brasil, criado em 2007, e que já contabiliza com a formação de 214 mestres profissionais.
- Vinte e uma Secretarias Municipais de Saúde e suas equipes profissionais - tornando a proposta de cooperação concreta e pautada pelas realidades sociais encontradas, seus desafios e possibilidades. Novecentos e quatorze profissionais de saúde e 27 representantes comunitários envolvidos no Ciclo Saúde, expressando seus questionamentos, lacunas e experiências em curso, tornaram possível a evolução de um projeto social numa lógica de estratégia institucional de investimento privado no campo da saúde pública, o que é extremamente limitado.

*Através de uma dinâmica de interação e reflexão coletiva, pautada pelo diálogo horizontal que se constituiu como a marca das oficinas formativas realizadas, a tecnologia social do Ciclo Saúde se configura como um encontro mediado pela troca de saberes a partir dos conhecimentos e vivências dos atores, em processos de construção compartilhada de conhecimento e das ações locais. Tudo isto com o intuito primeiro de ampliar ações de promoção e educação em saúde, fortalecendo a relação unidades de saúde - comunidades - famílias - pessoas.*

*A publicação aqui apresentada registra a iniciativa em seus diferentes olhares e fazeres. Está subdividida em três partes complementares: uma primeira parte que versa sobre as*

*parcerias estabelecidas e as perspectivas dos diferentes atores institucionais envolvidos. Nessa primeira parte evidencia-se ainda o contexto de intervenção - os municípios e suas equipes de saúde - analisando seus dados e estágio de desenvolvimento de suas políticas municipais de Atenção Básica. Numa segunda parte, apresentamos a tecnologia social aplicada - construída por meio de um conjunto de atividades e dinâmicas de formação, articuladas pelos atores envolvidos e pautada, essencialmente, na produção de conteúdos e sentidos dialogados, a partir da metodologia Construção Compartilhada de Soluções Locais. Ainda nessa parte, as percepções dos protagonistas do Ciclo Saúde - os profissionais de saúde atuantes nos diferentes territórios - emergem em destaque e são analisadas à luz da literatura no campo saúde coletiva. Um conhecimento novo construído no “fazer da formação”. Na terceira parte, discorreremos sobre os resultados da primeira fase do Ciclo Saúde, entre 2014 e 2016. Destacamos os resultados qualitativos e quantitativos obtidos em diferentes dimensões monitoradas e avaliadas ao longo do processo de intervenção.*

*O Ciclo Saúde continua em atividade nos municípios brasileiros e se consolida como uma tecnologia social capaz de gerar cooperação horizontal entre setores, de forma a fortalecer o Sistema Único de Saúde, o SUS brasileiro. Nosso aprendizado coletivo se consolida como um estímulo ao investimento social, alinhado às políticas públicas estruturantes, principalmente para o campo da saúde coletiva, com a convergência de recursos entre organizações sociais e a inserção social da produção técnica e acadêmica das universidades, com destaques para a potencialidade dos mestrados profissionais qualificarem ainda mais a formação profissional em atuação nos municípios brasileiros.*

*Dedicamos esta publicação aos que a tornaram possível, com encontros repletos de motivação e afetividade nos diferentes territórios e desejamos que a leitura expanda suas possibilidades de cooperação e estimule novas formações, reflexões e, em especial, ações e práticas transformadoras. Tudo isso no intuito de contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica no Brasil, alcançando mais e mais milhões de brasileiros e brasileiras e efetivando nosso direito à saúde.*

## Ciclo Saúde: atores e cenários

### Ciclo Saúde

Contribuindo para Fortalecimento da Atenção Básica.

*O título Ciclo Saúde buscou expressar uma ideia central da tecnologia social, cujo projeto original foi redigido em 2013.*

*Um conjunto de formações participativas sobre temáticas de interesse dos profissionais envolvidos, capaz de gerar ciclos virtuosos de formação e ação, com ênfase em promoção e educação em saúde.*

*Esta parte destina-se a apresentar os atores do projeto Ciclo Saúde e os cenários da intervenção.*

## Ciclo Saúde: cooperação intersetorial para fortalecimento da Atenção Básica

Fundação Vale  
CEDAPS  
UNESA

O projeto Ciclo Saúde tem como objetivo contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica nos municípios de influência da Vale. Para isso, trabalha para ampliar o relacionamento entre a unidade de saúde e a comunidade, através de estratégias de promoção da saúde incorporadas pela equipe local, favorecendo a participação social e a intersetorialidade. Além disso, contribui para a melhoria das condições de trabalho provendo recursos técnicos e materiais, visando à ampliação de ações estratégicas de promoção e educação em saúde realizadas pela equipe de Atenção Básica (ESF).

O projeto esteve pautado em dois eixos complementares: um eixo de material e equipamento que, além de necessário ao aprimoramento da prática clínica, seria capaz de gerar uma ambiência mais favorável à promoção da saúde. A partir destes dois eixos, diferentes produtos técnicos foram criados e estão sendo implementados a partir de 2017.

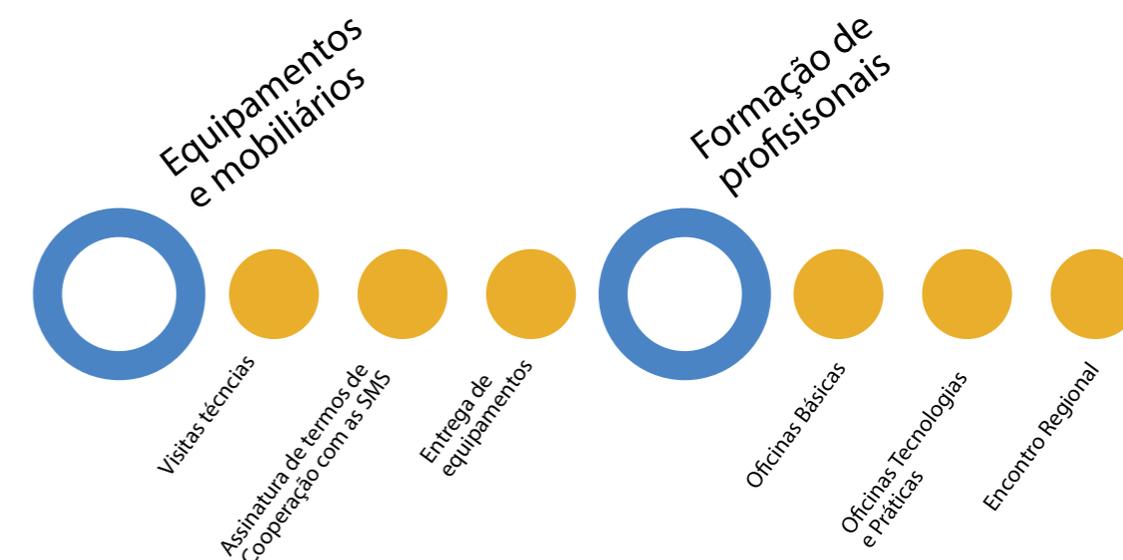


Figura 1 Fluxo operacional Ciclo Saúde de 2014 - 2016

## BASES OPERACIONAIS

Entre 2014 e 2016, o Ciclo Saúde esteve apoiado em um fluxo operacional flexível no qual as atividades propostas se modelaram a luz das necessidades apontadas em relação à logística, operacionalização, metodologia e ao próprio conteúdo das formações. A figura a seguir demonstra os eixos e atividades propostas.

## PARCERIAS INTERSETORIAIS

As parcerias integrantes do Ciclo Saúde são intersetoriais e atuam em cooperação, formalizadas por meio de instrumentos jurídicos, mas exercidas na prática das construções colaborativas. Na sequência, cada um dos parceiros apresenta sua visão sobre o Ciclo Saúde:

### FUNDAÇÃO VALE - Parcerias público-privadas<sup>1</sup>

A Fundação Vale foi criada em 1968, com o objetivo específico de atender à demanda por crédito habitacional dos funcionários da Vale. A partir de 1997, ano de

<sup>1</sup>

Texto elaborado com a contribuição de Andreia Rabetim e Livia Zandonadi

privatização da companhia, a instituição passou a conviver com grandes desafios, tendo que lidar com as mais diversas demandas e contextos sociais presentes nos territórios em que a empresa operava.

Teve início, então, uma trajetória contínua de evolução e aperfeiçoamento, diversificação e ampliação progressiva do escopo de trabalho. Em 2013, a Fundação completou 45 anos de atividades, tendo como principal função dar suporte à construção do legado positivo que a Vale se propõe a deixar nos territórios em que está presente, transformando recursos naturais em prosperidade e desenvolvimento sustentável.

Ao cumprir esse papel, a Fundação Vale contribui para o desenvolvimento local e para a melhoria da qualidade de vida das comunidades beneficiadas por suas ações e programas sociais voluntários que buscam uma aplicação mais eficaz e qualificada dos investimentos sociais nos territórios.

A decisão pela atuação na Área da Saúde surgiu como consequência natural do processo de envolvimento responsável da empresa com as populações das áreas de influência de seus empreendimentos e pela compreensão da instituição quanto ao potencial de retorno do investimento, em iniciativas voltadas para Promoção da Saúde Integral das populações.

Considerando que maioria das localidades onde a Vale possui atuação são municípios de pequeno porte populacional, onde muitas vezes o acesso e a infraestrutura dos serviços de saúde são limitados e as condições de saneamento precárias, tornou-se mandatório considerar sua atuação na área da saúde, cujos indicadores estão visivelmente comprometidos por esses fatores. A percepção de que contribuir com ações e projetos nessa área podem determinar impactos relevantes, em diversas dimensões, para essas populações também foi fundamental para proporcionar melhores resultados em outras áreas, como educação e geração de renda.

O direcionamento dos investimentos sociais da Fundação Vale se apoia em base técnica, buscando obter o máximo de efetividade e legitimidade. O principal referencial é a Parceria Social Público-Privada (PSPP), que pressupõe a união de esforços, recursos e conhecimento da sociedade civil, governos e setor empresarial em torno de uma agenda comum de desenvolvimento territorial.

A proposta é que a PSPP seja uma estratégia efetiva para o estabelecimento de uma governança integrada, constituindo-se em um pacto de cooperação para o desenvolvimento territorial entre o poder público, a iniciativa privada e as comunidades, articulando



ações e programas de desenvolvimento econômico e social, estruturantes e de longo prazo, por meio da construção de alianças intersetoriais estratégicas.

Nesse sentido, a Fundação Vale assinou, em 2013, uma Cooperação Técnica com o Ministério da Saúde para uma atuação integrada, que visa contribuir na potencialização dos investimentos sociais em saúde e no fortalecimento das políticas públicas neste tema nas áreas onde desenvolve projetos. Por meio dessa articulação, a Fundação Vale tem a oportunidade de discutir e estruturar, em conjunto com os técnicos do Ministério, uma nova lógica de integração dos investimentos em saúde, contribuindo para a melhoria das condições de vida das comunidades. E foi a partir desta articulação que nasceu a proposta do projeto Ciclo Saúde.

Em 2017, a abrangência do projeto se amplia e está presente em 27 municípios de quatro estados, trouxe a oportunidade de experimentar as diversas territorialidades e uma visão ampla sobre as oportunidades e desafios para o fortalecimento da Atenção Básica. Todo este arcabouço de informações e conhecimento nos possibilitou estruturar um projeto com alto nível de customização (respeitando as especificidades locais) e, ao mesmo tempo, aderência às necessidades dos municípios, complementado e contribuindo para o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica.

Também destacamos a inclusão efetiva da participação comunitária nesse processo, que legitimou a metodologia e as reformulações realizadas no decorrer do processo. Muito mais do que a presença, o conhecimento comunitário agregou novas perspectivas e reflexões

sobre como promover a saúde. Ao todo foram mais de 25 lideranças comunitárias envolvidas no projeto.

A elaboração dos indicadores de impacto e monitoramento do projeto demandaram três anos de estudos e adaptações. A redução de doenças não era um indicador factível e possível para avaliar a efetividade do nosso trabalho. Considerando que o objetivo principal do Ciclo Saúde é [fortalecer o relacionamento unidade de saúde e comunidade através de estratégias de promoção da saúde incorporadas pela equipe ESF, garantindo a participação social e a intersectorialidade](#), nossos esforços de monitoramento estiveram voltados para a mensuração deste impacto. A falta de registro de informações e baixa notificação nas Unidades Básicas de Saúde demandaram do projeto a definição de mecanismos independentes para verificação das informações. Hoje nosso monitoramento evidencia que o projeto é eficaz e aderente ao seu objetivo, trazendo resultados como 90% no aumento de ações intersectoriais.

### **CEDAPS - A perspectiva de uma organização da sociedade civil: ampliação de tecnologias e práticas para a promoção da saúde**

O CEDAPS é uma organização da sociedade civil, sediada no Rio de Janeiro, cuja história se associa a da Estratégia Saúde da Família. Desde início dos anos 90, desenvolveu um projeto social de atenção em duas comunidades do município. Momento histórico de ausência de serviços de Atenção Básica permitiu o desenvolvimento de um projeto social de caráter demonstrativo, em que a abordagem comunitária de atenção à saúde pode ser construída. Das aprendizagens locais registradas por uma equipe técnica comprometida com a promoção da saúde no território, o diálogo com a gestão pública pode ser melhor qualificado e o CEDAPS foi o responsável técnico pela formação e organização da primeira experiência governamental de Saúde da Família na cidade. Mais precisamente na ilha de Paquetá, estruturou-se o primeiro Programa de Saúde da Família no Rio de Janeiro, em 1995. Vinte dois anos após, e muitas experiências acu-

muladas no campo da promoção da saúde e do desenvolvimento comunitário, o CEDAPS, em contato com a Fundação Vale, pode se reconhecer e ser reconhecido como um parceiro técnico estratégico para contribuir no desenho e implementação de um projeto voltado para fortalecimento da Atenção Básica em municípios brasileiros.

Numa primeira visão, doar equipamentos e mobiliários não estaria no escopo da atuação do CEDAPS, mas dois aspectos chamaram a atenção e qualificaram a intervenção: um primeiro, o nível de necessidades presentes nos municípios em que a assistência estava sendo prestada, sem condições efetivas de ser realizada. Num segundo nível e mais importante, a possibilidade de associar as doações a processos formativos locais. Aproximar os profissionais de saúde dos diferentes municípios brasileiros de oportunidades de acesso ao conhecimento sistematizado e da literatura especializada e, em especial, das reflexões geradas pelas práticas implementadas. Uma oportunidade de “ouro” para uma organização da sociedade civil. A Fundação Vale mostrou-se desde o início sensível às necessidades de formação dos municípios e suficientemente aberta para acompanhar o amadurecimento dos projetos sociais em curso nestes. Um caminho cooperativo foi vislumbrado.

No desenho do Ciclo Saúde, alguns princípios da tecnologia [Construção Compartilhada de Soluções Locais](#) conferiram o caráter participativo à produção dos conhecimentos durante as oficinas realizadas. O CEDAPS é reconhecido por sua metodologia participativa e proximidade com as populações mais vulneráveis das cidades, por meio de suas organizações de base comunitária. A metodologia Construção Compartilhada de Soluções Locais busca agregar produção de conhecimentos e de ações. Composta por um conjunto de técnicas e atividades formativas é caracterizada como uma tecnologia social à medida que é reaplicável, desenvolvida em interação com a comunidade e representa efetivas soluções de transformação social.

O ponto de partida para a concepção metodológica e programática das atividades formativas está anunciado em seus princípios e diretrizes. Os conteúdos seriam pautados substancialmente pela PNAB

(2012) e nas linhas de cuidado presentes na Atenção Básica. As técnicas aplicadas seriam participativas e reflexivas em sua proposta central, mas uma diversidade de técnicas e atividades coletivas foi se somando a partir dos diferentes atores que se aproximaram do Ciclo Saúde. No capítulo sobre a metodologia e as atividades formativas detalharemos melhor os processos e, sobretudo, as reflexões oriundas das atividades formativas. Como o principal conteúdo trabalhado foi o mundo real, as percepções sobre o contexto e as práticas dos profissionais foram registradas e serão analisadas nesta publicação.

#### **UNESA - Mestrado Profissional em Saúde da Família: construção de novos conhecimentos em ensino, pesquisa e intervenção.**

O Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá forma profissionais, com capacidade de desenvolver programas de ensino-aprendizagem em cursos de graduação e pós-graduação lato sensu em Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia e em outras profissões da saúde e das ciências sociais, de acordo com as demandas do mercado de trabalho e com as políticas públicas do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais de Saúde para a implantação e supervisão de equipes de saúde da família. (UNESA, 2005)

A participação do Mestrado no Ciclo Saúde se deu por quatro modalidades específicas: i) pesquisa e sistematização de conteúdos para formação das capacitações; ii) desenvolvimento de oficinas para facilitadores e/ou profissionais participantes; iii) refinamento da programação, execução e relatoria das oficinas adaptando as realidades locais; iv) levantamento de dados para acompanhamento, monitoramento e avaliação da estratégia. Professores, alunos e egressos do curso de Mestrado estiveram conectados em diferentes etapas do projeto.

Dentre as ações do Mestrado, destaca-se o grupo de mestrandos e egressos denominados “consultores bolsistas” do Ciclo Saúde. O projeto conta atualmente com vinte e três consultores, sendo 78,3%

mestrandos em saúde da família da UNESA e 21,7% profissionais ligados à saúde pública e oriundos dos movimentos populares com diversas graduações na área da saúde, uma equipe interdisciplinar.

Para apresentar a perspectiva da participação dos alunos do Mestrado, o subcapítulo a seguir descreve as percepções levantadas por meio de uma enquête especialmente elaborada para este fim pelos autores – consultores bolsistas<sup>2</sup> do projeto.

#### **A pesquisa – intervenção: inserção social da formação no mestrado profissional**

Segundo LEME E SERRA (2015, p.23), o modelo Flexneriano ainda predomina no ensino de praticamente todas as escolas do campo da saúde dificultando, em muito, a mudança do modelo hegemônico, que a nosso ver é imprescindível para o fortalecimento de ações junto à comunidade.

Embora já se tenha avançado com as políticas para reformulação dos currículos de formação e para práticas destes profissionais, a diminuição do déficit em promoção da saúde em nosso país só se dará através de um espaço político privilegiado junto a gestores, academia, trabalhadores, população, mídia e todos os segmentos que, de uma maneira ou de outra, influenciam na definição dos rumos do país (ibidem, p.45).

O conhecimento científico envolvido neste projeto afirma que conhecer é estar em um engajamento produtivo da realidade, mas também é constituir-se neste engajamento por um efeito de retroação, já que não estamos imunes ao que conhecemos. De acordo com MATURANA E VARELA (2001, p. 32) “Todo ato de conhecer produz um mundo (...) todo fazer é conhecer e todo conhecer é fazer”.

2

*Texto elaborado por Andreza Vieira, Renata Barra e Cibele Paes Leme - Mestres Profissionais em Saúde da Família, egressas do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UNESA.*



Oficina  
Facilitadores  
no CEDAPS

Nessa abordagem inovadora, a aprendizagem deve ir além da aplicação imediata, impulsionando o sujeito a criar e responder a desafios, a ser capaz de gerar tecnologias e de manter a habilidade de aprender e recriar permanentemente. Ou seja, esta atividade curricular, deve se transformar no locus de construção/produção do conhecimento, em que o consultor atua como sujeito da aprendizagem/ ensino/aprendizagem.

A participação de mestrandos e egressos, do Mestrado Profissional em Saúde da Família UNESA no projeto Ciclo Saúde, guarda relação entre o conhecimento adquirido durante a formação e aplicação de conhecimentos, teoria e a prática, sendo eles, ao mesmo tempo sujeito e objeto das ações desenvolvidas. A inserção social do mestrado profissional mostra-se potencializada a partir do Ciclo Saúde.

A forma de atuar depende de uma forte interação entre todos os participantes do trabalho e, nesse caso, não poderia ser diferente. Mobilizados pelas demandas que emergiram e pela interrogação de como exercer, na prática, a ação de capacitar profissionais da ESF (Estratégia Saúde da Família) para melhoria das condições de trabalho técnico, do fortalecimento de sua atuação junto à comunidade e ampliação da resolutividade no atendimento oferecido nas Unidades Básicas de Saúde, a formação dos alunos de um Mestrado Profissional mostrou-se potencializada em um diálogo prático-teórico que gerou benefícios para todos os participantes, formandos e formadores.

### O que nos dizem nossos consultores bolsistas Ciclo Saúde

Segundo PAULON (2005, p. 21), a pesquisa-intervenção, “ao operar no plano dos acontecimentos, deve guardar sempre a possibilidade do ineditismo da experiência humana, e o pesquisador a disposição para acompanhá-la e surpreender-se com ela”.

Neste sentido, o pesquisador não se pretende agente de mudança, mas sim produtor de novos sentidos, novas intercessões. A pesquisa-intervenção tem como propósito o questionamento do ‘sentido’ da ação. (BARROS E PASSOS, 2000, p.73)

Para ampliar as vozes dos consultores bolsistas na produção deste artigo, foi aplicada uma enquete online para levantar as percepções em geral. Participaram da enquete 09 consultores bolsistas, sendo 79% do sexo feminino e 21% do sexo masculino.

### “Formação de formadores” Ciclo Saúde

O conteúdo programático das oficinas Ciclo Saúde construiu-se a partir do acúmulo de metodologias existente no CEDAPS, por meio da metodologia **Construção Compartilhada de Soluções Locais** e pela prática do “fazer” das oficinas, pelos consultores e participantes. A partir de experiências piloto que foram se desenvolvendo, sendo avaliadas e replanejadas processualmente, até que conteúdo e técnicas aplicadas fossem melhor incorporados e reaplicados nos diferentes contextos de formação dos municípios.

Algumas percepções no **processo de preparação** dos próprios consultores se configuraram em parte integrante da metodologia construída.

*“Os encontros foram fundamentais, pois apresentaram a metodologia do projeto e proporcionaram aos consultores “testarem”, “vivenciarem” muitas dinâmicas e métodos que seriam empregados e desenvolvidos com as equipes. Além da importante troca de experiência entre os consultores, de diversas formações profissionais e atuações no SUS”.*

*“Aprendi a metodologia de trabalho. Um novo olhar em educação em saúde. Um modelo participativo, que envolve a população como contribuição. E não um modelo pronto e engessado. O benefício da metodologia no aprendizado era evidente. Além de maior envolvimento dos participantes no processo”.*

### Aprendizado nas oficinas

Os consultores aprenderam muito com as equipes de saúde nas quais atuaram como facilitadores, conforme podemos observar em alguns relatos:

### A realidade orientando o conhecimento

*“Aprendi bastante sobre a intersetorialidade e os dispositivos da política regional, que devem ser contornados a fim de uma melhor abordagem na saúde.”*

*”Aprendi a proporcionar o melhor atendimento à população contando sempre com os recursos humanos qualificados. Na vivência, percebia que na grande parte das ESF a estrutura física deixava a desejar. Porém, encontrava grande parte dos profissionais interessados e que proporcionavam um cuidado diferenciado a população”.*

*”A diversidade das equipes por onde o projeto passou me fez ter uma visão mais ampla dos desafios enfrentados pelo SUS e, especialmente, pela Atenção Básica. Desde estrutura das unidades, perfil dos profissionais e aspectos sociais e culturas das comunidades”.*

Vivenciar a realidade das equipes de saúde da família, em municípios diferentes, trouxe para os consultores as seguintes reflexões:

*“Não se podem aplicar conceitos exitosos em outros municípios sem a ciência da realidade sociocultural e econômica do território. Cada localidade possui suas peculiaridades, que devem ser avaliadas para implantação de qualquer estratégia. Contraditoriamente, também foram percebidas problemáticas parecidas em todo o país, como não aderência de alguns profissionais de saúde, alta rotatividade profissional, baixos salários, gestão pouco participativa entre outras.”*

*“Quando iniciamos, eles perguntavam: mas por que vocês nos escolheram para participar? Até então os mesmos não eram vistos, ouvidos. Precisamos acolher esse profissional. As realidades vivenciadas me fazem entender melhor a minha realidade de saúde. Compreendi na prática o verdadeiro conceito de saúde, ampliando melhor o foco no social. A importância do mesmo na saúde”.*

### Trabalho em equipe multidisciplinar

Trabalhar com profissionais com diferentes formações ampliou os conhecimentos dos consultores, como visto nos relatos abaixo:

*”Cada profissional tem seu modo singular de enxergar a realidade. O trabalho em equipe ampliou meu espectro de visão em torno dos temas debatidos”.*

*”Aprendi a ouvir mais os outros profissionais. Entendi melhor com eles o conceito amplo de SAÚDE. O bem-estar vem de uma integralidade. E a equipe multidisciplinar, que proporciona esse cuidado, entende na Atenção Básica a verdadeira importância da atuação de cada um na APS”.*

*“Desenvolver um trabalho conjunto, no qual os profissionais se envolvam de acordo com seu nível de competência específico, enriquece nosso conhecimento e nos ajudaram, em diversas vezes, na condução das oficinas do projeto.”*

### Ampliando a formação no Mestrado Profissional

O Ciclo Saúde, como qualificação extra, durante o mestrado, teve grande impacto na formação dos consultores, como relatado a seguir:

*“Apliquei muito dos meus conhecimentos obtidos em Recursos Humanos na Saúde, como processos de trabalho, micro e macropolítica do trabalho, gerenciamento de equipes, autonomia profissional, sem falar dos conhecimentos gerais do NASF e Atenção Básica”.*

*“Eu utilizei os conceitos de Andragogia e Pedagogia que aprendi com a Prof.<sup>a</sup> Luciana Borges em Recursos Humanos e Formação Profissional em Saúde”.*

*“Utilizei as aulas da Prof.<sup>a</sup>. Kátia Edmundo, nas quais a mesma conceituava a importância do empoderamento da população. E nas oficinas era nítido a não participação da comunidade na construção do SUS no local que morava”.*

*“Antes do projeto, eu possuía equívocos conceituais sobre a diferenciação de promoção à saúde e prevenção das doenças. Apesar de conhecer os determinantes sociais de saúde, o projeto me trouxe a oportunidade de discutir com as equipes do projeto a prática desse conceito no cotidiano nas equipes e da comunidade”.*

Em linhas gerais, o processo de construção intersetorial proposto pelo Ciclo Saúde produz benefícios diversos aos atores que dele fazem parte. Avançam no propósito e alcance da Fundação Vale, nos territórios a que destina sua intervenção. Consolida a experiência prática de uma organização da sociedade civil como o CEDAPS, aprofundando as oportunidades de cumprimento de sua missão de contribuir para o aperfeiçoamento de políticas públicas e o mestrado profissional, cumprindo sua vocação de aproximar o ensino, a pesquisa e a intervenção por meio de projetos de extensão. Um caminho bastante consolidado que se expressa nas aprendizagens geradas pelo Ciclo Saúde em cada um dos municípios em que se inseriu no período de 2014 – 2016 e que serão apresentados nas páginas seguintes desta publicação.

## Referências Bibliográficas

BARROS, R. B; PASSOS, E. **A construção do plano da clínica e o conceito detransdisciplinaridade**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 16, n. 1, p.71-79, 2000.

CEDAPS – Centro de Promoção da Saúde. **Ciclo Saúde: Cooperação Técnica para o fortalecimento da Atenção Básica e da Promoção da Saúde em Municípios Brasileiros**. 2014. Disponível em: <http://cedaps.org.br/projetos/ciclo-saude/>

FV- Fundação Vale. **Relatório de Atividades - Projetos na área de Atenção Básica. Promoção de Saúde: quando a população tem controle do seu bem-estar**. 2015. Disponível em: <http://www.fundacaovale.org/SiteAssets/Paginas/Relatorio-Atividades-2015/Relatorio-Atividades-2015.pdf>

FV- Fundação Vale. **Relatório de Atividades - Projetos na área de Atenção Básica. Promoção de Saúde: quando a população tem controle do seu bem-estar**. 2014. Disponível em: <http://www.fundacaovale.org/Documents/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%202014.pdf>

LEME, C R P; SERRA C. G. **Promoção da saúde: conhecimentos e práticas dos profissionais das equipes da estratégia saúde da família numa área programática da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2015. 116f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio De Janeiro, 2015.

MATURANA, H.R; VARELA F. G. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano**. Campinas: Psy II, 1995. 281p.

PAULON, S. M. **A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção**. Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Rio Grande do Sul, 2014. p.8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3>

UNESA - Mestrado em Saúde da Família, Apresentação ano 2005. Disponível em: <http://portal.estacio.br/cursos/mestrado-e-doutorado>

## Capítulo 2

### Municípios envolvidos em análise

Nerice Ventura  
Ricardo Mattos

O Ciclo Saúde tem como objetivo principal melhorar as condições de saúde das populações residentes nos diferentes municípios envolvidos. Para alcançá-lo, parte do princípio que um serviço de saúde bem estruturado e organizado, com recursos humanos competentes e cumpridores dos preceitos e diretrizes norteadores das políticas públicas de saúde, torna este objetivo alcançável e sustentável ao longo do tempo. É uma estratégia baseada na valorização e na consolidação de tecnologias e práticas de educação e promoção da saúde, inseridas no cotidiano das equipes e seus processos de trabalho.

Nosso ponto de partida é sempre conhecer o município, o lócus privilegiado de materialização dos determinantes sociais da saúde de um dado grupo populacional. Este capítulo visa descrever o contexto do Programa Ciclo Saúde, apresenta a caracterização dos municípios no que diz respeito aos aspectos sociodemográficos e relacionados à organização geral da Atenção Básica local. Pelo detalhamento deste contexto, iniciamos o percurso de descrever e analisar o conhecimento e aprendizagem gerada pelo Ciclo Saúde entre os anos de 2014 e 2016. Para tal, lançaremos mão de dados oficiais disponibilizados em sites públicos e dados primários levantados ao longo da realização do projeto por meio de visitas técnicas e enquetes realizadas com gestores e profissionais de saúde.

O número de unidades e ESF por municípios está detalhado no [quadro 1](#), conforme dados retirados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**Quadro 1 - Municípios, unidades de saúde e equipes participantes do Projeto Ciclo Saúde**

Município	Estado	Nº Unidades participantes do Projeto	Nome da Unidade de Saúde	População adscrita***	Número do CNES
Canaã dos Carajás	Pará	10	Nova Jerusalém	1200	5858836
			Novo Brasil	1200	3767191
			Realino Pereira	120	3767205
			Adelina de Jesus	1537	5869919
			Bom Jesus	2121	2677547
			Park Shalon	1438	5858828
			Novo Horizonte	3800	3767175
			Cedere	4000	2677539
			Elizabeth Maria de Paula	3300	3767167
			Serra Azul e PACS	4000	2677520
Nova Era	Minas Gerais	1	Capoeirana	4000	3001229
Periquito		1	Pedra Corrida	540	-
Antônio Dias		1	Bocaina	4000	2140594
Conselheiro Pena		1	Barra do Cuité	4000	2103494
Tumiritinga		1	Francisco Cesário de Souza	4000	6445918
Santana do Paraíso		1	Ipabinha	4000	2140497
Coronel Fabriciano		1	Mangueiras	4000	2140853
Belo Oriente		1	Perpétuo Socorro (José Galdino)	4000	2140667
Rio Piracicaba		1	Bicas	4000	2170272
Aimorés		1	Barra do Manhuaçu	4000	6262589
Resplendor		1	Dr. Sílvio Leal	4000	2775735
Santa Bárbara		1	****Florária	4000	2169711
Catas Altas		1	Amélia Cotta Hosken	4000	2169967
Itueta		1	Nietzel	4000	2103451

Ibiraçu	Espírito Santo	1	Rufino Manoel de Almeida	4000	2675285
João Neiva		1	Sanitária Cristal João Neiva	4000	2797070
Fundão		1	ESF 1	7530	6648363
Baixo Guandu		1	Mascarenhas	4.000	2445514
Cariacica		1	Nova Canaã	12.000	2486091
Açailândia	Maranhão	2	****Vila Ildemar	3932	-
			Pequiá	2000	3563472
<b>TOTAL</b>	-	<b>31</b>	-	<b>112.718</b>	-

Fonte: Relatório de visita técnica do Projeto Ciclo Saúde e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), competência: fevereiro de 2017.

\*\* A unidade possui 1 EACSSB\_M1 - EQ AGENTES COMUNITÁRIOS COM SAUDE BUCAL - MI

\*\*\*\* A unidade Vila Ildemar, Pedra Corrida e a ESF da unidade de Florária não se encontram no CNES. O número de equipe informado é de acordo com o relatório de visita técnica

\*\*\* Algumas equipes não souberam responder sobre a população adscrita, pois estavam em processo de cadastramento ou atualização do mesmo. Nestes casos, foi utilizado o parâmetro do Ministério da Saúde, para cada equipe de saúde da família de 4 mil pessoas

Durante a análise dos dados disponíveis no CNES, também foi observado que, em relação à presença de Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (PORTAL DA SAÚDE, 2017) cadastrado por ESF, apenas as unidades de Tumiritinga e Belo Oriente, em Minas Gerais, possuíam essas equipes vinculadas.

Em relação à população adscrita, foi observado pelos consultores do projeto que 41% das equipes não possuía cadastros das famílias atualizados, o que contradiz com o preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), onde são consideradas atribuições comuns a todos os profissionais da Atenção Básica,

[...] I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; II - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local (BRASIL, 2012, p.43).

## Características Demográficas e Socioeconômicas dos Municípios

Neste tópico, apresentaremos características gerais dos municípios participantes do projeto. As informações foram coletadas através do Sistema de Nota Técnica do Departamento de Atenção Básica - DAB (PORTAL SAÚDE, 2017) e no sítio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017).

Serão apresentadas características das populações residentes dos municípios participantes do Projeto Ciclo Saúde, tais como:

- Número de habitantes, conforme estimativa do IBGE, 2016: as estimativas da população residente nos municípios brasileiros, com data de referência em 1º de julho de 2016, foram elaboradas com base na projeção para cada Unidade da Federação. Os totais populacionais dos municípios, enumerados pelos Censos Demográficos 2000 e 2010, foram ajustados linearmente, utilizando-se um fator de ajuste aplicado nestes anos em cada Unidade da Federação. Esses totais populacionais municipais, em 2000 e 2010, serviram de base para o estabelecimento da tendência de crescimento da população, até a data de referência em 1º de julho de 2016.
- Porte do município<sup>2</sup>;
- Densidade demográfica: medida expressada pela relação entre a população e a superfície do território;
- PIB per capita (2011): é o produto interno bruto dividido pela quantidade de habitantes de um país;

<sup>2</sup>

*Pequeno porte I – até 20.000 hab.*

*Pequeno porte II – de 20.001 hab. a 50.000 hab.*

*Médio porte – de 50.001 a 100.000 hab.*

*Grande porte – 100.001 a 900.000 hab.*

*Metrópole – mais de 900.001 hab.*

- Porcentagem (%) da população em extrema pobreza: indica a população total e os menores de 14 anos de idade que possuem classe de rendimento mensal domiciliar per capita de até um quarto de salário mínimo;
- Porcentagem (%) da população com plano de saúde (Dezembro / 2016): Se refere ao percentual da população brasileira coberta por planos e seguros de assistência suplementar à saúde, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima a parcela da população que é coberta por planos e seguros de assistência suplementar à saúde (privados e de servidores públicos). Inclui titulares, dependentes e agregados, de planos individuais, de empresas e sindicatos profissionais, bem como as formas de contratação dos planos, individual ou coletivo (DATASUS, 2017).

De acordo com o [quadro 2](#), a população total dos municípios integrantes do projeto era de 940.036 habitantes (IBGE, 2016). Segundo Unglert (1990), a densidade demográfica pode ser considerada um fator que influencia o acesso das populações aos serviços de saúde. Chama atenção o município de Cariacica, que apresenta densidade demográfica semelhante às capitais do país (IBGE, 2016), sendo que os demais municípios apresentam menor densidade, o que infere maior presença de áreas com populações rurais (MELO, 2007).

No que diz respeito à população coberta por plano de saúde, observamos que a média dos municípios é de 21%, menor que a média nacional que corresponde a 23% (ANS, 2016). Essa informação demonstra a necessidade de investimento nos serviços públicos, uma vez que a maior parte da população destes municípios é SUS dependente e a utilização da Atenção Básica é maior entre as pessoas com menor nível socioeconômico e sem cobertura por plano de saúde, correspondendo a indivíduos com maiores necessidades de saúde (FERNANDES et al; 2009).

Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por Unidades da Federação (Brasil - Dezembro/2016).



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 12/2016 e População - IBGE/DATASUS/2012

Quadro 2 - Características demográficas e socioeconômicas dos municípios participantes do projeto ciclo saúde

Município	Estado	Porte (ADH, 2012)	População (IBGE, 2016)	Densidade demográfica (hab/KM <sup>2</sup> )	PIB per capita (2011)	% da população em extrema pobreza (2010)	% da população com plano de saúde: (Dez. / 2016)
Canaã dos Carajás	Pará	Pequeno Porte II	34.853	11	107.132,49	11,49	56,73
Nova Era	Minas Gerais	Pequeno Porte I	17.996	50	15.963,69	4,15	40,93
Periquito		Pequeno Porte I	7.081	31	6.784,36	9,15	11,47
Antônio Dias		Pequeno Porte I	9.660	11	8.750,51	6,99	11,42
Conselheiro Pena		Pequeno Porte II	23.192	16	9.392,64	7,84	12,37
Tumiritinga		Pequeno Porte I	6.705	13	6.372,11	10,71	4,19
Santana do Paraíso		Pequeno Porte II	32.232	117	10.024,45	3,32	28,14
Coronel Fabriciano		Grande Porte	109.857	497	8.996,97	2,57	31,91
Belo Oriente		Pequeno Porte I	25.895	77	22.876,79	6,95	14,37
Rio Piracicaba		Pequeno Porte I	14.613	39	40.665,96	3,48	21,83
Aimorés		Pequeno Porte II	25.703	19	12.193,62	5,07	7,85
Resplendor		Pequeno Porte I	17.695	17	11.253,52	7,78	11,04
Santa Bárbara		Pequeno Porte II	30.436	44	13.178,97	4,76	35,85
Catas Altas		Pequeno Porte I	5.274	22	75.428,30	2,68	29,86
Itueta		Pequeno Porte I	6.104	13	9.143,60	6,93	2,79
Ibiraçu	Espírito Santo	Pequeno Porte I	12.471	62	17.879,17	3,00	26,53
João Neiva		Pequeno Porte I	17.096	63	14.697,35	2,94	36,12
Fundão		Pequeno Porte II	20.376	73	18.895,13	4,28	20,14
Baixo Guandu		Pequeno Porte II	31.633	34	10.570,97	5,05	11,95
Cariacica	Maranhão	Grande Porte	384.621	1.374	17.455,44	3,28	29,68
Açailândia		Grande Porte	110.543	19	15.816,06	12,29	9,99
<b>Total</b>	-	-	<b>944.036</b>	-	-	<b>Média 5,9</b>	<b>Média 21,6</b>

Fonte Quadro 2: População e densidade demográfica- IBGE, 2016

PIB per capita, população em extrema pobreza e população coberta por planos de saúde: Nota técnica do DAB/MS.

% População em extrema pobreza e % de população com cobertura de plano de saúde: Nota técnica DAB/MS

Porte: Atlas de Desenvolvimento Humanos (ADH), 2002

DADOS CONSULTADOS EM FEVEREIRO DE 2017

## Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e Programa Bolsa Família

A ESF preconiza a territorialização e a delimitação das áreas de abrangência das equipes, tendo em vista a identificação das necessidades e dos problemas de saúde da população adscrita, o monitoramento das condições de vida e de saúde das coletividades, facilitando o planejamento e a execução das ações de saúde (AQUINO; BARRETO, 2008).

Um dos conteúdos abordados nas atividades do Ciclo Saúde foi sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; FILHO, 2007). A atuação sobre os diversos níveis de DSS extrapola as competências e atribuições das instituições de saúde, exigindo uma ação integrada entre as diversas políticas públicas e a sociedade civil (CNDSS, 2008).

Desta forma, consideramos estratégico conhecermos dois indicadores relacionados aos DSS dos municípios participantes do projeto: o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e o Número de Famílias Beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) com perfil saúde e a cobertura de acompanhamento.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2017).

O IDHM é um índice que permite conhecer a realidade do desenvolvimento humano do território. Populariza a ideia de que desenvolvimento não se resume à perspectiva do crescimento econômico, mas sim facilita a comparação entre localidades, conduz a um diálogo mais informado na discussão de políticas e estimula a busca por melhores desempenhos socioeconômicos entre os municípios e regiões metropolitanas brasileiras. O índice não abrange todos os aspectos de desenvolvimento humano e não é uma representação da "felicidade" das pessoas, nem indica "o melhor lugar no mundo para se viver", mas sintetiza três das mais importantes dimensões do mesmo. Amplia e fomenta o debate, instrumentalizando a sociedade sobre



o estado da qualidade de vida nas unidades federativas, municípios e regiões metropolitanas, estimulando um pacto entre os atores de forma a protagonizar atividades e políticas transformadas para a superação dos desafios locais orientado ao desenvolvimento humano e social (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2017).

São faixas de classificação do IDHM (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2017):

- IDHM entre 0 – 0,499: Muito Baixo;
- IDHM entre 0,500-0,599: Baixo;
- IDHM entre 0,600 - 0,699: Médio;
- IDHM entre 0,700 - 0,799: Alto;
- IDHM entre 0,800 e 1: Muito Alto.

O Brasil é um dos países com maior desigualdade social do mundo, porém, nos últimos anos houve um amplo crescimento econômico e uma redução importante no Índice de Gini, o que acarretou um aumento na renda da parcela mais pobre da população. O Índice de Gini é um indicador utilizado para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo populacional, apontando a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos (IPEA, 2008).

*Neste contexto, o Programa Bolsa Família (PBF) destacou-se como uma das estratégias governamentais mais bem-sucedidas no combate à pobreza. Este programa foi criado em 2003 e tem como característica principal a transferência direta e condicionada de renda, dirigida a famílias com renda inferior a cento e quarenta reais per capita mensais (25% de um salário mínimo). Além da transferência de renda, que promove o alívio imediato da pobreza, e das condicionalidades, que reforçam o exercício dos direitos sociais à saúde e à educação, o programa também incentiva a emancipação das famílias, visando à superação do ciclo intergeracional da pobreza (CEPI DSS, 2017).*

O Programa Bolsa Família, foi criado pela medida provisória nº 132, de 20 de outubro de 2003, transformada na Lei no 10.836, de 09 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto no 5.209, de 17 de setembro de 2004 (PORTAL SAÚDE, 2017).

Abaixo, apresentamos o IDHM e número de famílias beneficiadas do PBF com perfil saúde e porcentagem das famílias acompanhadas pela Atenção Básica em cada município.

**Quadro 3 - Índice de desenvolvimento humano municipal e cobertura no acompanhamento das famílias beneficiárias do programa Bolsa Família com perfil saúde:**

Município	Estado	IDHM	Classificação do IDHM	Número de famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde	Número de famílias acompanhadas na 2ª vigência de 2016	Cobertura no acompanhamento das famílias (%)
Canaã dos Carajás	Pará	0,673	Médio	2.970	1.522	51,25
Nova Era	Minas Gerais	0,709	Alto	845	660	78,11
Periquito		0,651	Médio	719	631	87,76
Antônio Dias		0,645	Médio	828	646	78,02
Conselheiro Pena		0,662	Médio	1.392	802	57,61
Tumiritinga		0,626	Médio	707	430	60,82
Santana do Paraíso		0,685	Médio	1.742	1.619	92,94
Coronel Fabriciano		0,755	Alto	3.758	2.994	79,67
Belo Oriente		0,686	Médio	2.160	1.740	80,56
Rio Piracicaba		0,685	Médio	866	764	88,22
Aimorés		0,684	Médio	2.268	1.618	71,34
Resplendor		0,670	Médio	1.252	1.090	87,06
Santa Bárbara		0,707	Alto	2.099	1.879	89,52
Catas Altas		0,684	Médio	156	136	87,18
Itueta		0,635	Médio	594	521	87,71
Ibiraçu		Espírito Santo	0,726	Alto	404	259
João Neiva	0,753		Alto	405	330	81,48
Fundão	0,718		Alto	711	372	52,32
Baixo Guandu	0,702		Alto	1.916	1.049	54,75
Cariacica	0,718		Alto	14.164	6.342	44,78
Açailândia	Maranhão	0,672	Médio	9.574	8.458	88,34
IDH Nacional		0,727	-	-	-	-

Fonte Quadro 3: IDHM: Atlas De Desenvolvimento Humano Do Brasil. Acesso em 29/03/2017

Número de famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde, Número de famílias acompanhadas na 2ª vigência de 2016 e Cobertura no acompanhamento das famílias (%): Nota técnica do DAB/MS, consulta realizada entre 20/03/2017 e 25/03/2017

A análise dos dados apresentados no quadro 3, demonstra que a maioria dos municípios (62%) possuem o IDHM médio e 38% possuem o IDHM alto, neste caso, seguindo a média nacional (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2017)

*Entretanto, cabe ressaltar que o IDHM não é suficiente para medir o nível e desenvolvimento humano de uma região ou território por poder oferecer uma visão sintética sobre algumas das questões-chave do desenvolvimento humano no município: a saúde (condições para as pessoas viverem uma vida longa e saudável), a educação (acesso a conhecimento) e a renda (condições de manter um padrão de vida digno). Assim, como qualquer índice, o IDHM não é capaz de abarcar toda a realidade socioeconômica dos territórios (seja uma UF, município, região metropolitana ou UDH), sendo, por isso, importante combiná-lo com outros dados apresentados como trabalho, habitação e vulnerabilidade social, para uma visão mais holística e completa sobre as condições de vida em um dado município (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL 2017).*

Já em relação ao acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, observamos que se considerarmos a meta nacional do programa, que é de uma cobertura de 73% (BRASIL, 2016), 81% dos municípios atingiram a meta.

O acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família na Atenção Básica consiste em importante estratégia de direcionamento das ações para a parcela mais vulnerável da população, garantindo a equidade no SUS. De acordo com pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde, o PBF contribui de forma significativa na melhoria de indicadores e nas condições de saúde e nutrição dos integrantes do programa, principalmente, entre as crianças, tais como a redução da mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos, especialmente as mortes decorrentes de doenças relacionadas à pobreza. (PORTAL SAÚDE, 2017).

### Indicadores de cobertura populacional na Atenção Básica

Foram selecionados indicadores que contribuem para o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) e que permitem o acompanhamento da oferta de serviços (PORTAL DA SAÚDE, 2017), especialmente no que tange à Atenção Básica.

Os indicadores de cobertura de Atenção Básica e cobertura da Estratégia de Saúde da Família são dois indicadores clássicos, utilizados para monitorar e avaliar o acesso e a qualidade dos serviços e o desempenho do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O primeiro indicador selecionado é descrito como universal por ser essencial para a elaboração de diretrizes, objetivos e metas empregados nos processos de pactuação entre entes federados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Relaciona-se à diretriz de garantia de acesso à população e ao objetivo de propiciar ampliação dessa cobertura (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

- **Indicador 01:** Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica:

Método de cálculo:  $(N^{\circ} \text{ de ESF} + N^{\circ} \text{ de ESF equivalente}) \times 3.000^* \times 100 / \text{População no mesmo local e período}$

\*O cálculo da população coberta pela Atenção Básica tem como referência 3.000 pessoas por equipe de Atenção Básica, conforme a Portaria MS/GM n. 4288, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) (BRASIL, 2011).

O segundo indicador é reconhecido por detectar o potencial de oferta dos serviços e de ações de cuidado que as equipes podem realizar (SISTEMA DE INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL SUSTENTÁVEL, 2016).

- **Indicador 02:** Percentual de cobertura da população por equipes da estratégia saúde da família: diz respeito à proporção da população da unidade federada atendida por equipes da Estratégia Saúde da Família.

Método de cálculo:  $\text{Número de equipes da Estratégia Saúde da Família implantadas} \times 3.000 \times 100 / \text{População residente}$

Ação de  
Promoção  
da Saúde -  
Assentamento  
Califórnia



**Quadro 4 - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica e percentual de cobertura da população por equipes da estratégia saúde da família nos municípios participantes do projeto Ciclo Saúde**

Município	Estado	Cobertura de Atenção Básica (%)	Cobertura de ESF (%)
Canaã dos Carajás	Pará	100	100
Nova Era	Minas Gerais	86,60	59,00
Periquito		100	100
Antônio Dias		100	100
Conselheiro Pena		100	100
Tumiritinga		100	100
Santana do Paraíso		100	100
Coronel Fabriciano		71,68	56,00
Belo Oriente		100	100
Rio Piracicaba		99,00	98,00
Aimorés		100	100
Resplendor		93,47	81,00
Santa Bárbara		100	100
Catas Altas		100	100
Itueta		100	100
Ibiraçu		Espírito Santo	100
João Neiva	100		87,00
Fundão	39,64		39,00
Baixo Guandu	100		100
Cariacica	Maranhão	59,84	6,00
Açailândia		55,00	55,00
<b>Média</b>		<b>90,72</b>	<b>84,8</b>

Fonte: Sistema de Nota técnica do DAB, consulta realizada em fevereiro de 2017

Os indicadores empregados para a análise dos municípios participantes do projeto Ciclo Saúde mostram que a expansão da cobertura da Atenção Básica não coincide com a implementação da ESF em alguns territórios. Considerando que a consolidação da estratégia saúde da família é o eixo prioritário para a reorganização da Atenção Básica no país (BRASIL, 2011), torna-se relevante ampliar as discussões sobre essa estratégia nesses municípios. As informações aqui elencadas vislumbram a criação ou fortalecimento de espaços de discussão sobre os desafios vivenciados nessas localidades.

Malta *et al.* (2016) ressaltam que mais de 50% da população brasileira afirma estar cadastrada em unidades de saúde da família. Essas informações coincidem com os dados registrados para o projeto Ciclo Saúde. Os mesmos autores destacam que a cobertura da ESF tinha em 2016 um crescimento maior do que 10% e que esta expansão pode ser vista como uma estratégia de redução de iniquidades. Esta é uma circunstância relevante que deve ser considerada ao se analisar a necessidade de implementação de novas unidades e equipes nos municípios considerados pelo projeto Ciclo Saúde.

Andrade *et al.* (2015) também definem a ESF como uma política equitativa e descrevem mais detalhadamente o Estado de Minas Gerais. Mostram que à medida que a ESF favorece os municípios mais pobres, proporciona acesso aos serviços de saúde como um todo. Estes autores consideram elevado o nível de cobertura da população de Minas Gerais (ANDRADE *et al.*, 2015). O projeto Ciclo Saúde confirma essas informações para a maior parte dos municípios mineiros e aponta para a necessidade de ampliar a cobertura no município de Nova Era, Coronel Fabriciano e Resplendor.

Cabe salientar a necessidade de expansão da cobertura para dois municípios do Espírito Santo integrantes do projeto – Fundão e Cariacica. Importante também considerar que o índice de Desenvolvimento Humano (IDHM), considerado alto para os valores entre 0,700 e 0,799 (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2017), é menor nesses dois municípios capixabas (0,718 em ambos) se comparado

ao IDHM nacional - que corresponde ao índice 0,727 (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2017). A expansão da cobertura da ESF nestes municípios indica, portanto, um investimento em políticas mais equânimes e que preservam aspectos relevantes para a promoção da saúde dessas populações.

Neste sentido, o município de Açailândia, no Maranhão, apresenta uma premência ainda maior de expansão da AB e de organização da ESF. O IDHM neste município é 0,672 (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2017), índice considerado médio e que revela um contexto de carências sociais, onde a universalização da ESF pode ter um impacto distributivo relevante (ANDRADE *et al.*, 2015).

### Participação dos Municípios nas Políticas e Programas do Ministério da Saúde

Um dos aspectos observados durante as visitas técnicas foi a participação dos municípios nas Políticas e Programas do Ministério da Saúde. Os resultados, demonstrados no [quadro 5](#), foram extraídos dos relatórios do projeto e complementados pelo Sistema de Nota Técnica do DAB (PORTAL SAÚDE, 2017). A seguir, a definição de cada política e programa analisado:

- Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): os NASFs foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais da Atenção Básica, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da (s) unidade (s) na (s) qual (is) o NASF está vinculado (BRASIL, 2011).
- Brasil Sorridente é o programa do governo federal que operacionaliza a Política de Saúde Bucal no Brasil. De modo a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da



Unidade  
participante  
do Ciclo  
Saúde

população brasileira, o Brasil Sorridente reúne uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do SUS (PORTAL SAÚDE, 2017).

- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO): Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) são Clínicas Especializadas ou Ambulatórios de Especialidades que estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais (PORTAL SAÚDE, 2017).
- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. O programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento (PORTAL SAÚDE, 2017).

- Programa Saúde na Escola (PSE): é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, que foi instituída em 2007 e é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação com as demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade (PORTAL SAÚDE, 2017).
- Programa Academia da Saúde: lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado, que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos do Programa Academia da Saúde. Esses polos são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a Vigilância em Saúde (PORTAL SAÚDE, 2017).
- Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica: é um componente do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que objetiva ampliar a resolutividade da Atenção Básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, tem como perspectiva a melhoria da qualidade do atendimento, a ampliação do escopo de ações ofertadas pelas equipes e o aumento da capacidade clínica, a partir do desenvolvimento de ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente para as equipes de Atenção Básica. Os núcleos podem ter abrangência municipal, intermunicipal ou estadual e deverão estar estruturados na forma de uma rede de serviços, articulando a atuação de Secretarias Estaduais de Saúde, instituições de ensino e serviços de saúde na qualificação das equipes (PORTAL SAÚDE, 2017).



Unidade de saúde em Conselheiro Pena

**Quadro 5 - Participação dos municípios do projeto ciclo saúde nas políticas e programas do ministério da saúde**

Município	Estado	Número de NASF implantado	Brasil Sorridente (Nº de equipes de Saúde Bucal implantadas)	Possui CEO? (Centro de Especialidades Odontológicas)	Participa do PMAQ?	Participa do Programa Saúde na Escola (PSE)?	Realiza ações de PIC?	Possui Academia do Programa Academia da Saúde?	Participa do Teles-saúde?
Canaã dos Carajás	Pará	1	6	S	S	S	S	S	S
Nova Era	Minas Gerais	0	1	N	S	S	N	S	N
Periquito		1	3	N	S	S	N	N	S
Antônio Dias		1	3	N	S	S	N	N	S
Conselheiro Pena		1	5	N	S	S	N	N	N
Tumiritinga		1	2	N	S	S	N	S	S
Santana do Paraíso		1	5	S	S	S	N	N	N
Coronel Fabriciano		1	0	S	S	S	N	N	N
Belo Oriente		1	3	N	N	S	N	N	N
Rio Piracicaba		0	2	N	S	S	N	N	N
Aimorés		1	6	N	S	S	N	S	N
Resplendor		1	3	N	S	S	N	S	N
Santa Bárbara		1	3	N	S	S	N	S	N
Catas Altas		0	2	N	S	S	S	N	S
Itueta		1	1	N	S	N	N	N	S
Ibiraçu	Espírito Santo	0	3	N	S	N	N	N	N
João Neiva		0	3	N	S	S	N	N	N
Fundão		0	3	N	N	N	N	N	N
Baixo Guandu		0	7	N	S	N	N	N	N
Cariacica	Maranhão	0	1	N	S	S	N	N	N
Açailândia		1	4	N	S	S	N	S	N

Fonte: Sistema de Nota técnica do DAB, consulta realizada em fevereiro de 2017

De acordo com as informações disponíveis no quadro 6, observamos que 65% dos municípios possuem NASF. Em relação ao Programa Brasil Sorridente, apenas 1 (um) município (Coronel Fabriciano, MG) não possui ESB implantadas e 3 (três) possuem CEO. Para este último, cabe esclarecer que existem critérios pré-definidos para o credenciamento do serviço, que é o município ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização - PDR (BRASIL, 2006).

No que diz respeito ao PMAQ, 2 (dois) municípios não participam do Programa (Fundão, ES e Belo Oriente, MG). No que tange à adesão ao PSE, apenas 19% dos municípios não aderiram a este programa (Itueta, MG e Baixo Guandu, Fundão, Ibirapu, ES).

Em relação à realização de ações de Práticas Integrativas Complementares (PIC), apenas o município de Canaã de Carajás e Catas Altas possuem estabelecimentos públicos que realizam estas práticas registradas nos sistemas oficinas.

O Programa Academia da Saúde possui 7 (sete) municípios com adesão, nos moldes previstos pelo Ministério da Saúde o que representa 33% os municípios. Para o Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, observamos que 23% dos municípios faz parte desta estratégia.

Entre os programas e políticas analisadas, merece destaque o PMAQ que possui excelente adesão (19 dos 21 municípios). Fausto et al. (2014), analisaram a posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde sob a perspectiva das 16.566 equipes de Saúde da Família e dos 62.505 usuários participantes do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em 2012. Obtiveram resultados que indicam que as equipes atuam cada vez mais como porta de entrada preferencial, atendendo a demandas diversas e exercendo a função de triagem para a atenção especializada. Contudo, persistem importantes barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da AB à rede de atenção à saúde ainda é incipiente e inexistente coordenação entre AB e atenção especializada.

Considerando que o principal objetivo do Programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão comparável, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica (BRASIL, 2015), deve-se estimular que



as equipes de saúde utilizem o PMAQ como eixo orientador do planejamento local em saúde e da qualificação do processo de trabalho da Atenção Básica.

Para os demais programas, podemos inferir que é necessário desencadear ações de sensibilização e orientação junto à gestão local do SUS, para que os municípios participem destas políticas ministeriais, visando garantir um dos princípios do SUS que é a integralidade do cuidado (BRASIL, 1990). Entretanto, há de se esclarecer junto ao Ministério da Saúde, o status quo destas políticas e programas, no que diz respeito à ampliação, credenciamento, habilitação e financiamento das mesmas. Este é um caminho importante a seguir e a se consolidar para que a dimensão municipal dos programas se concretize e para que se amplie seu efeito, a partir da realidade vivida.

Os dados apresentados nos permitem ter uma visão do contexto de intervenção, construída em contraste com dados gerais dos municípios. Na sequência apresentaremos as unidades básicas de saúde, seus potenciais e suas fragilidades levantados por meio de visitas técnicas que nos permitiram construir um “retrato” do que seria possível ao projeto Ciclo Saúde colaborar e fortalecer por meio do seu eixo de intervenção estrutural: doação de mobiliários e equipamentos para melhoria da infraestrutura e resolutividade da atenção nas unidades básicas de saúde participantes.

## Referências Bibliográficas

ANDRADE, M.V.; NORONHA, K.M.; BARBOSA, A.C.Q.; ROCHA, T.A.H.; SILVA, N.C.; CALAZANS, J.A.; SOUZA, M.N.; CARVALHO, L.R., SOUZA, A. A Equidade da Cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.6, p. 1175-1187, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1175.pdf>

AQUINO R, BARRETO ML. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.4, pp.905-914.

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. O IDHM. Disponível em: [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o\\_atlas/idhm/](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/)

BRASIL, MINISTÉRIO da SAÚDE/DATASUS/**Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde**, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2488, 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, DF, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas – DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. **Estimativas da População Residente para os Municípios e para as Unidades da Federação Brasileiros com Data de Referência em 1º de Julho de 2016**. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97868.pdf> Acesso em 09/04/2017.

BRASIL. Portaria Nº 599/GM de 23 de março de 2006. **Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.**

BUSS PM, PELLEGRINI FILHO A. **A Saúde e seus determinantes sociais**. Physis: Rev Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 17(1):77-93, 2007.

Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (CEPI DSS)/ ENSP – FIOCRUZ; 2017. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2011/09/o-programa-bolsa-familia-como-importante-estrategia-de-reducao-da-desigualdade-social/>

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro; 2008. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>

FAUSTO MCR; GIOVANELLA L; MENDONÇA MHM; SEIDL H; GAGNO J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de Atenção à saúde na perspectiva das 59 equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. **Revista Saúde em Debate**, 2014; 34(especial):13-33.

FERNANDES LCL; BERTOLDI AD; BARROS AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**. 2009, Jun; 43(4): 595-603. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/483.pdf>

IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **PNAD 2007: Primeiras Análises. Pobreza e Mudança Social**. Brasília (DF): IPEA; 2008. v. 1. (Comunicado da Presidência, n. 09)

MALTA, D.C.;SANTOS, M.A.S.; STOPA, S.R.; VIEIRA, J.E.B., MELO, E.A.; REIS, A.A.C. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 327-338, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>

MELO, C. O., PARRÉ, J. L. Índice de desenvolvimento rural dos municípios paranaenses: determinantes e hierarquização. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Rio de Janeiro, v. 45, nº 02, p. 329-365, abr/jun200 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20032009000400007&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20032009000400007&script=sci_arttext&tIng=pt)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Apresentação. In: **Caderno de Diretrizes: objetivos, metas e indicadores 2013-2015**. Série Articulação Interfederativa. 3ª Edição. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2015. p. 11-12. Disponível em: [http://189.28.128.100/sispacto/SISPACTO\\_Caderno\\_Diretrizes\\_Objeticos\\_2013\\_2015\\_3edicao.pdf](http://189.28.128.100/sispacto/SISPACTO_Caderno_Diretrizes_Objeticos_2013_2015_3edicao.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS: nota técnica dos indicadores municipais do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015**. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/Nota\\_Tecnica\\_Indicadores\\_Municipais.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2013/Nota_Tecnica_Indicadores_Municipais.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **IDSUS: Fichas Detalhadas dos Indicadores**. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/ficha1s.html> Acesso em: 28 març. 2017.

PORTAL DA SAÚDE. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php) Acesso em: 25 março de 2017.

PORTAL DA SAÚDE. **Programa Bolsa Família**. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_bfa.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_bfa.php) Acesso em 18 março de 2017.

PORTAL IBGE. **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2016**. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=297868> Acesso em março de 2017. <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/f15.pdf>

PORTAL SAÚDE. **Programa Brasil Sorridente**. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_brasil\\_sorridente.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php) Acesso em 18 março de 2017.

PORTAL SAÚDE. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)

PORTAL SAÚDE. **Programa Saúde na Escola (PSE)**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php> Acesso em março de 2017.

PORTAL SAÚDE. **Sistema de Nota Técnica do Departamento de Atenção Básica (DAB)**. Disponível em <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php> Acesso em março de 2017.

PORTAL SAÚDE. **Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica**. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_telessaude.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_telessaude.php) Acesso em março. 2017.

SISTEMA DE INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL SUSTENTÁVEL. Subdimensão Saúde. In: **Índice de Desenvolvimento Municipal Sustentável: método de cálculo**. Santa Catarina: Confederação Nacional dos Municípios; Federação Catarinense de Municípios; Associação de Municípios SC, 2016.p.22-46. Disponível em: [http://indicadores.fecam.org.br/uploads/28/arquivos/903062\\_Metodologia\\_2016.pdf](http://indicadores.fecam.org.br/uploads/28/arquivos/903062_Metodologia_2016.pdf) Acesso em: 28 março de 2017.

UNGLERT, C. V. de S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**. S. Paulo, 24:445-52, 1990

## Visitas Técnicas: uma oportunidade de reconhecimento para o planejamento participativo e estruturante

Nerice Ventura  
Ricardo Mattos

**D**urante a execução do projeto, ocorreram 35 visitas técnicas que tiveram como objetivo realizar um breve diagnóstico das unidades de saúde, através da análise dos processos de trabalhos e condições gerais de infraestrutura. O diagnóstico representa o momento inicial de planejamento para a execução de projetos de intervenção (RIBEIRO et al., 2008) e constitui uma condição primordial para a tomada de decisões e para definição das ações a serem desenvolvidas (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008). Este momento foi fundamental para direcionar os temas prioritários a serem trabalhados durante as oficinas e levantar a necessidade de equipamentos e mobiliários, conforme itens disponíveis para doação pelo projeto.

As visitas foram realizadas no período de maio de 2014 a dezembro de 2015 e contaram com a participação de 289 pessoas, incluindo os consultores, que realizaram o trabalho em duplas ou trios. Os profissionais entrevistados eram, em sua maioria, representantes da gestão local e os (as) enfermeiros (as) responsáveis pelas unidades, além de outros profissionais das equipes que também contribuíram com o processo. Cada visita técnica gerou um relatório técnico estruturado que subsidiou o diagnóstico técnico das unidades de saúde, totalizando 31 documentos.

Os roteiros utilizados nas visitas foram elaborados pela equipe do Ciclo Saúde. Compreendendo que este processo de construção de documentos na metodologia participativa – que é método estruturante destas visitas - é contínuo, permanente e inacabado, foram admitidos ajustes conforme as atividades aconteciam. As adequações percebidas pelos consultores e sugeridas pelos participantes visaram buscar um diagnóstico mais completo das unidades de saúde, além de torná-lo compartilhado e pertencente ao grupo supostamente avaliado. Também foram selecionados indicadores e informações disponíveis nos sites oficiais do Ministério da Saúde, a fim de qualificar ainda mais as informações levantadas nas entrevistas. Estes indicadores, que são considerados medidas-síntese, retratam as condições de saúde da população e o desempenho do sistema de saúde (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008) e foram utilizados para subsidiar o processo de melhoria estrutural das unidades de saúde, além de viabilizarem o planejamento de mecanismos de formação profissional do Projeto Ciclo Saúde.

### Estrutura das Unidades de Saúde

Starfield (2002) define que a Atenção Básica possui quatro atributos nucleares ou essenciais: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. Além disso, traz três atributos derivados, sendo estes: o enfoque familiar, a orientação comunitária e a competência cultural. Segundo a autora, a organização da Rede de Atenção Básica sob estes atributos tende a agregar valor e elevar a potência das ações desenvolvidas pelas equipes, além de ordenar de modo singular o cuidado aos usuários do sistema.

Além do processo de trabalho estruturado e a garantia de uma rede de saúde organizada e ordenada a partir das necessidades comunitárias, Turci, Costa e Macinko (2015) acreditam que a disponibilidade de estrutura adequada nas unidades básicas de saúde, contemplando os insumos e equipamentos disponíveis, é o fator mais fortemente associado ao desempenho da AB. Ainda de acordo com Serapioni e Silva (2011), o “ambiente” e a “estrutura física” onde se realizam as atividades da Atenção Básica, em coerência com outros estudos internacionais, são considerados de fundamental importância para os profissionais de saúde.

Diante do exposto, um dos eixos de atuação do Projeto Ciclo Saúde, foi a equipagem das unidades de saúde participantes. Estes equipamentos e mobiliários, cedidos pelo Projeto, foram adquiridos com o objetivo prioritário de contemplar 3 (três) eixos de atuação:



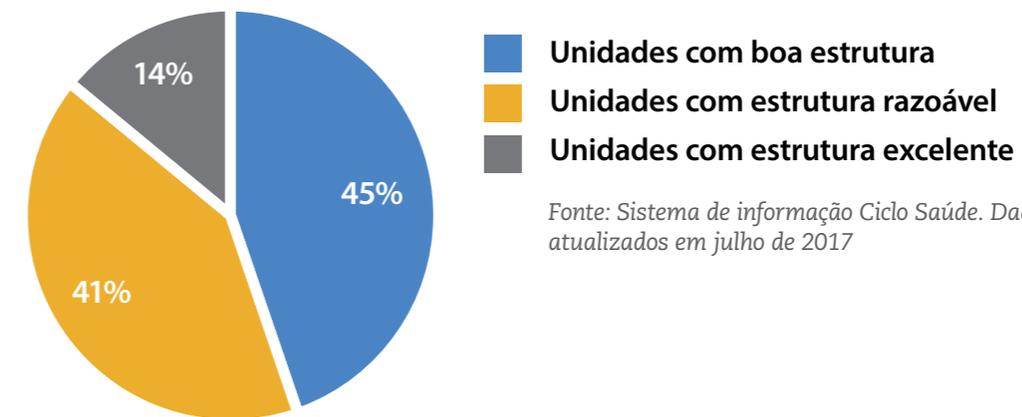
- Educação em Saúde - Mobiliários e equipamentos voltados a criar ambientes favoráveis ao desenvolvimento de ações educativas;
- Qualidade do Ambiente de Trabalho - Mobiliários e equipamentos voltados a melhorar a qualidade do ambiente de trabalho;
- Resolutividade da Atenção - Instrumentos de apoio ao profissional de saúde para fins de aprimoramento do diagnóstico e do atendimento a comunidade.

Para operacionalizar a aquisição destes materiais, o primeiro passo foi realizar um levantamento, durante as visitas técnicas. A metodologia destas visitas dava conta do preenchimento de um roteiro de observação por consultores especializados, contemplando itens sobre as condições gerais de funcionamento da unidade, condições de infraestrutura, pintura, ventilação, iluminação e, finalmente, a presença, em quantidade e qualidade adequadas, de equipamentos e mobiliários essenciais para o desenvolvimento do trabalho em saúde capaz de ofertar serviços suficientes para assistir a população, conforme os 3 eixos supramencionados.

A partir destas visitas, a equipe do projeto sistematizou e analisou os dados, classificando as unidades, do ponto de vista estrutural, como: “excelente”, “boa” e “razoável”; seguindo parâmetros estabelecidos pelos documentos norteadores da estrutura física de unidades de Atenção Básica. Foram analisadas 29 (vinte e nove) unidades de saúde, uma vez que os relatórios de duas unidades não apresentavam dados suficientes para esta classificação.

Após a categorização das informações, observou-se que 45% das unidades apresentavam boa estrutura física, 41% estrutura física razoável e 14% estrutura física excelente (Gráfico 1)

Gráfico 1 - Condições gerais de estrutura física



Em relação à presença de equipamentos e mobiliários em quantidade adequada, observou-se que as 31 unidades (100%) necessitavam de algum item para melhoria da qualidade do serviço ofertado. Os itens que apareceram de forma mais frequentes como necessários, de acordo com o eixo de atuação, estão demonstrados no quadro 1.

Quadro 1: Itens que apareceram de forma mais frequente como necessários ao pleno funcionamento das unidades de saúde Recursos humanos

Eixo de atuação	Item	Unidades (%)
Resolutividade da Atenção	Aparelho de PA	80
	Otoscópio ou Oftalmoscópio	80
	Balanças	54
Educação em Saúde	Aparelho de TV	74
	Aparelho de DVD	67
Qualidade do Ambiente de Trabalho	Climatizador ou ventilador	87
	Arquivo de aço ou armário	58

Fonte: Relatórios de visitas técnicas. Dados atualizados em julho de 2017

O processo de trabalho em saúde envolve as relações entre seres humanos e, neste contexto, a reestruturação permanente do papel do profissional da saúde é elemento indutor de práticas assistenciais que potencializam o cuidado em saúde e está em plena e constante modificação (MERHY et al.; 2003). A maleabilidade aqui exposta não faz menção as alterações da cadeia estruturante das atribuições profissionais, pois são parte da cultura identitária de cada categoria. Contudo, é importante refletir que estes mesmos atributos são constantemente colocados à prova à medida que as necessidades e, por sua vez, a complexidade dos casos se apresentam. Novas competências e habilidades são demandadas constantemente aos profissionais, ampliando o escopo de ações profissionais ou, no limite, agregando novas formas de saber e fazer às ações já praticadas cotidianamente. Considerar os sujeitos envolvidos nessas relações integra uma das pautas prioritárias nas discussões que buscam aprimorar o funcionamento da Atenção Básica.

Neste sentido, os consultores do projeto Ciclo Saúde perguntaram aos entrevistados qual a totalidade de trabalhadores de acordo com cada categoria profissional. Das 31 unidades participantes do projeto apenas cinco não responderam a este item. Então, considerando as vinte e seis (26) unidades, foi possível verificar a seguinte composição:

#### Quadro 2 - Número de profissionais de acordo com a profissão

Categoria profissional	Quantidade	%
ACS	190	44
Médico	44	11
Técnico de enfermagem	41	10
Porteiro	36	9
Enfermeiro	35	8
ASB/TSB	19	5
Administrativos	17	4
Cirurgião dentista	17	4
ACE	5	1
<b>TOTAL</b>	<b>404</b>	<b>100</b>

Fonte: Relatórios das visitas técnicas do projeto Ciclo Saúde. Dados atualizados em julho de 2017



Unidade de saúde - Catas Altas

Podemos observar que, de acordo com o quadro 2, 44% dos profissionais das unidades eram agentes comunitários de saúde (ACS), seguidos de médicos (11%) e técnicos de enfermagem (10%). Chama atenção o total de profissionais médicos que supera o somatório de técnicos de enfermagem e enfermeiros. Quando analisado esse dado por unidade de saúde, podemos observar que 100% das unidades de saúde possuíam o profissional médico na composição da equipe no momento da visita técnica, sendo que, em alguns municípios, havia uma média acima de 1 (um) profissional por unidade.

Apesar disso, quando analisamos a participação desta categoria profissional nas atividades do projeto, foi possível observar que dos 914 participantes, apenas 19 eram médicos e das 62 atividades realizadas (31 Oficinas Básicas, 26 Oficinas de Tecnologias em Promoção da Saúde e 5 Encontros Regionais/ Municipais), apenas 32,7% dos momentos presenciais tiveram a participação deste profissional. O quadro 3 apresenta este panorama.

**Quadro 3 - Número total de unidades de saúde e de profissionais médicos participantes das visitas técnicas realizadas no projeto Ciclo Saúde**

Estado	Total de unidades*	Total de médicos	Média
Maranhão	2	3	1,5
Pará	10	17	1,7
Espírito santo	4	13	3,25
Minas gerais	10	11	1.1
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>44</b>	<b>1,6</b>

Fonte: relatórios das visitas técnicas. Dados atualizados em julho de 2017

\*Foram excluídas as unidades que não responderam

Várias são as circunstâncias que envolvem a dificuldade de participação desses profissionais em atividades coletivas e/ou que envolvem as práticas de promoção da saúde. A centralidade de atividades no atendimento médico; a desproporção entre oferta, condições de atendimento e demanda; as singularidades de organização do processo de trabalho e a regulação dos fluxos assistenciais são alguns dos desafios cotidianos dos Centros de Saúde que interferem nas atividades desenvolvidas pelos médicos em seu ambiente de trabalho (SOUZA *et al.*, 2008).

Contudo, embora a participação dos médicos em atividades coletivas e de promoção da saúde seja enriquecedora para produção de serviços integrais, estas não são atividades naturalmente assimiladas por esta categoria (MATOS; CALDEIRA, 2013). Muitos destes profissionais apostam no atendimento individual com foco curativo e não tiveram uma formação que propiciasse reflexões acerca da riqueza existente nas tarefas coletivas que envolvem o trabalho na saúde (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Feurwerker (2014) discute as interferências das formações acadêmicas voltadas para as especializações nas escolas de Medicina no país. Há intensas disputas de concepções e práticas e, neste contexto, sobressai o fracionamento do trabalho médico. Em tal cenário torna-se necessário a superação da compreensão da Atenção Básica como o ponto de atenção de baixa resolutividade e atendimento simplificado e, em consequência, a inviabilidade da efetivação do princípio da integralidade no SUS (PUCCINI *et al.*, 2012).

O trabalho em equipes multiprofissionais produz experiências de encontro com diversas disciplinas, com as diferenças e com a vulnerabilidade dos sujeitos (SEVERO; SEMINOTTI, 2010). Infere-se, desta maneira, que as atividades coletivas para todos os trabalhadores têm o potencial de transformar concepções de saúde, de conhecimentos, de relações profissionais e constituem uma aposta pertinente na produção de modelos de atenção à saúde que sejam pautados na defesa da vida em toda sua multiplicidade (FEURWERKER, 2014).

A Portaria MS/GM n. 2488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), permite a constituição de uma equipe de saúde da família com, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família (BRASIL, 2011). A oferta de médicos por mil habitantes cresceu 16% no Brasil entre 1998 e 2012, entretanto, perpetua-se a tendência à concentração nas capitais e regiões mais desenvolvidas do país.

No intuito de garantir assistência médica em territórios menos cobertos por essa atividade profissional, o Ministério da Saúde lançou o Programa Mais Médicos constituído de três frentes: expansão e aperfeiçoamento das unidades de saúde; aumento da oferta de cursos de Medicina, residência médica e educação permanente destes profissionais e suprimento emergencial de médicos nas Unidades Básicas de Saúde de municípios com maior carência profissional e em Distritos Indígenas (BRASIL, 2013).

Em 2015, o Ministério da Saúde divulgou um caderno com os primeiros mapas que evidenciam um maior aumento do número de médicos no Brasil em decorrência da implementação do Programa Mais Médico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Neste documento é possível verificar um aumento de 16,6% de médicos no Pará, 22,5% no Maranhão, 14,1% em Minas Gerais e 16,5% no Espírito Santo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Cabe ressaltar que todos esses valores ultrapassam a tendência de aumento do número de profissionais médicos sem a presença do Programa para os mesmos Estados – 8,4%; 10,4%; 11,5% e 12,6%, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Outra informação relevante, para a análise do levantamento organizado pelo Projeto Ciclo Saúde, refere-se ao fato de que houve um incremento de 11,6% de médicos para Atenção Básica em 2013 nos municípios que aderiram ao Programa Mais Médicos e um crescimento de apenas 2,9% nos municípios que não aderiram (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Infere-se que este Programa tem alçado importantes conquistas para a expansão da Atenção Básica no Brasil



Participantes  
de oficina -  
Catás Altas

64

e deve ser levado em consideração nas investigações e discussões sobre a fixação desses profissionais nos municípios brasileiros. Corroborando esta afirmativa, o fato de que 48% das unidades participantes do projeto possuíam profissional médico vinculado ao Programa Mais Médicos.

Em contrapartida, observamos um inexpressivo contingente de Agentes de Combate às Endemias (ACE) lotados nas 31 unidades de saúde visitadas, o que indica uma necessidade de promover a integração da Atenção Básica com a vigilância em saúde nestes municípios. Vale ressaltar que já existem normativas que recomendam a lotação do ACE como membro das ESF como, por exemplo, a portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010 que define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às ESF (BRASIL, 2010).

Pensar projetos estruturantes para a Atenção Básica requer o desafiador olhar de mudança de paradigmas hegemonicamente estabelecidos no campo da saúde, sobretudo aqueles voltados ao padrão biomédico e tecnicista do viver e adoecer. Compreender a necessidade de extrapolar a doença como algo meramente biológico e objetivo parece fundamental para a superação destes modelos e para a implementação de uma Atenção Básica norteada pelos atributos propostos por Starfield (2002). Deste modo, reconhecer as necessidades e compartilhar as soluções parece ter sido um bom caminho pensado a partir do / para o Projeto Ciclo Saúde.

## Referências Bibliográficas

ABRAHÃO, A.L.; MERHY, E.E. **Formação em Saúde e Micropolítica: sobre conceitos ferramentas na prática de ensinar.** Interface: Educação, Saúde, Sociedade. Botucatu, v.18, n.49, p.313-324, 2014.

BRASIL. Lei n. 12871, de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis n. 8745, de 9 de dezembro de 1993, e .6932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2013. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/L12871.htm) Acesso em: 29 março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1007, de 04 de maio de 2010. **Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias – ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na Atenção Primária à Saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007\\_04\\_05\\_2010\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010_comp.html) Acesso em: 29 março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2488, 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, DF, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html) Acesso em: 25 março de 2017.

CASTRO, M.M.C; OLIVEIRA, L.M.L. de; SOUZA, A.I.S.; PAIVA, S.P.; LEAL, P.R.A.; RIBEIRO, R.S.; NETTO, M.R.P.F.; FRIAÇA, M.D.A.; BARRA, S.A.R.; CAVACA, L.P.; PARADA, J.M.S.O Cuidado ao Hipertenso no Município de Juiz de Fora/MG: uma análise comparativa em Unidades Básicas de Saúde. **Revista APS.** Juiz de Fora, v.12, n.3, p. 249-262, 2009. Disponível em: <https://aps.uff.emnuvens.com.br/aps/article/view/400/223> Acesso em: 5 de abril de 2017.

65

FEUERWERKER, L. C. M. Micropolítica e a Formação de Profissionais de Saúde. In: FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e Saúde: Produção do Cuidado, Gestão e Formação**. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. 1ª edição. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014, p. 119-160. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/micropolitica-e-saude-pdf> Acesso em: 29 março de 2017.

FEUERWERKER, L. Modelos Tecnoassistenciais, Gestão e Organização do Trabalho em Saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n.18, p.489-506, 2005.

MATOS, F.V.; CALDEIRA, A.P. Interação Comunitária e Planejamento Participativo no Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.37, n.3, p. 434-440, 2013

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY; E. E., MAGALHÃES Junior, H. M; RIMOLI J; FRANCO T. B. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec: 2003. P. 15-35.

MERHY, E. E.; FRANCO, T.B. **Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. In: MERHY, Emerson Elias;

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; ROMOLI, Josely; FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva. **O Trabalho em Saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2003, p. 55-124.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Implantação do Programa Mais Médicos. In: **Mais Saúde para os Brasileiros**. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 2015, p 65-106. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_mais\\_medicos\\_dois\\_anos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf) Acesso em: 29 março de 2017.

PUCCINI, P.T.; CORNETTA V.K.; SAHYOM, T.Z.; FUENTES, I.C.P.; PUCCINI, R.F. Concepção de Profissionais de Saúde sobre o Papel das Unidades Básicas nas Redes de Atenção do SUS/Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.294-2952, 2012.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. Indicadores de Saúde e a Ripsa. In: **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceito e aplicações**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2008. p. 11-20. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf> Acesso em: 27 março de 2017.

RIBEIRO, L.C.C.; RIBEIRO, M.; DIAS, K.S.; MATOS, K.A.; FERREIRA, T.S. O Diagnóstico Administrativo e Situacional como Instrumento para o Planejamento de Ações na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.13, n.3, p.448-452, 2008. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/13044/8823> Acesso em: 27 março de 2017.

SERAPIONI M, SILVA MGC. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2011; 16:4315-26.

SEVERO, S.B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e Transdisciplinaridade em Equipes Multiprofissionais na Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, supl. 1, p. 1685-1698, 2010.

SOUZA, E.C.F.; VILAR, R.L.A.; ROCHA, N.S.P.D.; UCHOA, A.C.; ROCHA, P.M. Acesso e Acolhimento na Atenção Básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, supl.1, p. s100-s110, 2008.

STARFIELD B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

TURCI, A.M.; LIMA-COSTA, M.F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(9):1941-1952, set, 2015.

## Parte 2

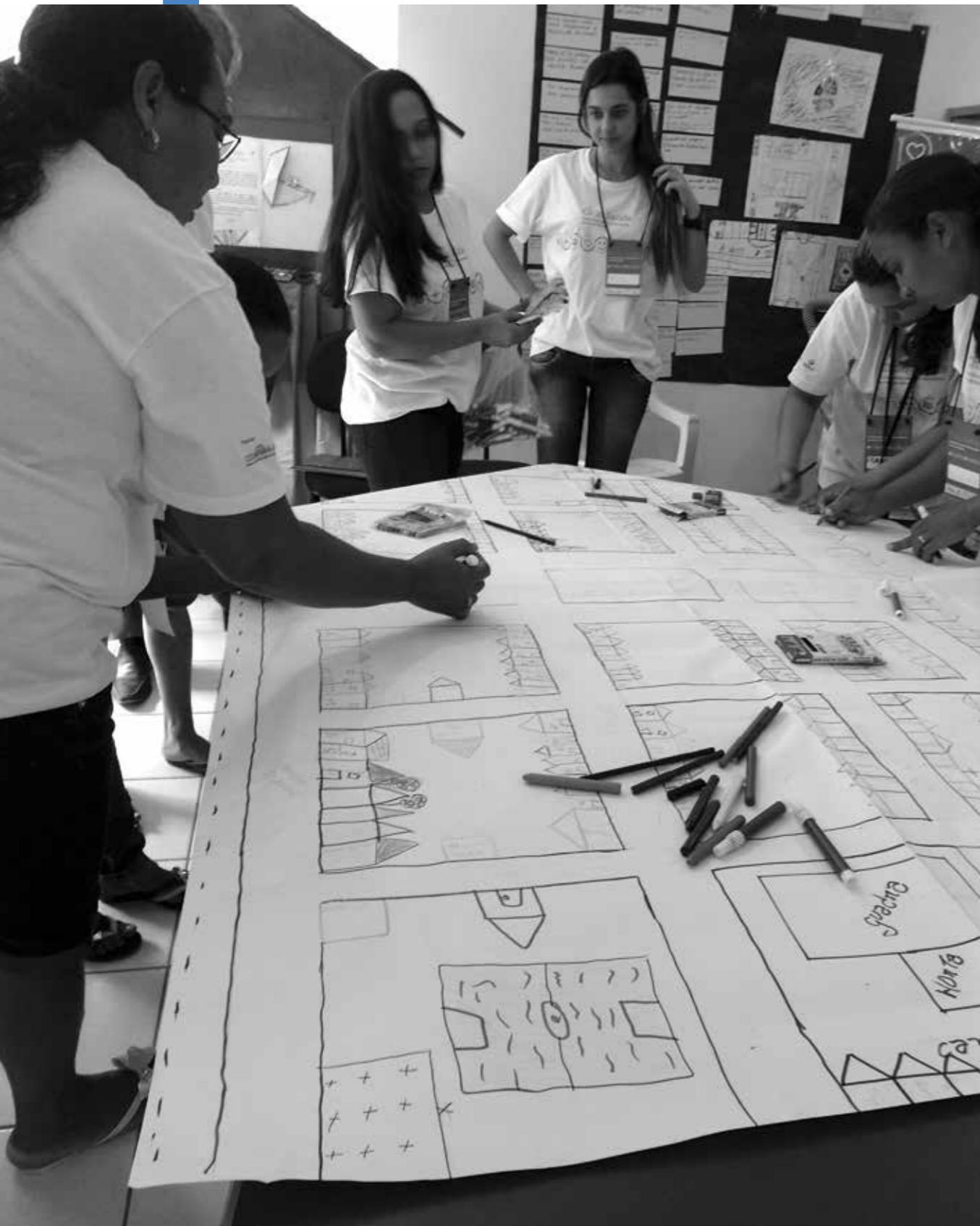
### Atividades formativas: conhecimentos e percepções em análise

#### Introdução

O Fortalecimento da Atenção Básica em municípios brasileiros por meio da formação de profissionais e representantes comunitários é o foco central da metodologia de formação-ação adotada pelo Ciclo Saúde. Trata-se de um processo metodológico participativo pautado pela interação de saberes técnicos e populares em um fluxo contínuo de construção ativa do conhecimento e da ação.

A proposta metodológica objetiva contribuir para promoção da saúde mediada pelo relacionamento produtivo entre a unidade de saúde e a comunidade, a abertura de canais de participação social e fomento a práticas fundamentadas pela intersetorialidade visando o fortalecimento do SUS (Sistema Único de Saúde). A operacionalização da metodologia permite a concretização de princípios e diretrizes das políticas de Atenção Básica e promoção da saúde em âmbito local.

Trata-se de um ciclo de cooperação técnica que deixará como legado, o fermento ou a consolidação de núcleos locais de educação em saúde e educação permanente nos diferentes municípios em que está implantado. A metodologia adotada está apoiada na tecnologia social intitulada [Construção Compartilhada de Soluções Locais](#), desenvolvida há 23 anos no Brasil pelo CEDAPS, como resultado de um conjunto de técnicas e atividades educativas acumuladas ao longo de sua trajetória institucional. O Ciclo Saúde pauta-se pela implementação de processos locais de formação vivencial e leituras complementares associados à produção e disseminação



de tecnologias e práticas em promoção da saúde e educação em Saúde, fortalecendo a cultura da formação proativa, utilizando diferentes recursos dentre outros, aqueles já disponibilizados por governos e universidades em ambientes virtuais.

Como resultado do processo de trabalho realizado entre 2014 e 2016, contabilizamos 62 oficinas e encontros presenciais com a formação direta 914 profissionais e representantes comunitários. Com a experiência, é possível aprender que formações vivenciais e reflexivas incidem sobre a qualidade da ação local no SUS e devem ser adotadas como meta prioritária ampliando o potencial de produção de uma cultura participativa e democrática presente no setor saúde que se estende até a população e vice-versa em ciclo dinâmico e produtivo de conhecimentos e práticas locais.

Durante as oficinas presenciais, técnicas participativas são aplicadas para fins de problematização da realidade, tais como “caderno de perguntas”; “mapa falante”; “rio da vida”; “dinâmicas de acolhimento”; “vídeo-debates”; “reflexão sobre percepções individuais e coletivas”; “construções coletivas de conceitos e recomendações”, resultando em um conhecimento novo sistematizado sobre e a partir da prática, fortalecendo a conexão de saberes práticos construídos no dia-a-dia de unidades básicas de saúde participantes.



Reflexão  
sobre  
acolhimento  
dos usuários



A adoção de metodologias participativas supera uma vertente de formação, pautada por normativas e procedimentos a serem transmitidos aos profissionais de saúde que contribuem para adoção de práticas mais conservadoras na atenção a saúde, que não enfrentam os determinantes sociais e se apoiam em ações mais instrumentais e tópicas. Consideramos que ações cooperativas intersetoriais e produtivas são essenciais para que sejam construídos legados sustentáveis nos municípios brasileiros visando o desenvolvimento de capacidades que promovam processos de educação permanente e atuações preventivas e promotoras da saúde.

Equipes de Saúde melhor capacitadas podem ser multiplicadoras locais da informação entre profissionais antigos e novos, com maior aproximação da unidade de saúde e da comunidade, o que geram resultados efetivos, quando mediados por metodologias participativas e contribuem diretamente para a construção de um conhecimento apoiado no saber-fazer local que deve e pode ser sistematizado e disseminado fortalecendo o campo. As tecnologias, práticas e abordagens construídas no cotidiano das ações em saúde são densas, criativas e merecem registro e análises compartilhadas. A formação de profissionais e comunitários por meio de metodologias participativas ativam saberes locais, fundamentais para adoção de práticas e tecnologias mais efetivas para lidar com problemas de saúde da população e suas diferentes necessidades e demandas.

Dinâmica da  
boneca para  
trabalhar  
acolhimento





Mapa Falante  
Antonio Dias

Ceccim e Merhy (2009) defendem que a melhoria da resposta assistencial e gerencial do sistema de saúde envolve problematizar as questões cotidianas e considerar as singularidades. Neste sentido, a gestão da educação e do trabalho em saúde teria o potencial, inclusive, de contribuir para superar o descompasso entre a organização dos serviços e o provimento e a fixação dos profissionais nos territórios, problema complexo e que não será resolvido de maneira pontual (FERLA; POSSA, 2013).

O Ciclo Saúde se constitui em uma contribuição viva para a operacionalização da política municipal de educação permanente, com seus viéses problematizador, circular (ação – reflexão – ação) e construtivo preconizados. Autores como Feuerwerker (2005) e Ceccim (2005a) destacam que um dos entraves para a efetivação de uma Política de Educação Permanente é a compreensão da gestão da formação como meio e não como estruturante do sistema, como se os trabalhadores fossem recursos que pudessem ser administrados e não sujeitos ativos nas cenas de formação e trabalho. O desafio proposto é o deslocamento dos padrões hegemônicos e a produção da diferença a partir de problemas reais e de pessoas e equipes concretas (CECCIM, 2005a).



Rio da Vida  
Novo Horizonte



### Integração de equipe

Neste sentido, a proposta da equipe do Ciclo Saúde é fomentar processos de educação permanente que respeitem a autonomia dos trabalhadores e culmine na produção de confiança entre os diversos atores envolvidos na produção do cuidado em saúde, de forma que tenhamos ambientes criativos e sensíveis à saúde da população. Entender a educação permanente como um compromisso social capaz de gerar práticas legais, morais e éticas para os cidadãos requer a construção de vínculo que reconheça o território existencial dos usuários.

Cabe destacar que as discussões de formação em saúde representam um chamado para a produção de novos significados que incorporam um movimento entre o conhecimento técnico, protocolar, disciplinar e a realidade do serviço (ABRAHÃO; MERHY, 2014). Infere-se que a organização de coletivos de formação, que disseminem a construção de uma educação viva e em ato, representa um instrumento potente no desenvolvimento de competências técnicas indispensáveis à integralidade do cuidado em saúde (CECCIM, 2005b).

### Quadro - As oficinas do Ciclo Saúde estão pautadas pela estrutura programática a seguir: quadro geral resumido do conteúdo, objetivos e competências previstas nos encontros presenciais do Ciclo Saúde 2014 – 201

Oficinas	Conteúdo Programático	Objetivos	Competências	Carga horária
Oficina Básica	<p>Conceito Saúde/ Doença Determinantes Sociais em Saúde/Promoção x Prevenção</p> <p>Participação (Controle Social e Gestão Participativa)</p> <p>PNAB – Política Nacional de Atenção Básica</p> <p>Equipe de Atenção Básica (Saúde da Família)</p>	<p>Aprofundar os conhecimentos da equipe sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).</p>	<p>Desenvolvimento de pensamento reflexivo sobre aspectos ligados a Política Nacional de Atenção Básica, atribuições das equipes e seus processos de trabalho.</p>	16 horas
Oficina Temática	<p>Tecnologias e práticas</p> <p>Estudo dirigido temático (linha de cuidado priorizada)</p>	<p>Reforçar capacidades das equipes em planejamento, execução e avaliação de estratégias de educação e promoção da saúde.</p>	<p>Elaboração de Planejamento de intervenção pautado em pressupostos e diretrizes da Promoção da Saúde com ênfase em políticas intersetoriais e tecnologias e práticas em promoção da saúde.</p>	08 horas
Encontro Regional	<p>Mostra de Práticas Ciclo Saúde: disseminação de práticas locais;</p> <p>Café com conversa: aprendizagens relacionadas ao processo de trabalho e educação permanente;</p> <p>Avaliação Coletiva do projeto</p>	<p>Favorecer o intercâmbio de práticas entre as unidades integrantes do projeto;</p> <p>Gerar reflexões sobre as necessidades e as oportunidades de formação das equipes, fortalecendo as bases para educação permanente no município.</p>	<p>Discussão de modo articulado e integrado sobre a importância da realização de atividades de educação em saúde para a promoção da saúde da população do território, priorizando temáticas e estratégias.</p>	08 horas

A seguir apresentaremos quatro capítulos contendo o perfil dos participantes das oficinas e a análise das atividades implementadas ao longo das oficinas básicas do Ciclo Saúde que nos possibilitou contribuir para a formação, ao mesmo tempo que nos permitiu refletir sobre os conhecimentos e percepções dos participantes sobre temas relevantes, para construção de uma prática reflexiva e resolutiva. Cada capítulo optou por um percurso descritivo e analítico das produções registradas e arcabouço teórico para análise dos dados obtidos por meio das atividades.

## *Atores locais e perguntas disparadoras: pontos de partida das atividades formativas*

Mariana Kuo  
Juliana Maio  
Claudia Maia

**Q**uem são os participantes do Ciclo Saúde? O que gostariam de aprender? Sobre o que esperam discutir e construir conhecimentos novos? Este capítulo descreve e analisa o perfil dos nossos participantes assim como de suas perguntas no início das oficinas formativas. O conteúdo programático do Ciclo Saúde está apoiado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e para tal conta com um cardápio variado de temas, conceitos, tecnologias e práticas para operacionalizá-lo. No entanto, ainda que tenhamos uma programação pré-definida, o enfoque aos conteúdos é flexível e dialoga diretamente com o nível de conhecimento, compreensão e de perspectiva de nosso público. Um público que é considerado participante, ator essencial no processo de reaplicar os conteúdos construídos ao longo das oficinas, quer seja com seus pares, em um fortalecimento contínuo de trabalho em equipe, quer seja diretamente com a população usuária dos serviços que oferta. O conteúdo trabalhado pelo Ciclo Saúde deve ser visto como gerador de novos conteúdos e conhecimentos, nos termos considerados por Paulo Freire, e deve ser considerado como gerador de temáticas capazes de dar lugar a novas e ativas aprendizagens.

## **Quem são os participantes do Ciclo Saúde nos municípios?**

É de fundamental importância, para a análise do Ciclo Saúde, que seja possível traçar perfis de participantes e realizar o monitoramento e a avaliação das etapas de processo do projeto. Pensando nisso, foi desenvolvido uma série de instrumentos de coleta de informações, que possibilitam traçar um panorama do Ciclo Saúde.

Foram analisadas informações coletadas das 914 fichas de inscrição de participantes e 29 Cadernos de Perguntas produzidos nas Oficinas Básicas.

As fichas eram distribuídas no início de cada oficina do ciclo de formação dos profissionais – oficinas básicas, oficinas de tecnologias e práticas, e encontro regional -, desse modo, conseguimos garantir que todos os participantes presentes em qualquer atividade tivessem seus dados coletados.

A equipe técnica do Ciclo Saúde desenvolveu a ficha de inscrição, com campos como data de nascimento, sexo, escolaridade, formação, de modo que possibilitasse a coleta de informações relevantes e posterior perfil dos participantes do projeto.

Com os instrumentos recolhidos, e de volta ao CEDAPS, eles eram inseridos no banco de dados que foi desenvolvido exclusivamente para armazenar esses e outros materiais que foram usados para medir o índice de aprovação do projeto. A coleta dos dados foi realizada em três momentos distintos, onde foi realizado o preenchimento das fichas de inscrição, a transferência das informações para o banco de dados e por fim, a análise das 914, possibilitando a construção do perfil dos participantes do projeto.

Será destacada a participação de profissionais oriundos de 21 Secretarias Municipais de Saúde e suas equipes, que estiveram presentes nas formações e encontros que ocorreram ao longo desses 21 meses.

## Resultados

Os resultados da [tabela 1](#), referente ao perfil demográfico dos 914 participantes do Ciclo Saúde, revelam que a maioria deles é do sexo feminino, representado por 85,45% (781), e apenas 14,44% (132) corresponde aos participantes do sexo masculino. Pode-se destacar que mais da metade dos participantes, 53,39% (488), se declararam pardos e 4,27% (39) não responderam. As idades predominantes estão na faixa de 31 a 40 anos, representando 40,70% do total de participantes. A idade média dos participantes foi de 38,69 anos.

**Tabela 1 - Perfil Demográfico dos Participantes**

Variável	Descrição	FA	FR
Sexo	Feminino	781	85,45%
	Masculino	132	14,44%
	NR	1	0,11%
Cor	Amarela	10	1,09%
	Branco	262	28,67%
	Indígena	3	0,33%
	Parda	488	53,39%
	Preta	112	12,25%
	NR	39	4,27%
Idade	até 20 anos	4	0,40%
	21 anos a 30 anos	196	21,44%
	31 anos a 40 anos	372	40,70%
	41 anos a 50 anos	192	21,00%
	51 anos a 60 anos	82	8,97%
	61 anos a 70 anos	32	3,50%
	maior que 70 anos	9	0,98%
	NR	27	2,95%

Fonte: Banco de dados Ciclo Saúde. Quadro elaborado pelas autoras.

**Tabela 2 - Presença de Pessoas com Deficiência no Grupo**

Variável	Descrição	FA	FR
Deficiência	Sim	24	2,63%
	Não	837	91,58%
	NR	53	5,80%

Fonte: Banco de dados Ciclo Saúde. Quadro elaborado pelas autoras.

A presença de pessoas com deficiência no grupo de participantes está definida na [tabela 2](#).

Dentre os participantes, apenas 2,63% alegaram possuir alguma deficiência, dentre eles, 41,67% possui deficiência visual, enquanto 20,83% deficiência física, 12,50% auditiva, 8,33% alegaram ter passado por cirurgia ou problema nas costas.

Entrega de certificados - Participantes Rio Piracicaba



O nível de escolaridade dos participantes do Ciclo Saúde, expresso na [tabela 3](#), mostra que quase metade deles possui o Ensino Médio completo (49,78%) e 28,99% completaram o ensino superior.

**Tabela 3 - Escolaridade dos Participantes**

Variável	Descrição	FA	FR
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	29	3,77%
	Fundamental Incompleto	20	2,19%
	Fundamental Completo	55	6,02%
	Médio Incompleto	29	3,17%
	Médio Completo	455	49,78%
	Superior Incompleto	60	6,56%
	Superior Completo	265	28,99%
	NR	1	0,11%

Fonte: Banco de dados Ciclo Saúde. Quadro elaborado pelas autoras.

**Tabela 4 - Número de Participantes que Possuem Internet**

Variável	Descrição	FA	FR
Internet	Sim	729	79,76%
	Não	160	17,51%
	NR	25	2,74%

Fonte: Banco de dados Ciclo Saúde. Quadro elaborado pelas autoras.

A [tabela 4](#) mostra que 79,76% dos participantes do Ciclo Saúde, possuem acesso à internet. E quando perguntados sobre qual seria a melhor forma de contatá-los, demonstraram preferência pelo uso do celular, com 74,07% das respostas.

Tabela 5 - Ocupação dos Participantes

Variável	Descrição	FA	FR
Trabalha	Sim	874	95,62%
	Não	31	3,39%
	NR	9	0,98%
Ocupação	ACS/ACE	399	43,65%
	Aposentada (o)	5	0,55%
	ASB (Auxiliar de Saúde Bucal)/ Técnico de Saúde Bucal)	27	2,95%
	Comunidade	27	2,95%
	Enfermeiro	123	13,46%
	Gestão (coordenador etc)	40	4,38%
	Médico	19	2,07%
	NR	52	5,69%
	Odontóloga (o)/ Cirurgião dentista	28	3,06%
	Outros profissionais de nível médio (porteiro, administrativo, etc)	99	10,83%
	Outros profissionais de nível superior (NASF, etc)	25	2,74%
	Técnico de Enfermagem/Auxiliar de Enfermagem	70	7,66%

Fonte: Banco de dados Ciclo Saúde. Quadro elaborado pelas autoras.

O grupo que participou das etapas do Ciclo Saúde, em sua maioria, trabalha (62%). Cerca de 43,65% dos participantes pertencem à classe dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias. Além disso, 6,01% do total de profissionais atuam na área da saúde bucal e 21,12% na área da enfermagem.

Tabela 6 - Perfil Geográfico dos Participantes

Variável	Descrição	FA	FR	
ES	Baixo Guandu	33	3,61%	
	Cariacica	25	2,74%	
	Fundão	42	4,60%	
	Ibiraçu	35	3,83%	
	João Neiva	47	5,14%	
	Praia Grande	5	0,55%	
MA	Pequiá	33	3,61%	
	Vila Ildemar	40	4,38%	
MG	Aimorés	46	5,03%	
	Antônio Dias	34	3,72%	
	Belo Oriente	45	4,92%	
	Catas Altas	23	2,52%	
	Conselheiro Pena	10	1,09%	
	Coronel Fabriciano	21	2,30%	
	Itueta	26	2,84%	
	Nova Era	20	2,19%	
	Periquito	23	2,52%	
	Resplendor	48	5,25%	
	Rio Piracicaba	34	3,72%	
	Santa Barbara	38	4,16%	
	Santana do Paraíso	26	2,84%	
	Tumiritinga	39	4,27%	
	PA	Adelina de Jesus	18	1,97%
		Bom Jesus	14	1,53%
		Canaã dos Carajás	15	1,64%
		Cedere III	19	2,08%
Elizabeth Maria De Paula		14	1,53%	
Lucas Lourenço Leite (Novo Horizonte)		31	3,39%	
Nova Jerusalem		22	2,41%	
Novo Brasil		31	3,39%	
Park Shalon		22	2,41%	
Realino Pereira Da Silva		29	3,17%	
Serra Azul e PACS7		6	0,66%	

Fonte: Banco de dados Ciclo Saúde. Quadro elaborado pelas autoras.

As atividades do Ciclo Saúde ocorreram em quatro estados brasileiros, sendo eles: Espírito Santo, Maranhão, Minas Gerais e Pará. Minas Gerais foi o estado com mais municípios participantes, somando 47,37% do total de participantes. O Espírito Santo, Maranhão e Pará, com 20,47%; 7,99% e 24,18% respectivamente.

A frequência dos participantes na oficina básica do Ciclo Saúde foi de 74,72%, o que significa dizer que do total de participantes, a sua maioria, veio do primeiro momento do projeto. A oficina seguinte, Tecnologias e Práticas, contou com a presença de novos participantes. Dos 58,53% que compareceram a oficina, 66,54% desses participou também da oficina básica. Nos Encontros Regionais, 49,21% dos participantes, haviam comparecido à primeira e segunda oficinas.

**Tabela 7 - Frequência das Oficinas**

Variável	Descrição	FA	FR
Oficina Básica	Compareceu	683	74,72%
	Não compareceu	211	23,08%
	NR	20	2,18%
Tecnologias e Práticas	Compareceu	535	58,53%
	Não compareceu	359	39,27%
	NR	20	2,18%
Encontro Regional	Compareceu	256	28,00%
	Não compareceu	648	70,89%
	NR	10	1,09%

Fonte: Banco de dados Ciclo Saúde. Quadro elaborado pelas autoras.

Ao longo dos encontros realizados, os participantes destacavam como era importante que houvesse a presença dos médicos das unidades de saúde nas atividades do Ciclo Saúde. A tabela a seguir, destaca a participação dos médicos no projeto. No total de participantes, 914, apenas 19 são médicos das unidades.

**Tabela 8 - Frequência dos Médicos nas Oficinas**

Variável	Descrição	FA	FR
Médicos	Oficina 1	10	52,63%
	Oficina 2	11	57,89%
	Oficina 1 e 2	3	15,78%
	Oficina 3	1	5,26%

Fonte: Banco de dados Ciclo Saúde. Quadro elaborado pelas autoras.

A oficina que contou com maior participação dos médicos, foi a de Tecnologias e Práticas, com 57,89% do total de médicos presentes durante todo o período do projeto. Ao comparar as tabelas 7 e 8, conclui-se que apenas 1,46% do total de participantes da Oficina básica era composta por médicos. Na Oficina Tecnologias e Práticas e no Encontro Regional, os médicos representaram 2,05% e 0,39% dos participantes, respectivamente. Importante considerar que todos os profissionais de saúde eram mobilizados da mesma forma e que sua presença era essencial já que estávamos trabalhando com equipes da Estratégia Saúde da Família. A formação do Ciclo Saúde não se propõe subdivisões por categorias profissionais e sim, considerar o conjunto da equipe em atuação, devendo ser capaz de problematizar a realidade, conhecer os dados produzidos, as necessidades e demandas de saúde da população, e planejar coletivamente suas intervenções no que tange a assistência, a prevenção e a promoção da saúde.

A partir da visão geral sobre o perfil dos participantes do Ciclo Saúde, descreveremos na sequência os diferentes temas de interesses das equipes, expressos por meio de perguntas. As perguntas disparadoras da formação foram obtidas por meio de uma atividade de formação denominada Caderno de Perguntas - técnica utilizada para levantar os interesses e demandas das formações e aperfeiçoamentos dos participantes, ajudando a construir o perfil dos participantes. A aplicação da técnica garante um maior envolvimento dos participantes em quaisquer formações, pois mobiliza e corresponsabiliza os participantes, no processo de construção de respostas ao longo das oficinas. Ao final é feito um check de respostas construídas coletivamente. Para o consultor - facilitador da oficina - funciona como um roteiro para apresentar de modo mais dinâmico e dialogado o conteúdo aos participantes. Reforça a noção de que o conhecimento começa com uma boa pergunta, como uma postura indagadora e ao mesmo tempo concretiza a ideia de que a aprendizagem é relacional e deve ser realizada a partir da construção de sentidos coletivos e não de transmissão de informações técnicas disponíveis. Este é um dos aspectos fundamentais do Ciclo Saúde. A formação ofertada supera a lógica bancária da educação e introduz elementos da problematização e da construção compartilhada do conhecimento como chave para motivar e impulsionar a construção de intervenções locais que, de fato, promovam a saúde da população.



### Caderno de Perguntas: O que gostariam de aprender? Sobre o que esperam discutir e construir conhecimentos novos?

O Caderno de perguntas do Ciclo Saúde está registrado em nosso banco de dados e conta com 407 perguntas advindas das oficinas por meio de quadros categorizados. A seguir, apresentamos os principais temas de interesse dos participantes subdivididos em categorias temáticas.

As questões apresentadas versam sobre diferentes eixos e dialogam diretamente com o propósito do projeto e/ou com o campo da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família, incluindo aspectos relativos às atribuições da equipe, as abordagens na relação com a população e a estratégias de intervenção a serem implementadas quer seja por segmento populacional e/ou linhas de cuidado.

#### 1- Conceitos, Direitos e Políticas sociais

Um primeiro conjunto de perguntas traduz o interesse dos participantes acerca do conceito de saúde e das políticas públicas do setor saúde, incluindo o SUS e a Estratégia Saúde da Família.

O que é saúde?

O que melhora com a implantação do SUS?

Qual a importância principal da saúde da família?

O que significa promoção da saúde?

#### 2 - Processo de trabalho das equipes

Outro conjunto expressivo de perguntas diz respeito aos aspectos do processo de trabalho das próprias equipes e as possíveis estratégias para lidar com aspectos relacionais da composição das mesmas e assim melhorar seu relacionamento de modo a gerar processos de trabalho mais “saudáveis”.

A oficina complementa novas criatividade em grupos? Isso ajuda (ajudará) muito as nossas equipes

Como lidar com pessoas difíceis no local de trabalho?

#### 3 - Atribuições dos ACS

Grande parte do número de participantes do projeto é composta por ACS/ACE (com mais 43%), por isso, tivemos um número expressivo de perguntas sobre o tema. Considerando a relevância da atuação do ACS para a Estratégia Saúde da Família, destacamos a importância do interesse e qualificação da formação deste profissional.

Qual o objetivo do ciclo saúde para os ACS? / Qual o fundamento desta oficina com relação aos ACS?/ Ciclo Saúde pode falar os direitos dos ACS?

O que o curso vem trazer de benefício direto para o trabalho em campo como ACS ou ACE?

#### 4 - Relacionamento com a Comunidade

Foi um tema bastante abordado no caderno de perguntas, já que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde lidam diretamente com as famílias e a comunidade, de um modo geral. É importante para eles, que seja construída uma relação estreita com a comunidade, melhorando o atendimento para ambas as partes.

Como fortalecer o relacionamento entre unidade de saúde e comunidade?

Como fazer um relacionamento mais amigavelmente “saúde” e comunidade.

## 5 - Abordagem junto a Adolescentes/ Jovens

Um dos segmentos que desperta preocupação dos profissionais é a adolescência e juventude e temas correlacionados como o uso e abuso de drogas, assim como a gravidez na adolescência.

Qual seria um projeto para trabalhar com adolescentes em relação a drogas?/ Serão abordados assuntos álcool e drogas na adolescência?

Vai ser abordado o tema gravidez na adolescência?/ Em que podemos, como equipe, contribuir para reduzir o índice de gestação na adolescência. Parece que o governo não está agindo para combater essa realidade.

Poderei utilizar esse conhecimento na vida das crianças e adolescentes, voltando-os a atenção primária de sua saúde?

Qual a estratégia pode ser utilizada para estreitar a relação da USF com os adolescentes e jovens?

### Ciclo Saúde

A dinâmica do caderno de perguntas aguçou a curiosidade dos participantes e, sendo uma experiência nova para eles, surgiram diversas perguntas sobre o projeto e sua infraestrutura.

Qual o objetivo dessa oficina?

O que é Ciclo Saúde?

O que este projeto vai trazer de bom para nossa comunidade?

Este conjunto de perguntas constituiu-se em insumo para a construção de respostas, a partir dos próprios participantes, por meio das diferentes atividades propostas no programa de formação do Ciclo Saúde. A seguir, apresentaremos três capítulos escritos por consultores bolsistas, em parceria com professores orientadores do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UNESA. Capítulos analíticos que permitiram nos aproximar da construção das respostas geradas pelos participantes, no processo de construção compartilhada do conhecimento e da ação que a metodologia adotada pelo Ciclo Saúde vem nos permitindo construir.

Importante reforçar que a postura ativa do profissional capaz de dialogar com suas próprias perguntas na interação com a realidade é uma das principais competências a serem geradas pelo projeto. Grande desafio, o de superar o lugar do rotineiro e protocolar que muitas vezes o setor saúde vê-se compelido e atuar de modo criativo e dinâmico, a partir do contexto e seus atores

# Capítulo 5

## Concepções sobre saúde e doença: dois lados de uma mesma realidade

Flávia Sampaio  
Rúbia Mara Ribeiro  
Anna Tereza Miranda Soares de Moura

### Introdução

O conceito atual de saúde está bem distante daquele anteriormente utilizado como a ausência de doença. A definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946 apresenta saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de uma doença ou enfermidade” e ainda é um desafio a ser incorporado pelas práticas atuais (OMS, 1946). A saúde referenciada como bem-estar remete à ideia de qualidade de vida, que está associada à habitação, ao trabalho, lazer, cultura, segurança, saneamento, evidenciando relação direta com as necessidades básicas no ciclo de vida de cada indivíduo.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a saúde se apresenta como um conceito amplo e positivo, baseado nos recursos pessoais e sociais e não somente na capacidade física ou condições biológicas das pessoas. Assim, qualquer atividade que possa colaborar no desenvolvimento de recursos individuais pode promover ou manter o bem-estar, melhorando assim a qualidade de vida. A ideia seria considerar que cabe somente ao indivíduo decidir fazer ou não mudanças, ter responsabilidades sobre si mesmo (promoção do autocuidado) e desenvolver comportamentos que, positivamente, afetarão sua saúde. A saúde não pode ser algo prescrito ou forçado.

Ao se pensar sobre saúde, a dimensão individual ganha importância indiscutível, seja ela na perspectiva orgânica, psicológica/emocional e espiritual. Para Sciliar (2007) o conceito de saúde pode ser diferente para cada indivíduo e associa-se à conjuntura social, econômica, política e cultural, tendo como fatores determinantes os seus valores sociais, religiosos, filosóficos, entre outros. Potter e Perry (2015) acrescentam que o ambiente e a visão que os indivíduos têm sobre sua saúde são fatores que precisam ser considerados. As atitudes cotidianas podem refletir diretamente em uma ou mais destas dimensões, gerando desequilíbrio que se manifesta como “doença”. A partir deste ponto de vista, a doença pode ser vista como um processo subjetivo decorrente de desequilíbrios, que interfere no corpo ou no estado emocional, não sendo possível separar a vivência singular de cada pessoa dos valores que a ajudam no enfrentamento destas transformações (Potter e Perry, 2015).

Este olhar ampliado também se reflete nas práticas de atenção à saúde, cujo discurso é fundamentado por fatores determinantes e condicionantes, que segundo Backes *et al.* podem ser assim compreendidos:

A ideia de saúde como qualidade de vida condicionada por vários fatores, como: paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social, surgiu com a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986. A Carta de Ottawa considera a saúde como um conceito positivo, para o qual se fazem necessários recursos pessoais, sociais e capacidade física (Backes *et al.*, p.112, 2008).

O mesmo acontece em relação às práticas de educação em saúde que antes eram limitadas aos estabelecimentos de saúde e hoje precisam ser discutidas em todos os setores da sociedade. As ações de promoção à saúde também podem ser instrumentos transformadores, encorajando o indivíduo a assumir responsabilidades sobre sua situação de saúde ou de doença. Nesse sentido, estudos sobre compreensão da percepção de saúde e de doença são importantes para auxiliar profissionais de saúde no planejamento de ações de promoção da saúde.



Os resultados que serão aqui apresentados são oriundos de trabalho desenvolvido junto às equipes de saúde da família em diversos municípios brasileiros, a partir da conceituação pessoal sobre os dois lados da moeda: saúde e doença.

### Metodologia

Segundo Miani e Felício (2009), quando o indivíduo é despertado para a conscientização de alguma coisa e faz desse processo um caminho para a modificação concreta de uma realidade, este ato pode ser definido como uma conquista que se dá através da participação do sujeito até o processo da realização.

A metodologia participativa utilizada no presente trabalho propicia aos integrantes vivenciar sentimentos e despertar percepções quanto a fatos e até mesmo a informações que podem gerar reflexões e mudanças (QUEIROZ, COUTO, 2015). Permite a elaboração de diagnóstico que emerge dos próprios participantes quanto à problemática sugerida para reflexão, oferecendo ao grupo a possibilidade de construir em conjunto novos de saberes, ampliar diálogos e avançar os limites do senso comum (GONÇALVES e GONÇALVES, 2012).

O estudo foi desenvolvido a partir de oficinas que ocorreram entre 2014 a 2016 com Equipes de Saúde da Família, distribuídas em municípios nos estados de Minas Gerais, Espírito Santo, Pará e Maranhão. Os locais das dinâmicas foram disponibilizados pela gestão local e

as oficinas aconteceram em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Secretarias Municipais de Saúde em sua maioria.

Todos os profissionais que compunham as equipes das UBS foram convidados a participar das atividades, incluindo os agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, auxiliares de saúde bucal, odontólogos, técnicos de saúde bucal, equipes NASF, recepcionistas, auxiliares de serviços gerais, entre outros.

Os participantes foram orientados a usar tarjetas e canetas pilot para escrever seus conceitos individuais sobre saúde e doença. Um tecido de TNT com cola fixadora foi pregado na parede para que as tarjetas fossem dispostas em duas colunas diferentes, uma para as respostas sobre “saúde” e outra para as resposta sobre “doença”. Em seguida os conceitos apresentados foram discutidos entre todos os participantes, com base nos conhecimentos práticos e nos conceitos da literatura, em especial da OMS. Após as oficinas, todos os conceitos descritos nas tarjetas foram digitados em relatórios para análise.

### **Análise e discussão dos casos**

Em relação às respostas dispostas pelos participantes, foi possível identificar os grupos abaixo identificados:

**Conceito de saúde:** bem-estar e qualidade de vida; ausência de doença; cuidado com o corpo e alimentação; lazer; relacionamento; renda e emprego; religião; prevenção; higiene; garantia de direitos / Políticas Públicas.

**Conceito de doença:** doença física, doença emocional; espiritual, mal estar/desequilíbrio; garantia de direitos, autocuidado; vícios, problemas financeiros, oposto de saúde, relacionamentos, religião.

A partir das reflexões que se seguiram após a construção dos conceitos elaborados pelos participantes, seis categorias emergiram para a análise: saúde relacionada ao “biológico”, aos hábitos de vida, às condições de trabalho, à religião e aos determinantes sociais, que serão descritas a seguir.

### **Na categoria 1, que inclui descrições de aspectos de saúde e doenças relacionados ao biológico, os conceitos mencionados se associam a ausência de doença física, como:**

*“ausência de um mal, vida sem dor”, “é estar livre de uma doença”, “Saúde é não estar doente”, “é ausência de doença”, “é não estar doente”, “é não ter enfermidades”, “é não ter doenças como diarreia, hipertensão”, “enfermidade física”, “tristeza e depressão”.*

As falas que surgiram no momento da discussão, após a leitura dos conceitos descritos nas tarjetas, revelam os conceitos pautados no modelo biológico/biomédico, que define doença como uma alteração do processo fisiológico corporal. Esta ideia ainda é muito forte, decorrente de um processo histórico que excluía a dinâmica social e subjetiva do sujeito dos seus comportamentos em relação à saúde, culminando em um reducionismo biológico. Os fatores determinantes no processo saúde/ doença acabam por ser ignorados e a saúde é associada ao oposto de doença física, a distúrbios corporais que resultam sempre de desequilíbrios orgânicos. Mas esta percepção ainda precisa ser considerada já que é através desse conceito, dessa manifestação que as pessoas vão expressar seu “mal estar” e que os profissionais de saúde darão significado às queixas da clientela (CZERESNIA, 2003). O modelo biológico e centrado na doença ainda permanece hegemônico, a despeito dos avanços trazidos por políticas públicas que privilegiam a promoção e a singularidade do sujeito (BATISTELLA, 2007). A consulta formal que permite ao profissional identificar as definições direcionadas somente para as dores físicas permitindo que o sujeito seja esquecido, precisa ser superada (BATISTELLA, 2007).

As terminologias para doença e enfermidade têm praticamente o mesmo significado, com algumas especificidades observadas na área da saúde e ambas trazem a ideia de uma saúde debilitada (HELMAN, p.3, 2009). Na perspectiva biomédica, as síndromes clínicas descrevem as anormalidades que acometem estruturas e órgãos, com referências à fisiopatologia. Porém, as questões pessoais,

culturais e sociais parecem estar mais bem relacionadas à enfermidade, que seria o que é relatado pelo paciente quando vai ao médico. Seria aquilo que o sujeito tem ou o que ele sente, e não somente o que se manifesta pelo órgão doente. É a resposta subjetiva do paciente, o que ele compreende sobre a própria doença (HELMAN, 2009). Em relação ao conceito de doença como oposto à saúde ou definições de doença como ausência de saúde, não foi encontrada na literatura uma reflexão mais aprofundada sobre esta ideia de antagonismo entre os dois termos.

Parece claro que todos podem ser considerados como sujeitos da cultura onde estão inseridos, que nos influencia de várias maneiras diferentes, incluindo como se adocece e se procura por tratamento (LANGDON; WIKI, p. 9). O próprio sistema de saúde e sua organização também se relacionam diretamente com a cultura onde é vivenciado, o que precisa ser considerado nas práticas de educação em saúde. Nesse sentido, é necessário que os profissionais de saúde reconheçam a realidade cultural de seus usuários no desenvolvimento de suas práticas educativas, sejam elas em grupo e/ou individuais (LANGDON; WIKI, p. 10). Parece importante incorporar novas normas e as mudanças vivenciadas na comunidade para manter a saúde plenamente e não somente obedecer às regras consideradas corretas para a não aquisição de doenças.

### Na categoria 2, que inclui descrições de aspectos de saúde relacionados à hábitos de vida, os conceitos mencionados se associam aos seguintes aspectos:

*“Bom funcionamento, hábitos corretos e saudáveis”, “Ser saudável”, “Equilíbrio e alimentação”, “Saúde é ter alimentação saudável, praticar alguma atividade física”, “É alimentar-se bem, fazer esporte, é estar bem”, “Caminhada”, “Bem estar, alimentação saudável, cuidando do corpo”, “Alimentação saudável, atividade física, lazer”, “Saúde é ter boa alimentação, ter os horários certos para dormir, ter boas condições de higiene em casa”, “Vida sem sedentarismo”, “O cuidado com o corpo, principalmente com a alimentação”, “Ter higiene pessoal, na casa”, “Higiene”.*

A saúde pode ser definida por diversas formas e, nesse caso, os conceitos que mais surgiram descritos nas tarjetas foram os relacionados à alimentação. Em seguida, os cuidados com o corpo, com a higiene e a atividade física foram citados como determinantes de ser saudável. Para os participantes, a adoção de hábitos e comportamentos saudáveis individuais é uma maneira de se ter saúde, que dependeria da capacidade de controlar estes fatores. Vale ressaltar que os costumes singulares desenvolvidos por cada um também sofrem influência importante de aspectos culturais, antropológicos, socioeconômicos e psicológicos vigentes no ambiente onde se vive (ASSIS; NARRA, 1999).

A descrição dos participantes das oficinas vem de acordo com a vertente preconizada pela Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS, 2014), que preconiza ações em saúde que sigam a lógica da promoção da saúde como modelo reorientador de práticas, de forma a educar o sujeito a gerenciar sua própria saúde. Aborda dentro dos seus objetivos específicos a meta de trabalhar junto a população de forma coletiva a ampliação da autonomia e responsabilização dos sujeitos quanto a sua saúde a partir de, por exemplo, a adoção de hábitos saudáveis em sua rotina de vida diária. A política sugere também a valorização de espaços públicos como potenciais no sentido de desenvolver ações de promoção de saúde (PNPS, 2013).

### Na categoria 3, que inclui descrição de aspectos de saúde e doença relacionados aos determinantes sociais em saúde:

*“Qualidade de vida”, “bem estar”, “corpo e mente sã”, “Bem estar consigo mesmo”, “É estar bem fisicamente e mentalmente diante das circunstâncias da vida”, “Sentir bem”; “É o bem estar e vida”, “Saúde não é ausência de doenças, mas envolve bem estar geral, físico, psíquico, emocional”, “Ser (estar) saudável, estar bem fisicamente e psicologicamente”, “Estado de bem estar e/ou mal estar biopsicossocial”, “É o bem estar dos seres humanos com o meio ambiente”, “É tudo de bom, é um bem estar sem tamanho”, “é viver mais”, “Bem estar geral (saúde)”.*

“Bem estar físico, mental, espiritual”, “Conceito amplo que envolve todos os aspectos da nossa vida em sociedade (lazer, meio ambiente)”, “Felicidade, autoestima, Alegria, felicidade”, “Estar feliz”, “Sorrir”, “Dormir bem”, “Namoro e sexo”, “Vida satisfatória”, “Saúde é qualidade de vida”, “É vida com qualidade para o ser humano”, “É manter o equilíbrio mental e emocional”, “Ter qualidade de vida”, “Estar de bem com a vida”, “Ambiente saudável”, “Tranquilidade”, “É a pessoa se cuidar e ter amor a própria vida”, “É ser firme e forte”, “É estar bem consigo mesmo”, “Autoestima elevada”, “Equilíbrio”, “Saúde é tudo”, “É a pessoa se cuidar e ter amor a própria vida”; “Saúde e ter uma vida saudável para viver”, “Saúde não é ausência de doenças, mas envolve bem estar geral, físico, psíquico, emocional”, “É o bem-estar, não só estar livre de doença”, “É toda nossa vida”, “Saúde é saber que tudo na vida depende não só de nós, mas de te uma vida saudável em tudo”, “Estar bem com Deus, com seu vizinho e consigo mesmo”, “Saúde é um completo bem estar físico, mental, social e econômico”.

“Estar bem consigo mesmo e com os demais”, “Respeito, Vida social”, “Amor, Honestidade”, “Estar bem com todos”, “Afeto”, “Socialização”, “Viver bem com sua comunidade”, “Estar bem e preocupar com o bem-estar do próximo”, “Conversar, sair com as pessoas”, “Envolve os aspectos familiares, o cuidado, os vínculos, o contexto”, “Dormir bem com o(a) parceira”, “Envolve os aspectos familiares, o cuidado, os vínculos, o contexto”, “Bem-estar com a vida e com a comunidade”, “Respeito, amor, educação”.

“Viver em Jesus”, “Ter consciência religiosa”, “Dádiva de Deus”, “Estar bem com Deus”, “Fé em Deus (saúde espiritual)”.

“Estar empregado”, “Dinheiro”, “Trabalho”, “Não ter dívida”, “Padrão de vida”, “dinheiro”, “É ter condição financeira para lazer, moradia”.

“É ter o direito a educação, habitação, saneamento básico, qualidade de vida, acesso aos serviços de saúde, políticas públicas

de qualidade, prevenção e até mesmo ausência de doenças”, “É um direito de todos”, “Ter garantia dos direitos constitucionais”, “Acesso aos serviços de saúde, Transporte”, “É educação”, “Acesso aos direitos constitucionais”, “Esgoto tratado”, “Água tratada, Infraestrutura”, “Ter saneamento básico é fundamental”, “Ter moradia adequada”, “Ter políticas públicas de qualidade”, “Ser mais enfático na saúde na escola”, “Acesso à educação”.

“Trabalho”, “dificuldades e falta de oportunidade”, “ausência de direitos”, “dificuldades de alimentação”, “falta e dificuldades de moradia”, “falta de transporte”, “saneamento básico”, “educação”, “saúde e lazer”.

Esta categoria de análise está associada ao nível de bem estar e de satisfação dos indivíduos a partir dos determinantes sociais de saúde (bem estar, relacionamento, religiosidade, renda e emprego e garantia de direitos).

De acordo com definição da OMS, os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. São fatores sociais que influenciam no processo de saúde e doença (BUSS, FILHO, 2007). Estão intimamente ligados aos conceitos referidos nas descrições apresentadas durante as oficinas, descritas no presente trabalho que reúnem condições sociais presentes no dia a dia das pessoas. Estas condições, segundo BUSS e FILHO (2007), tem efeito direto sobre a vida da população de maneira que todas as categorias sociais descritas nos determinantes sociais, das macro às micro, interferem no processo saúde e doença. Para exemplificar de forma sistemática essas categorias utiliza-se o modelo de Dahlgren e Whitehead onde os determinantes se organizam de uma forma mais aproximada até a mais distante do que representa o indivíduo. Dentre estes: idade, sexo, estilo de vida, redes sociais e comunitárias, condições de vida e de trabalho, condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (BUSS, FILHO, p 07, 2007).

Para avaliar o impacto da influência dos determinantes sociais em saúde na vida das pessoas, a OMS propôs um instrumento que valo-

riza a percepção individual das pessoas sobre sua qualidade de vida através de perguntas que abrangem diferentes domínios, como físico, emocional, das relações sociais e do meio ambiente (OMS, 2002), (KLUTHCOVSKY e KLUTHCOVSKY, 2010). O instrumento chamado WHOQOL, avalia o indivíduo através de suas respostas a campos já citados acima e baseado no critério de sentimentos como “prazeres, preocupações” das últimas duas semanas (OMS, 2002).

A literatura já aborda o sofrimento do sujeito que se encontra sem trabalho. Segundo Wickert (1999) o desempregado é dominado por um significativo sofrimento psíquico, já que possuir uma atividade laboral representa expressivo ganho moral e valorização social. O trabalho é importante na vida, trazendo fortalecimento aos aspectos de saúde mental e a sua falta pode acarretar distúrbios no campo psicossocial, nos relacionamentos pessoais ou até mesmo gerar alterações psiquiátricas (JATENE *et al*, 2008). Alguns estudos se referem ao desemprego e à condição de exclusão do mercado do trabalho como fatores que estão associados a uma pior condição de saúde entre adultos brasileiros (JATENE *et al*, 2008). Um aspecto importante que também deve ser considerado se refere às condições de trabalho vivenciadas, que estão intimamente ligadas à manutenção de sua saúde mental.

A dificuldade de acesso à alimentação saudável está intimamente relacionada com fatores socioeconômicos e a desigualdade social acaba promovendo hábitos alimentares que favorecem ao adoecimento entre os segmentos menos favorecidos (JATENE *et al*, 2008). O padrão alimentar rico em gorduras e açúcares associados a ingredientes químicos traz riscos para a ocorrência de doenças crônicas e sobrepeso. Estudos apontam para um maior índice de obesidade nas camadas sociais mais pobres, e como consequência maior adoecimento (JATENE *et al*, 2008).

Aspectos referentes à habitação e moradia também aparecem como demanda. A literatura descreve uma habitação saudável como aquela que possui materiais adequados usados na construção

e condições de saneamento com qualidade ambiental no seu entorno (MAGALHÃES *et al*, 2013). Os autores descrevem ainda, o significado que os indivíduos atribuem a seu espaço de moradia como pertencimento, segurança, conforto, utilidade, organização interna do espaço doméstico, sociabilidade e uma perspectiva diferente da situação de pobreza ou miséria. É possível entender que o direito à moradia permite ao sujeito o sentimento de segurança quanto ao seu local de abrigo, o que colabora para preservação de sua saúde física e mental (MAGALHÃES *et al*, 2013).

Na discussão sobre problemas financeiros que colaboram para a ocorrência de doença, vários foram os quesitos levantados. A falta de condições financeiras priva o indivíduo de acesso a uma série de bens necessários para sua sobrevivência, podendo contribuir para o aparecimento de comorbidades. Esta privação acaba atuando de maneira negativa na saúde em geral, além de trazer um rebaixamento na posição social (ALVES e RODRIGUES, 2010).

#### **Nas descrições da categoria 4, aspectos de doença relacionados à religião, no quesito doença espiritual as descrições que surgiram foram:**

*“desequilíbrio mental”, “depressão, doença espiritual e da alma”.*

Na busca por respostas ou apoio espiritual para as questões que surgem na vida, as pessoas tem procurado cada vez mais apoio em correntes religiosas. Ainda que as explicações científicas tenham surtido muitos questionamentos, os seres humanos estão sempre em busca da cura para as chamadas dores da alma (ELDER, KOLLER e PEREIRA, 2004). Parece existir uma dependência dos seres humanos com a religião, na busca de uma relação sobre-humana que permita maior aproximação e auxilie na compreensão dos revezes da vida, expressados por pensamentos e sentimentos comuns. A ajuda religiosa pode trazer a ideia de um consumidor em busca de serviços que resolvam os problemas não solucionados, no campo da saúde,

em especial no sentido do acolhimento. As pessoas tentam buscar em outras fontes o que a medicina não pode solucionar ou que não agradou (ELDER, KOLLER e PEREIRA, 2004).

Enquanto os serviços de saúde dividem o atendimento em cura para partes do corpo, existe a visão de que alma e corpo não podem ser tratados de forma separada (ELDER, KOLLER e PEREIRA, 2004). Não há dúvida que a religião tem um importante papel como suporte emocional ao longo das experiências vivenciadas no processo de saúde e doença. Faria e Seidl (2005) abordam as diversas maneiras pelas quais os seres humanos se utilizam da religião para o enfrentamento destas questões. No geral, as pessoas atribuem a Deus - ou outras entidades religiosas - a justificativa para o aparecimento ou a solução dos seus problemas de saúde. O indivíduo desenvolve formas para o enfrentamento da situação através do apoio percebido e recebido pela religião e é muito comum os usuários inserirem seus segmentos religiosos como parte do tratamento no processo pelo qual estão passando. Alguns problemas de saúde são até justificados por crenças religiosas, em especial aqueles relacionados aos transtornos mentais. Os profissionais precisam estar atentos e sensíveis a estas questões, para que possam contemplar em suas práticas aspectos relacionados à religião, considerando como de extrema importância para o entendimento e o manejo da clientela.

Para Mello e Oliveira (2010) em seu artigo sobre a relação da religião com a saúde, a função da religião nos aspectos promotores de saúde é, principalmente, o de modificar a concepção do indivíduo que é acometido por uma doença, de forma que o mesmo se sinta fortalecido e desenvolva coragem nesse processo de enfrentamento. Nesse sentido, Mello e Oliveira (2010) afirmam que a religiosidade dá um novo sentido a vida. Assim como afirmam também Santos e Abdala (2014), quando concluem em seu trabalho que o uso da religiosidade como recurso terapêutico demonstra bons resultados em termos de saúde mental, principalmente em casos de idosos, colaborando para melhor desempenho em qualidade de vida destes indivíduos.

**Na categoria 5, que discute as descrições de aspectos de doença relacionados à saúde mental, “doença mental e desequilíbrio”, “vícios”, “relacionamento”, as palavras que mais surgiram foram as relacionadas à tristeza.**

Segundo Del Porto (1999), a tristeza é uma resposta humana a uma série de eventos e funciona como um sinal de alerta de que a pessoa precisa de ajuda. A tristeza pode trazer consequências às atividades de vida diária, e quando grave, altera a energia pessoal e a capacidade de sentir alegria, trazendo dificuldade de concentração e até mesmo alterações do juízo da realidade (ARANTES, 2007). Uma das grandes queixas da atualidade, a depressão é caracterizada como doença de grande prevalência e presente nas queixas que chegam às unidades de Atenção Primária (ARANTES, 2007). Nem sempre é fácil distinguir tristeza de quadros depressivos, sendo este mais um importante desafio vivenciado pelos profissionais que atuam neste nível de atenção.

Dentre as descrições nas tarjetas sobre conceito de doenças, durante as oficinas, surgiu a palavra “vícios”, que pode ser descrita como uma doença física e/ou psicoemocional (OMS). Paula e Favaro (2012) descrevem como uma dependência grave, considerada questão de saúde pública, parte integrante dos transtornos mentais que não está relacionado somente a drogas mas a qualquer manifestação compulsiva que acomete a pessoa de forma exagerada. Nas descrições dos participantes podemos observar que os vícios não estão relacionados somente a drogas lícitas ou ilícitas, mas também ao uso abusivo de eletrônicos como o celular, por exemplo, um dispositivo que a grande maioria da população tem acesso. Um ponto de atenção importante em se tratando de possíveis consequências a constituição de vínculos mais saudáveis.

Na última descrição da categoria surgiu o quesito relacionamento, que abrange a existência de interação interpessoal, sendo considerado um conceito subjetivo (SCHLOSSER, 2014). Apresenta grande relevância por ser um dos principais responsáveis pela sensação

de bem estar, já que as relações pessoais podem ser consideradas como importante fonte de felicidade (SCHLOSSER, 2014). Mais uma vez, é preciso considerar o relacionamento interpessoal como um dos responsáveis pela plena saúde mental ou mesmo como colaborador para o aparecimento ou controle de doenças (SCHLOSSER, p.3, 2014). O apoio recebido de um familiar ou companheiro pode ser fundamental na construção de linhas de cuidado, em especial no âmbito da atenção básica (SCHLOSSER, p.3, 2014).

### Considerações finais

Os resultados apresentados apontaram para a diversidade de conceitos de saúde e de doença vistos sobre várias óticas. Parece que a reflexão sobre esses dois importantes temas pode contribuir para mudanças na postura de enfrentamento do indivíduo diante do seu adoecimento. Independentemente do conceito utilizado, o ser humano necessita de cuidados e suas atitudes do dia-a-dia e necessidades psicossociais são refletidas no seu corpo, positivamente ou não. O importante não seria somente a doença, mas o modo individual de agir e pensar sobre determinadas coisas (olhar humanístico), incentivando autocuidado. A discussão sobre autocuidado e qualidade de vida tem ocupado cada vez mais espaço, pois, viver bem e ter saúde são metas a serem alcançadas, ainda que as percepções não sejam as mesmas para todos.

Pautados nestes pressupostos, é importante ressaltar que os profissionais de saúde contemplem os diferentes conceitos e olhares sobre saúde e doença, para uma atuação que envolva os três níveis de cuidados preventivos. Desta forma seria possível favorecer a qualidade de vida e longevidade do cidadão de modo individual e na comunidade, no sentido de minimizar os efeitos das doenças e suas incapacidades.

## Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, L, M; AQUINO, J. M; BORBA, M.C; ROSA, M, F, S; MONTEIRO, M, A, C. Promoção do auto cuidado da pessoa em sofrimento psíquico. **Revista Enfermagem Digital, Cuidado e Promoção da Saúde**, 2015.
- ALVES, A, A, M; RODRIGUES, N, F, R. Determinantes sociais e econômicos da saúde mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa, v.28, n.2, 2010.
- ARANTES, D.V. Depressão na Atenção Primária a Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v.2, n.8, 2007.
- ASSIS, M.A.A.; NAHAS, M.V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Rev. Nutr.**, v. 12, n. 1, p. 33-41, 1999.
- BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de Saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, 2009. Jan/mar; 17 (1); 111-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf> Acesso em 13. jan. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BATISTELLA, C. **Saúde, Doença e Cuidado: Complexidade teórica e necessidade histórica**. In O território e o processo saúde-doença. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BUSS, P. M. et al. **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. Rio de Janeiro: ENSP/ Fiocruz, 1998.
- BUSS, P. M; FILHO, A.P. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.
- CHEEVER, K.H.; HINKLE, J. L. **Brunner&Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, 2005, p. 323-331.

CZERESNIA D, FREITAS C.M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

DEL PORTO, J.A; Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, 1999.

ELDER, C. S; KOLLER, S, H; PEREIRA, M, T, L, N. Religião, Saúde e Cura: um estudo entre neopentecostais. **Psicologia, Ciência e Profissão**, n. 24, v.3,2004.

FARIA, J, B; SEIDL, E, M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão de Literatura. **Psicologia; Reflexão e Crítica**, v.18, n.3, 2005.

FAVARO, F; PAULA, S, R. **Dependentes químicos: o perfil da abstinência de drogas**. Journal of Health Sciences. São Paulo, 2012.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Ed. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1996.

GONÇALVES, R, A, B; GONÇALVES, R, G. Metodologias participativas na construção de saberes sobre a relação comunidade e escola. **Revista do Difere**. v2, n.3, 2012.

HELMAN, C, G. Doença versus Enfermidade. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, Londres, v.31, 2009.

JATENE, A; TEIXEIRA, A; VICTORA, C; DALLARI, D; BERQUÓ, E;VIEIRA, E.E.G; PAIM, J; SANTOS, L; SCLIAR, M; BUSS, P; SMERALDI, R;FERNANDES, R, C; SÁ, S; ARNS, Z. Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais em Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. **Relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais em saúde (CNDSS)**.2008.

JUNQUEIRA, L. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, n. 6, v. 34, 2000.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C; KLUTHCOVSKY, F.A. **O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática**. v31n3, 2010.

LANGDON, E. J; WIIK, F. B; Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista latino americana de Enfermagem**. São Paulo, v.18, p.03, 2010.

LANGE, C. **Os significados do autocuidado segundo as enfermeiras**. Florianópolis. 2010.

MAGALHÃES, K.A; COTTA, R.M.M; MARTINS, T.C.P; GOMES, A, P;BATISTA, R.S. **A habitação como determinante social da saúde: percepções e condições de vida de famílias cadastradas no programa bolsa família**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.22, n.1, 2013.

MELLO, M.L; OLIVEIRA, S.S; **Relação religião e saúde: possíveis contribuições**. Associação Brasileira de Antropologia - anais. 2010.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. et al; **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Hucitec, São Paulo, 2003

MIANI, R.A; FELÍCIO, C.F.R; **O planejamento participativo no contexto da Comunicação Popular e Comunitária**. Universidade Estadual de Londrina. Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação- XXXII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Curitiba, PR, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Whoqol instrument**. Genebra,2002.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. Disponível em <https://nacoesunidas.org/populacao-idosa-mais-do-que-dobrara-ate-2050-especialista-da-onu-pede-foco-em-direitos/> Acesso em 03 janeiro de 2017.

POTTER, A. Patrícia; PERRY, Anne G. **Guia Completo de Procedimentos e Competências de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

QUEIROZ, A, G, Q; COUTO, A, C, P. **Pesquisa e práticas psicossociais**. Vol10, n.1. 2015.

SANTOS, A. L., & RIGOTTO, R. M. (2010). **Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde.** Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462010000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003)

SANTOS, N.C; ABDALA, G.A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada a saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, v17, n. 4, 2014.

SCHLOSSER, A. Interface entre saúde mental e relacionamento amoroso: um olhar a partir da psicologia positiva. **Pensando Famílias**, v.18, n.2, 2014.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. *Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, 2007.

WICKERT, L.F. O adoecer psíquico do desempregado. **Psicologia , Ciência e Profissão.** Brasília, v.19, n.1, 1999.

## Capítulo 6

### Promoção da saúde: barreiras e facilidades para atuação

Alan Araújo  
Cintya Veiga

Carlos Henrique Assunção Paiva

#### Introdução

A promoção da saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intersetorial e intrasetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (PNPS, 2010).

Neste sentido, a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), como marco institucional proveniente de importantes debates sociais no campo da saúde, busca por meio deste instrumento, promover a equidade, a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. (PNPS, 2010)

Entretanto, a PNPS não pode ser considerada em absoluta ou definitiva, ela deve funcionar como instrumento balizador na implementação de projetos e passar por constante processo de reformulação, a fim de abranger as necessidades mais atuais de nossa população. Além disso, deve considerar as singularidades dos sujeitos e comunidades dos territórios em que é praticada, respeitando sua cultura e sua maneira de viver (MALTA *et. al*; 2016).

Apesar da PNPS (2010) conferir a competência da promoção de saúde a todas as esferas de gestão, é a Atenção Básica que a assume com maior abrangência.

A PNAB tem na promoção de saúde uma de suas principais ferramentas de intervenção na saúde do território, mantendo estreito vínculo com a população e buscando o conhecimento do perfil e potenciais onde atua (FREITAS E MANDU, 2010).

No entanto, segundo Norman (2013), há confusão no imaginário dos gestores e das equipes de saúde da família na implementação desta política (PNPS), que distinguem do projeto assistencial a promoção de saúde. De acordo com o autor, estas devem estar concomitantes no projeto de saúde.

Dentro deste contexto, e atento ao projeto de intersetorialidade constadas tanto na PNPS quanto na PNAB, o CEDAPS busca por meio da cooperação técnica do Projeto Ciclo Saúde fortalecer as equipes de atenção básica ao longo de estratégias e metodologias voltadas à promoção de saúde e ao aperfeiçoamento dos processos de trabalho nos municípios de sua abrangência, tendo como base uma tecnologia de construção partilhada de soluções locais, o CEDAPS busca também por intermédio da cooperação fortalecer ações que venham aumentar a compreensão, por parte da população, sobre os serviços ofertados, da mesma forma e conseqüentemente o aumento da adesão aos serviços de saúde.

Tal tecnologia permite que as equipes trabalhem sob uma perspectiva participativa em que tanto a população, quanto os profissionais são considerados protagonistas na formulação das agendas, e também na avaliação das práticas municipais. (BECKER *et al.*, 2004).

Um município saudável deve estar continuamente criando e modificando seu ambiente físico e social, expandindo seus recursos para que as pessoas tornem-se capacitadas a apoiar umas às outras, para que todos desempenhem a contento todas as funções da vida e desenvolvam ao máximo seu potencial (WESTPHAL, 2000).

Dessarte o conhecimento dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e da Gestão do Trabalho nos municípios participantes do Ciclo Saúde passa a ser fundamental para um bom planejamento estratégico em direção a Promoção de Saúde.

Em nossa análise de conteúdo apresentada em 'metodologia' foram identificados estes dois eixos temáticos, sob os quais organizamos nossa discussão.

No primeiro eixo discutimos os DSS. De acordo com Buss e Pellegrini (2007) estes são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Em um segundo eixo, trataremos da Gestão do Trabalho, esta é definida como uma política que trata das relações de trabalho, partindo do pressuposto no qual o trabalhador é peça fundamental para o planejamento e eficiência do SUS (BRASIL, 2009).

Ao final buscamos concluir o capítulo de acordo com nossa análise e discussão das temáticas apresentadas.

### Metodologia

O presente estudo optou por uma abordagem qualitativa, de natureza descritiva, em que a coleta de dados primários foi obtida durante as oficinas por meio de resposta escrita ao seguinte questionamento: quais as barreiras e facilidades para uma atuação efetiva na promoção de saúde?

O objeto e o cenário de análise são descritos de acordo com a metodologia adotada pelo CEDAPS.

Desse ponto de vista é importante frisar que os participantes receberam introdução prévia sobre a temática durante as oficinas, a fim de que tivesse entendimento do tema a ser enfrentado. Ao final de cada oficina, os dados eram digitalizados e arquivados para posterior análise e interpretação.

Para tal, a técnica utilizada foi a análise de conteúdo (Bardin, 2002). Os eixos temáticos foram Determinantes Sociais em Saúde e Gestão do Trabalho na Saúde, sob os quais foram organizadas nossas categorias e subcategorias de análise (Quadro1).

**Quadro 1 - Categorias e subcategorias de análise**

BARREIRAS/FACILITADORES DA PROMOÇÃO DE SAÚDE		
EIXOS	CATEGORIAS DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS
DETERMINANTES SOCIAIS	Comunidade/Usuários	Níveis de educação, informação, hábitos da população. Aceitação e aderência às propostas da ESF Grupos Sociais
	Serviços Públicos	Urbanização Serviços
GESTÃO DO TRABALHO	Profissionais UBS	Questões pertinentes a equipe Questões pertinentes ao profissional (indivíduo) Comunicação planejamento e procedimentos Tempo insuficiente
	Gestão/Administração	Recursos Humanos e Recursos Materiais Incentivos, Comprometimento e Parcerias. Programas, Planejamento e Administração.

Fonte: Banco de dados Ciclo Saúde. Quadro elaborado pelos autores

Com a finalidade de facilitar o entendimento da construção das categorias e subcategorias, assim como nortear nossa posterior discussão, foram construídos os quadros (2, 3, 4 e 5) contendo as subcategorias e os temas chaves segundo a percepção dos participantes e organizadas por intermédio das Barreiras/Facilidades. Estes quadros estão presentes a seguir em 'Resultados e Discussão'.

## Resultados e Discussão

### Eixo I: Determinantes Sociais em Saúde

O resultado e a discussão que se seguem dizem respeito ao quadro 1 onde constam as Categorias de Análise Comunidades/Usuários e Serviços Públicos, assim como, suas respectivas subcategorias. Estas, por sua vez, integram o Eixo I como componentes dos Determinantes Sociais em Saúde.

O CEDAPS (2009) busca, em seu trabalho, combinar a dimensão da Construção Compartilhada de Soluções Locais. Nesse enfoque o

profissional, passa a ter em seu horizonte de atuação, a concepção participativa em que não considera a população meramente como um "alvo" da ação social.

A população surge como mais um elemento interativo, corresponsável das ações a serem implementadas em seus respectivos municípios.

Nesse mesmo plano, fundamentados na Educação Popular, em seu campo teórico, a organização das ações a serem implementadas, busca os princípios apoiados no diálogo e na construção, a partir da perspectiva dialógica pautada no pensamento de Paulo Freire (1996), que considera que a relação pedagógica necessita também ser uma relação dialógica. Para o autor, o diálogo, como fenômeno humano, é a essência da práxis pedagógica. Não há como pensar uma práxis pedagógica sem o diálogo. Pois ela própria leva-nos à interação mais profunda com os atores do processo pedagógico e seu objeto.

Como consequência, o CEDAPS, partindo desses enunciados, desenvolve desde os anos de 1990 ferramentas metodológicas que além de sensíveis para o planejamento das ações é também eficaz no que diz respeito à atenuação ou solução dos problemas identificados em cada realidade encontrada.

As consultorias comunitárias são desenvolvidas desde 1996 compreendendo por meio de uma equipe técnica e assessorias, o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde nas comunidades.

Um dos objetos do pensamento desenvolvido pelo CEDAPS reside, sem dúvida, na contribuição para o fortalecimento dos grupos populares e o desenvolvimento da instituição comunitária, visando atingir técnicas participativas que promovam o empoderamento, estímulo, protagonismo, planejamento e dentro da realidade em que está inserida, planejamento e gerenciamento de ações sociais.

Técnicas participativas promotoras do empoderamento, do estímulo ao protagonismo e do planejamento e gerenciamento de ações sociais igualmente mais fortalecidas e sustentáveis.

### Comunidade e usuários

O entendimento da participação da comunidade na ordenação do plano municipal, de acordo com Crevelim e Peduzzi (2007:327), é um dos enfrentamentos aos determinantes do processo saúde-doença e na elaboração do diagnóstico epidemiológico e social do território. Para as autoras tal participação estimula a população em busca de melhorias de vida e como conscientização do direito à cidadania para requisitar atenção à saúde com qualidade.

A troca de experiências e ideias sobre as práticas de trabalho em promoção de saúde favorecem o esclarecimento de dúvidas possibilitando futuras aplicações dos conteúdos apreendidos nos locais de trabalho dos profissionais participantes. Não obstante, mesmo com o debate constataram-se, ao longo dos encontros nos distintos cenários, algumas situações que merecem ser espreitadas com atenção.

As mudanças no entendimento da concepção sobre o processo saúde-doença, ainda surgem de forma conflituosas e contraditórias.

Essas contradições puderam ser observadas nos relatos dos participantes que, ao descrever como percebem o processo saúde-doença, ora se voltam exclusivamente para a abordagem clínica, ora enfocam apenas o aspecto educativo que envolve a prevenção e promoção da saúde.

*“Saúde para mim é não ter nenhum tipo de doença. É poder ter médicos para atender quando a pessoa adoecer. Poder fazer os exames preventivos e o pré-natal, por exemplo.” (participante 1)*

*“Eu acho que saúde tem a ver com o paciente ter mais informações sobre os serviços oferecidos. O profissional também precisa dessas informações.” (participante 2)*

Foi possível identificar a partir de relatos semelhantes a dificuldade de se associar prevenção com promoção em Saúde.

A prevenção primária de acordo com Buss (1998) deve constar de medidas que se destinem a evolução de uma saúde geral melhor.

Barrairas e facilidades  
Conselheiro Pena 1

Barrairas	Facilitadores
Espaco Fisico	Criatividade
Transporte	Supervisão do equipe
Apoio	Conhecimento da equipe (poronao)
Colaboradores	Sugestões da população
Impunhos	Apoio da diretoria de saúde
Falta de Intersectorialidade	NASF
Participação da população	União da equipe
Desânimo dos profissionais	

Para o autor, entre outras variáveis, os mecanismos para a promoção de saúde atravessam ajustamentos em várias fases do desenvolvimento humano, a educação em saúde surge como mais um ingrediente significativo para esse propósito. Ainda nos relatos dos profissionais participantes das oficinas, as subcategorias caracterizadas como principais barreiras para efetivar a prevenção e promoção de saúde estão o analfabetismo, a desinformação sobre os serviços das UBS, a falta de planejamento familiar, falta de higiene, desinteresse pelo cuidado e autocuidado e prevenção. Também se considerou a ausência de fogão nas residências, violências, uso abusivo de drogas e preconceito social.

A partir das subcategorias identificadas pelos profissionais – no [quadro 2](#) abaixo – como elementos que podem entrar o desenvolvimento da promoção em saúde e sua significância, não podemos deixar de avaliar, ainda que de forma breve, como se dá a interpretação crítica das políticas governamentais que conduzem à ESF e à própria prática da promoção de saúde.

**Quadro 2**

COMUNIDADE E USUÁRIOS	
NÍVEIS DE EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO, HÁBITOS DA POPULAÇÃO	
Barreiras	Analfabetismo, desinformação sobre os serviços da UBS, falta de planejamento familiar, falta de higiene, desinteresse pelo cuidado, autocuidado e prevenção, fogões a lenha nas residências, violência e drogas.
Facilitadores	Troca de conhecimentos e sugestões entre a comunidade e UBS, bons hábitos de higiene, interesse no aprendizado (educação em saúde).
ACEITAÇÃO E ADERÊNCIA ÀS PROPOSTAS DA ESF	
Barreiras	Baixa adesão a proposta de promoção de saúde, resistência ao novo modelo de atendimento, recusa em receber o ACS, cultura hospitalocêntrica e medicalocêntrica, baixa adesão masculina, participação apenas mediante a lanche.
Facilitadores	Participação comunitária, receptividade nas visitas domiciliares, aceitação da ESF, boa relação equipe/usuário.
GRUPOS SOCIAIS	
Barreiras	Crenças religiosas, poucas atividades nas igrejas, poucos grupos sociais, baixa participação em conselhos
Facilitadores	Transparência do conselho, igrejas, sindicatos e associações parceiras, emissoras de rádio.

Fonte: Banco de dados Ciclo Saúde. Quadro elaborado pelos autores

### Níveis de Educação, Desinformação e diferentes hábitos de cuidar da saúde: barreiras e facilitadores

De acordo com os relatos dos participantes das oficinas há uma precariedade no acesso às informações sobre o funcionamento do próprio papel do profissional de saúde. Há sugestões, por parte dos profissionais, que essa incompreensão pode estar associada à resistência dos usuários às novas propostas de atenção à saúde, tanto quanto à falta de tempo em receber os profissionais no domicílio.

Outro obstáculo encontrado deve-se à oposição que alguns usuários possuem com relação à mudança de hábitos culturais.

Baralhas e Pereira (2013:362) consideram que tal resistência e indiferença dos usuários em aceitarem, mas também seguirem as orientações de saúde dos profissionais, surge como mais um elemento de sobrecarga na atividade do profissional de saúde.

A questão é importante porque, por outro lado, ao assumirem a identidade de profissionais de saúde, estes passam a sentir-se como detentores de uma verdade absoluta, não avaliando a complexidade que envolve mudança de hábito da população, geralmente associada a outros saberes e práticas. Tais saberes e práticas devem caminhar para uma quebra de paradigmas que reduza enfoques que privilegiam os aspectos biológicos, centrados no indivíduo e na doença sem, no entanto, suprimir antigas práticas.

De acordo com Pereira e Junior (2004) ainda há uma forte visão hospitalocêntrica dominante em que, no imaginário popular, o principal profissional interventor nos assuntos da saúde seria o médico.

Partindo dessas barreiras assinaladas pelos profissionais participantes das oficinas do Ciclo Saúde, essas condutas acabariam por desagregar a atenção sobre o ser humano.

Os relatos dão conta que questões como o analfabetismo, a falta de higiene e o próprio interesse no autocuidado e na prevenção da má saúde, assim como o enfrentamento à questão da violência e tráfico de drogas, são elementos subjetivos que precisam ser aprofundados.

Em contrapartida, os participantes afirmam que a troca de conhecimento e educação em saúde são recursos para que tais barreiras se transformem em facilitadores.

Com relação ao autocuidado, Helman (2009) afirma que sociedades ocidentais, em sua maioria, adotam uma forma de cuidados de saúde que é alçada acima das outras formas.

Para o autor há sistemas identificados como subculturas de cuidados da saúde. Cada indivíduo terá sua própria forma de explicar e tratar da má saúde.

O que o autor quer dizer é que o sistema de cuidados de saúde de qualquer sociedade não pode ser entendido de forma isolada de outros aspectos dessa sociedade. O sistema se entrelaça, a esses outros aspectos, especialmente, em sua organização social, religiosa, política e econômica. Essa textura finda por sustentar-se nas mesmas presunções, valores e visão de mundo.

Helman (2009) afirma haver um pluralismo dos cuidados de saúde e esse pluralismo tem a ver com uma série de alternativas de assistência de saúde que devem ser ofertadas. A tarefa dos profissionais de saúde em cada grupo em que atue é de se organizar e promover formas diferentes de se relacionar com esses usuários

### Aceitação e Aderência às Propostas da ESF: Barreiras e Facilitadores

Em primeiro lugar, o estreito vínculo entre aceitação e aderência às propostas da Estratégia Saúde da Família e o território como cenário vivo e dinâmico nos convoca a pensar nessa interdependência como possível geradora de fragilização da relação entre equipe de saúde e população. A baixa adesão ressaltada com frequência pelos profissionais participantes das oficinas de saúde, trazendo consigo o pressuposto de resistência ao novo modelo de atenção, são objetos de discussão que se manifestaram fortemente durante as atividades.

O território, em sua condição de cotidiano vivido, é local onde acontece a interação entre as pessoas e os serviços de saúde. Contudo, de acordo com Santos e Rigotto (2010:389), embora se caracterize por uma população específica, vivendo em um determinado espaço com problemas de má saúde definidos, apresenta em um plano mais geral, como um território em permanente construção.

Questionamentos sobre como trabalhar a interação entre grupos distintos, dentro desses territórios, surgiam com bastante frequência durante a realização das oficinas.

Entretanto, na fala de alguns profissionais de saúde, foi possível perceber que ainda se prima por um paradigma, que diz respeito à

biomedicina, em que a base sustentadora de atuação é a ausência de doença como definição de saúde. Nessa perspectiva foi possível identificar profissionais de saúde ainda com uma visão reducionista, com ações empregadas a fins administrativos e voltadas para o aspecto gerencial dos serviços de saúde.

Isso de alguma maneira, finda por comprometer o potencial e possibilidades na identificação de demandas de saúde, igualmente, nas formas de intervenção na realidade cotidiana das coletividades humanas.

Nesse sentido, é inevitável compreender a urgência da revisão dos programas educacionais de saúde. Esses programas necessitam em sua composição estarem fundamentados para desenvolver competências. Os métodos utilizados de ensino-aprendizagem devem ser inovadores, reflexivos e críticos, centrados no estudante. A inclusão de novas tecnologias deve estar ajustada ao contexto do profissional, bem como o desenvolvimento de técnicas transversais, tendo a comunicação e o trabalho em equipe como condição indispensável para qualquer programa que tenha pretensões de qualificar qualquer profissional de saúde. As oficinas realizadas pelo CEDAPS oferecem técnicas problematizadoras que fortalecem tais questões.

Outro aspecto é a atuação do agente comunitário de saúde em sua atividade cotidiana. Alguns fatores impeditivos eram relatados, tomando como exemplo, a demora na resolução das demandas e a pouca oferta de serviços, tanto quanto ao mau atendimento e a dificuldade de desenvolver de forma plena as visitas domiciliares.

Baralhas e Pereira (2013:362) enfatizam que há um elemento desencadeador de insucesso nas relações construídas pelos ACS e população adscrita. Tal elemento surge em conjunto com a postura que alguns usuários em não aceitarem o trabalho do ACS. Embasados nos estudos das autoras é possível refletir para o fato dos usuários dos serviços de saúde, talvez por ainda não compreenderem o objetivo do trabalho do ACS e, da mesma forma, como

são organizadas as ações de promoção e prevenção de saúde, passarem a não aceitar as propostas.

Ao se debater tais questões busca-se reiterar a importância de se privilegiar o conhecimento do território de atuação e da mesma forma considerar como se dão as relações entre profissionais e população que, como trazem os relatos, não são harmoniosas.

Nesse cenário destaca-se a importância de compartilhar e debater os elementos que acompanham os desafios da baixa adesão aos serviços de saúde. E entender como esses desafios podem comprometer não apenas a relação entre equipe de saúde e população, mas, de forma posterior, a proposta de universalização da saúde.

As atividades realizadas pelo CEDAPS, com o apoio e parceria da Fundação Vale, colaboram para um maior conhecimento da ação dos profissionais de saúde na sua relação com a qualidade do serviço, assim como, com a cobertura prestada pela ESF em territórios marcados por diferentes configurações sociais.

### Grupos Sociais

Como mencionado anteriormente, o território como espaço em constante construção, é particularmente o repositório de diferenciais de poder entre grupos que se inter-relacionam. Esses grupos, de acordo com os diversos relatos trazidos às oficinas, trazem em sua conformação características intrínsecas que podem funcionar, ora como barreiras, ora como facilitadoras em sua adesão aos serviços de saúde.

Merhy e Franco (2005) nos chamam a atenção para pensarmos em algumas peculiaridades das relações existentes em grupos sociais e na necessidade de se compreender essas relações existentes, como bases de energia criativa e criadora. Por exemplo, grupos com fortes componentes religiosos podem apresentar maior resistência na adesão aos serviços de saúde.

Porém, para Helman (2009) reconhecer que muitas vezes os chefes religiosos articulam e podem reforçar os valores culturais das

comunidades, findando por adquirirem maiores vantagens sobre as equipes médicas. Com base nessa compreensão, as oficinas de saúde buscam sensibilizar seus participantes para aprenderem a lidar com tais segmentos no sentido de compreender que chefes religiosos, ao contrário dos médicos, que estão sempre separados de seus pacientes por especialidades e posições socioeconômicas, tendem a abordar todas as dimensões dos indivíduos de forma simultânea. Para Helman (2009), esses chefes reúnem em uma única explicação causal. Para além desses fatores, segmentos religiosos com fortes influências em determinadas comunidades, fornecem aos seus pacientes/usuários, formas culturalmente familiar de explicar a causa e o momento de ocorrência do sofrimento do indivíduo e sua relação com o aspecto social e espiritual.

Dito isso, as orientações e trocas de informações realizadas nas oficinas de saúde buscam fornecer exemplos que favoreçam possibilidades de aproximação entre os serviços de saúde e os religiosos. Ambos com possibilidades de serem utilizados em conjunto para o tratamento da má saúde da população, muito embora se baseando em premissas bastante diferentes. São trazidos ao debate, casos de outras culturas onde religiosos curandeiros e outros representantes espirituais de determinadas comunidades são capazes de explicar a má saúde em termos culturais mais amplos, mais aproximados do entendimento familiar. Os aspectos sociais, psicológicos e espirituais da vida de seus pacientes são considerados, muitas vezes, de forma diferente da que os médicos e equipes de saúde abordam. Frequentemente temos conhecimento de como a população, ao resistir aos serviços de saúde, justificam que são vistos meramente como doentes físicos, além do tempo de consulta, que segundo os profissionais, não concorre para que haja uma maior interação entre equipe e usuário.

Facilitar tal entrosamento é uma das ferramentas utilizadas nas atividades do Ciclo Saúde como forma de fortalecer vínculos com a comunidade, mas ao mesmo tempo, trabalhar as redes informais como parceiras para trocas de informações e acompanhamento dos

indivíduos. A proposta é tentar nivelar essa relação com os chefes religiosos das comunidades de modo equilibrado evitando tanto a idealização quanto a crítica excessiva.

Esses debates, como técnicas das oficinas do Ciclo Saúde, se estendem a outros aspectos da intersectorialidade em saúde na abordagem familiar. As construções conjuntas com a comunidade e as agendas sociais de cada território são outros enfoques que as oficinas assumem. A ideia é fortalecer a participação social nos conselhos de saúde, associações de moradores, centros de referências de assistência social, conselhos tutelares, escolas, sindicatos e demais equipamentos existentes em cada realidade encontrada.

Dentro de uma proposta problematizadora, a partir das demandas surgidas durante as oficinas, o CEDAPS busca ir além de métodos exclusivamente expositivos. Rodas de conversas para troca de informações entre profissionais e população; Colegiado Gestor e ampliação das informações sobre a função dos profissionais na unidade de saúde, assim como encontros entre equipes e população dentro do território de saúde, são dispositivos eficazes para promover o conhecimento dos usuários sobre grupos e ações que a unidade de saúde oferta.

Quadro 3

SERVIÇOS PÚBLICOS	
URBANIZAÇÃO	
Barreiras	Ruas esburacadas, enchentes, sem parquinho para as crianças, sem espaço para atividades físicas, sem acessibilidade para deficientes, sem saneamento básico com esgoto a céu aberto
Facilitadores	Praças, área de lazer, academia ao ar livre e área para caminhar, ruas pavimentadas e asfaltadas, locais para praticas de esportes disponíveis, rede elétrica.
SETOR DE SERVIÇOS	
Barreiras	Falta de coleta de lixo, acúmulo de lixo, bueiros entupidos, falta de iluminação pública, faltam opções de lazer, dificuldade acesso á zona rural
Facilitadores	Coleta de lixo, agua tratada, creches e escolas disponíveis para população, saneamento básico, transporte para zona rural, esgoto tratado.

Fonte: Banco de dados Ciclo Saúde. Quadro elaborado pelos autores

## Urbanização e setor de serviços

A questão da urbanização como extensão territorial e aumento populacional se manifesta, de acordo com o quadro 3, na precariedade ou ausência de saneamento básico e igualmente na falta de espaço físico para área de lazer e atividades físicas.

Nesse enfoque podemos destacar os desafios que envolvem a urbanização e a Educação em Saúde no que se refere aos diferentes formatos que o conceito de Saúde assume.

Os relatos dos profissionais dão conta de uma resistência encontrada para a articulação do campo da Saúde com os setores que ofertam os serviços relacionados à urbanização. Essa resistência, de acordo com os participantes, teria como pano de fundo a falta de compreensão do conceito de intersectorialidade.

Na perspectiva de Junqueira (2000), a intersectorialidade traz em sua concepção uma nova maneira de desenhar, executar e controlar a prestação de serviços. Significa alterar toda forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental.

Nesse aspecto, conforme o relato dos profissionais participantes, tal articulação ainda acontece de forma bastante inconsistente.

De outro lado, é possível identificar nesses atores sociais uma dificuldade não apenas na compreensão conceitual da intersectorialidade, mas igualmente, na intervenção de sua realidade cotidiana e criação de novos conhecimentos.

Dito isto, é necessário que esses profissionais demandem uma nova concepção do campo da Saúde que envolve colaboração e práticas compartilhadas.

Esse exercício, de acordo com Junqueira (2000), deixa de ser de ser hierárquico para se tornar rede, onde os padrões de relacionamento serão privilegiados entre os atores em uma determinada realidade social. Nesse cenário, ainda de acordo com o autor, a criatividade e a compreensão da realidade são mais importantes que a certeza e a predição.

Os atores sociais, nesse caso os profissionais de saúde, passam a buscar entender de maneira compartilhada com os setores de urbanização, a realidade social em que se encontram. Nessa operação, os sujeitos, de maneira interativa, se apropriam do conhecimento das barreiras, mas igualmente dos facilitadores que irão favorecer as soluções.

## Eixo II: Gestão do Trabalho

O planejamento municipal tem fundamental importância para as intervenções direcionadas à promoção da saúde, uma vez que esta não está localizada apenas na unidade básica, mas no território. Sendo assim, os limites técnicos do setor saúde ficam evidentes. A 'Saúde' de forma individual não possui os instrumentos e políticas necessárias para fazer frente à totalidade dos DSS do município (AEKERMAN *et al.*, 2002; BUSS, 2000).

Para que este planejamento adquira maior eficiência e efetividade torna-se necessário uma visão intersetorial por parte dos gestores, entendendo a promoção de saúde como função conjunta entre a sociedade e as instituições.

Desta forma, a intersetorialidade aparece como ferramenta essencial para a criação de um projeto amplo, sinérgico e multisetorial direcionado a políticas públicas saudáveis no município (AEKERMAN *et al.*, 2002; BUSS, 2000).

A figura do prefeito como gestor central torna-se igualmente fundamental na articulação com suas secretarias a fim de implementar e reatualizar constantemente este projeto. Todavia, esta pauta está ausente na agenda de trabalho da maioria dos prefeitos e secretários municipais de saúde (WESTPHAL, 2000).

Para Westphal (2000), o princípio da descentralização como norteador do SUS torna o município privilegiado nesta direção, este possuiria em tese, toda a autonomia necessária para tomada de decisões.

Entretanto, este planejamento autônomo é capturado por mecanismos de financiamentos direcionadores advindos verticalmente da esfera federal por intermédio de metas a serem alcançadas pelos municípios a fim de 'merecerem' o seu subsídio (FEUERWERKER, 2005).

Gervás e Hernandez (2011) demonstram bem esta realidade. Em seu relatório sobre a APS no Brasil estes apresentam uma tendência à verticalização das ações devido a grande quantidade de programas institucionais a que os municípios necessitam seguir.

O que isto tem a ver com a promoção de saúde e a estratégia de saúde da família?

Significa dizer que o processo de trabalho que deveria ser pautado no diagnóstico situacional territorial, é agora definido em boa parte por metas advindas de um cronograma central.

As equipes de saúde da família, braço efetor da ESF, têm então uma de suas principais características da organização de seu processo de trabalho sequestrada, o conhecimento do território. Tendo em vista que o planejamento central desconsidera as singularidades de cada localidade, percebidas somente por estes trabalhadores.

Peduzzi e Schraiber (2009) conceituam o processo de trabalho em saúde como a dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, a prática dos trabalhadores /profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde.

Como podemos perceber, tanto a macro, quanto a microestrutura podem proporcionar inconvenientes a dinâmica do trabalho.

Estas e outras percepções dos participantes da prática "Barreiras e Facilitadores" estão apresentados nos quadros 4 e 5 sob os títulos 'Gestão/Administração' e 'Equipes e profissionais' respectivamente. Vejamos:

### Gestão/Administração

A Gestão das UBS deve se organizar para disponibilizar condições adequadas tanto para os profissionais que executam o trabalho, quanto para a assistência que usufrui dos seus serviços. Aqui a gestão é reconhecida não apenas como a gestão imediata da unidade, mas também pela gestão central representada pela secretaria de saúde (quadro 4).

#### Quadro 4

GESTÃO / ADMINISTRAÇÃO	
RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	
Barreiras	Escassez de verba, infraestrutura básica, insumos e equipamentos, acessibilidade da UBS, espaço insuficiente para promoção de saúde, falta de médicos, má distribuição profissional, falta de capacitação e treinamento, falta de atendimentos odontológicos, sem posto de saúde em certas localidades, disponibilidade de transporte para visitas principalmente na zona rural.
Facilitadores	Informatização e acesso a internet, equipes completas, SMS organizada, proximidade da UBS, insumos e equipamentos, disponibilidade de material educativo, locais para realização de atividades, unidade móvel para atendimentos, enfermeiro em cada zona rural, ambiente arejado.
PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO	
Barreiras	Horário de trabalho não condiz com o horário livre da população, dificuldade de aprovação dos projetos elaborados pelas equipes, falta de parcerias entre o poder público e privado, falta de diálogo entre a secretaria e servidores, microárea muito extensa, disputas políticas, sobrecarga de trabalho, tempo insuficiente, excesso de metas.
Facilitadores	Campanhas noturnas, 100% de cobertura, incentivos e compromisso da gestão, secretário de saúde, fácil acesso aos gestores, parceria com a Vale, intersetorialidade, parceria com outras secretarias e autoridades.

Fonte: Banco de dados Ciclo Saúde. Quadro elaborado pelos autores

Os trabalhadores da saúde justificam suas práticas mediante a infraestrutura básica que as suas unidades lhe oferecem, quando há dificultadores estes acabam limitando seus serviços ou buscando improvisações para supri-los. (PEDROSA, CORREIA, MANDÚ, 2011).

Dessarte, não houve consenso entre os participantes no tocante aos recursos materiais e humanos nos municípios, tanto que palavras chaves como infraestrutura, insumos e equipamentos constam não só como barreiras, mas também como facilitadores. Atribuímos isso a diversidade dos municípios que compõem o projeto. Em algumas unidades, a estrutura e a disponibilidade de insumos da UBS parecem oferecer a possibilidade de um trabalho de qualidade, além do biomédico. Em outras, os profissionais acabam por se contentar com o que a infraestrutura da unidade disponibiliza.

A relação estrutura x práticas de trabalho, pode comprometer a qualidade do trabalho e merece ser estudada pela gestão, muitas vezes esta relação envolve a participação de outros setores, oferecendo barreiras para o planejamento e administração destas unidades.

Neste sentido, outras barreiras também foram percebidas. Os depoentes descreveram a falta de afinidade entre as diferentes esferas envolvidas na Saúde (pública e privada), a sobrecarga de trabalho e o excesso de metas. Paim (2003) reconhece que a gestão da atenção básica efetiva implica não apenas na interatividade do setor saúde de forma integral, mas também de todos os setores que envolvidos na qualidade de vida. Quando esta não ocorre de maneira satisfatória há sobrecarga diretamente no setor que organiza o serviço, ou seja, o setor Saúde, a qual é repassada em última instância aos seus operadores.

### Equipes e profissionais

O modelo technoassistencial da ESF vem marcando as mudanças das práticas em saúde. Ao adotar modelos interativos de equipes multidisciplinares, o profissional sai de seu isolamento e percebe sua autonomia ameaçada, gerando grandes tensionamentos no

interior das equipes repercutindo na organização do seu trabalho (FEUERWERKER, 2005).

Os serviços de saúde acabam então por se constituir em uma arena de intensa disputa em que os atores tem a todo tempo tensionados ao seu processo de trabalho, as relações sociais, de poder, e a hegemonia perante o serviço (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

No **quadro 5**, as barreiras e facilitadores destes operadores são apresentados de maneira coletiva (equipe) e individual (profissional):

**Quadro 5**

EQUIPE E PROFISSIONAIS	
EQUIPE	
Barreiras	Priorização de ações individuais, desunião, comunicação ineficiente, escassez e de reuniões de equipe, falta de planejamento.
Facilitadores	Equipe unida, companheirismo, superação e otimismo entre os profissionais, reuniões de equipe eficientes, determinação, boa comunicação participação multiprofissional em grupos (operativos), campanhas e palestras desenvolvidas pela equipe em escolas igrejas etc.
PROFISSIONAL	
Barreiras	Desinteresse, desmotivação, falta de comprometimento, individualismo, falta de ética, estresse.
Facilitadores	Criatividade, amor ao próximo, postura proativa, competência e responsabilidade, compreensão dos funcionários sobre a ESF.

Fonte: Banco de dados Ciclo Saúde. Quadro elaborado pelos autores

No que se refere a equipe, o **quadro 5** demonstra claramente algumas das principais características das tipologias de equipes propostas por Peduzzi (2001).

Para Peduzzi (2001) na tipologia de equipe denominada integração, todos os profissionais interagem em torno de um projeto assistencial comum. Neste sentido foram descritos pelos participantes como facilitadores a participação multiprofissional nos grupos, boa comunicação, construção coletiva de palestras e campanhas.

Em outro tipo, a autora descreve que o isolamento profissional e a fragmentação das tarefas dadas exclusivamente por especialidades são características de equipes conceituadas como agrupamento. Nesta direção, os participantes citaram como barreiras a priorização de ações individuais, desunião, comunicação ineficiente, escassez e de reuniões de equipe, falta de planejamento.

A equipe agrupamento ajustou-se aos facilitadores e a equipe integração ajustou-se às barreiras. Neste sentido pareceu haver uma correlação positiva entre a eficiência das reuniões com a tipologia integração, e a ineficiência das reuniões com a equipe agrupamento.

Apesar de não descartar os benefícios do bom relacionamento interpessoal, a autora descreve que esta sozinha não pode transformar uma equipe agrupamento em equipe integração.

Características individuais dos profissionais também foram percebidas pelos participantes como desinteresse, desmotivação, falta de comprometimento, individualismo, falta de ética, estresse.

Neste sentido, há intenso debate na literatura em torno da formação profissional voltada para especialidades, despreparo dos profissionais para a incorporação da promoção de saúde em suas ferramentas, mercado de trabalho, capacitação inadequada entre outros (MACHADO, 2000; PAIVA, PIRES, NUNES, 2010; FEUEWERKER, 2005).

Dentro de tal conjunto de perspectivas, o Ciclo Saúde em suas oficinas busca dar voz a estas temáticas/debate, por meio de sua metodologia participativa são oferecidas alternativas em busca de melhores resultados do município em direção à promoção de saúde.

Algumas medidas institucionais vêm sendo implantadas no enfrentamento destas questões, dentre as mais promissoras temos o

PMAQ-AB. Devido a sua grande abrangência, é a principal estratégia indutora do Ministério da Saúde. Por intermédio de seu mecanismo de financiador/direcionador, o PMAQ vem buscar a mudança nos modos de funcionamento das unidades básicas de saúde (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014).

O programa fomenta espaços de debate sobre o modelo de gestão, em como esta pode impactar nos serviços ao usuário, o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, as alterações na infraestrutura entre outros (PINTO; SOUZA; FERLA, 2014).

Apesar destas medidas, o pensamento intersetorial que deve permeiar todo processo de promoção de saúde, desde a prefeitura até as equipes de saúde da família ainda se torna distante da agenda de debates. O Ciclo Saúde busca diminuir este hiato, e objetiva unir forças em direção à construção de um município saudável.

## Conclusão

A parceria Fundação Vale, Universidade Estácio de Sá, CEDAPS e municípios é um grande exemplo de como a intersetorialidade pode beneficiar na implantação de um projeto consistente de Promoção de Saúde municipal.

Podemos inferir por meio de nossa análise que o Ciclo Saúde atua nas principais barreiras para implantação da promoção de saúde nos municípios em que se faz presente.

As oficinas por meio de suas metodologias participativas buscam inovar em ferramentas utilizadas para a Educação Popular em Saúde, a fim de aumentar a autonomia dos usuários em torno de seus processos.

A gestão também é abordada por meio do processo de Educação Permanente. As oficinas oferecem além de ferramentas técnicas específicas em torno das problemáticas locais, meios de fortalecer os vínculos entre os profissionais, aperfeiçoamento das reuniões de equipe, implantação de uma gestão democrática e horizontalização das relações de trabalho. A fim de minimizar a verticalização na produção de atos e buscar constantemente o planejamento local entre as equipes para fazer frente às necessidades do território.

Por fim, em relação aos determinantes e sociais em saúde, reconhece-se que também é papel dos municípios a busca deste olhar intersetorial, a fim de minimizar a sobrecarga das equipes. A parceria, no entanto, por intermédio de seus consultores, busca instrumentalizar e ampliar as capacidades dos profissionais das equipes, que convivem diretamente com os determinantes, na busca de parcerias intra e intersetoriais para uma atuação integrada e abrangente em direção a uma promoção de saúde mais eficiente nos municípios.

## Referências Bibliográficas

AKERMAN, Marco et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 638-646, Out. 2002.

BARALHAS, M.; PEREIRA, M. A. O. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. **Rev. Bras. Enferma**, Brasília, 2013, maio-jun; 66(3): 358-65.

BECKER, Daniel et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.655-667, set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria nº. 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa 187 Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** 2006a; 28 mar. Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. 2006a; 28 mar.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, 2009. 56 p. (A). Normas e manuais técnicos.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1): 163-177, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Abr. 2007.

CAMPOS, C. J. G. MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/2670/267019632019/>

CEDAPS (Rio de Janeiro). **Centro de Promoção de Saúde**. Disponível em: <http://cedaps.org.br/> Acesso em: 19 maio 2017.

EDMUNDO, Katia; NUNES, Nilza Rogéria de Andrade. **Construção Compartilhada de Soluções Locais**: guia de elaboração de projetos. Rio de Janeiro: CEDAPS, 2014. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/eadcedaps/aula-3-metodologia-instrumentos-58854310> Acesso em: 21 maio 2017

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 18, p.489-506, set. 2005.

FREITAS, Maria de Lourdes de Assis; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p.200-205, abr. 2010.

GERVÁS, J.; FERNÁNDEZ, M. **Como construir uma atenção primária forte no Brasil?** Resumo Técnico. 2011. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/file/Visita\\_Espanhois\\_2011/Brasil\\_Relatório\\_Resumo\\_final\\_201.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/Visita_Espanhois_2011/Brasil_Relatório_Resumo_final_201.pdf) Acesso em: 11 de maio de 2015.

HELMAN, C.G. Cultura, saúde e doença. Trad. Eliane Mussnich. 2. ed. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 2009. Cap. 4, p. 70-99.

JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista Administração Pública**, v.34, n.esp., p.35-45, 2000.

LEAVELL H. R.; CLARK, E. G. **Textbook of Preventive Medicine**. New York: McGraw-Hill, 1968.

MACHADO, Maria Helena. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **Revista de Atenção Primária**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 34, p.133-46, ago. 2000.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p.1683-1694, jun. 2016.

MELO, M. B. et al. **O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.1, p.86-99, 2015

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

NORMAN, Armando Henrique. Promoção da saúde: um desafio para a atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 8, n. 28, p.153-154, 29 jul. 2013. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(28\)788](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(28)788)

PAIM, J.S. Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. **Saúde nos aglomerados urbanos**: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003b. p.183-210.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; PIRES-ALVES, Fernando A.; NUNES, Tânia Celeste Matos. Educação e trabalho em saúde: as bases de um campo de conhecimento. In: PINTO, Isabela Cardoso de Matos et al (Org.). **Trabalho e Educação na Saúde**: a produção técnico científica. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012. Cap. 1. p. 1-448.

PEDROSA ICF, CORRÊA ÁCP, MANDÚ ENT. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc. Cuid. Saúde**. 2011; 10(1): 58-65

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p.103-109, jan. 2001.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. Processo de Trabalho em Saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Rio de Janeiro). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro. 2009. p. 196-198.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p.34-46, 2014.

RABELLO L. S. **Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

WESTPHAL, Márcia Faria. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 39-51, 2000.

WONG, Anthony. Esgoto a céu aberto: inimigo invisível. **Correio do Povo**. Disponível no endereço: <http://www.tratabrasil.org.br/esgoto-a-ceu-aberto-inimigo-invisivel-correio-do-povo> Acesso em Agosto de 2017.

## Capítulo 7

### *Sentidos da prevenção e da promoção da saúde no território: limites e possibilidades*

Cibele Paes  
Andreza Vieira  
Emerson Máfia  
Renata Barra  
Carlos Serra

#### Introdução

**A** Promoção da Saúde é uma formulação política-ideológica, onde o ser humano é um ser cujo conjunto de ações visa à transformação da organização social, sobre a qual se funda o próprio processo de humanização, acreditando na capacidade e na subjetividade humana para recriar e refletir em um conjunto de forças da sociedade (LEME e SERRA, 2015).

Essa transformação ocorre através da capacitação das pessoas e comunidades para que elas possam modificar os determinantes da saúde, sendo esta, de acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS/2006), uma atribuição das equipes da Saúde da Família, em benefício da qualidade de vida. (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabeleceu diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, enfatizando que os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) devem estimular a participação dos usuários para ampliar sua autonomia e capacidade para construção do cuidado à sua saúde (BRASIL, 2011).

Com este propósito, cabe ressaltar que as parcerias entre a Fundação Vale (FV), o Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS), e a Universidade Estácio de Sá (UNESA) refletem o conjunto de forças para o fortalecimento da Atenção Básica nos territórios de atuação

da Vale (CEDAPS, 2016). Esses territórios podem ser entendidos de acordo com Santos (1988) como espaços sociais, reais e objetivos, perpassados por valores e significados culturais da subjetividade sem limites definidos, que se caracterizam por sua dimensão simbólica, não identificada com critérios territoriais administrativos (p. 28).

Portanto, fortalecer a atenção básica nos territórios para a produção da saúde significa utilizar os espaços sociais da comunidade, que chamamos aqui de espaços potentes, pois eles potencializam a compreensão da dinâmica sociocultural da população. Assim, parafraseando o compositor Milton Nascimento, "(...) *Todo profissional de saúde deve ir onde o povo está*". Dessa maneira, cabe a esses artistas, os profissionais, capacitar os indivíduos e a comunidade com metodologias ativas e, para isso, devem empregar seus conhecimentos visando produzir saúde, pois, segundo o dicionário da língua portuguesa Aurélio, Produzir é: Criar, Gerar, Dar, Proporcionar, Ocasionar, Causar, Motivar, Fazer, Compor, Apresentar, Exibir, Alegar...

Tais conceitos somados à definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" nos permite afirmar que produção da saúde, objetivo fim dos profissionais, foco primeiro da Atenção Básica e do seu direcionamento central, são os determinantes de um "não estado de completo bem-estar físico, mental e social". Em outras palavras, não devem consistir apenas na ausência de doença ou de enfermidade, embora elas existam e devam ser prevenidas, tratadas e seus portadores reabilitados.

Neste capítulo, com base nos relatórios de monitoramento das ações realizadas, pretendemos descrever os limites e possibilidades das ações de Promoção da Saúde nestes territórios, tendo em vista o paradoxo existente entre a promoção a prevenção. Cabe ressaltar que na Promoção, o conceito de saúde é positivo e multidimensional e na Prevenção o foco se localiza na ausência de doenças através de medidas técnicas, realizadas por profissionais de saúde.

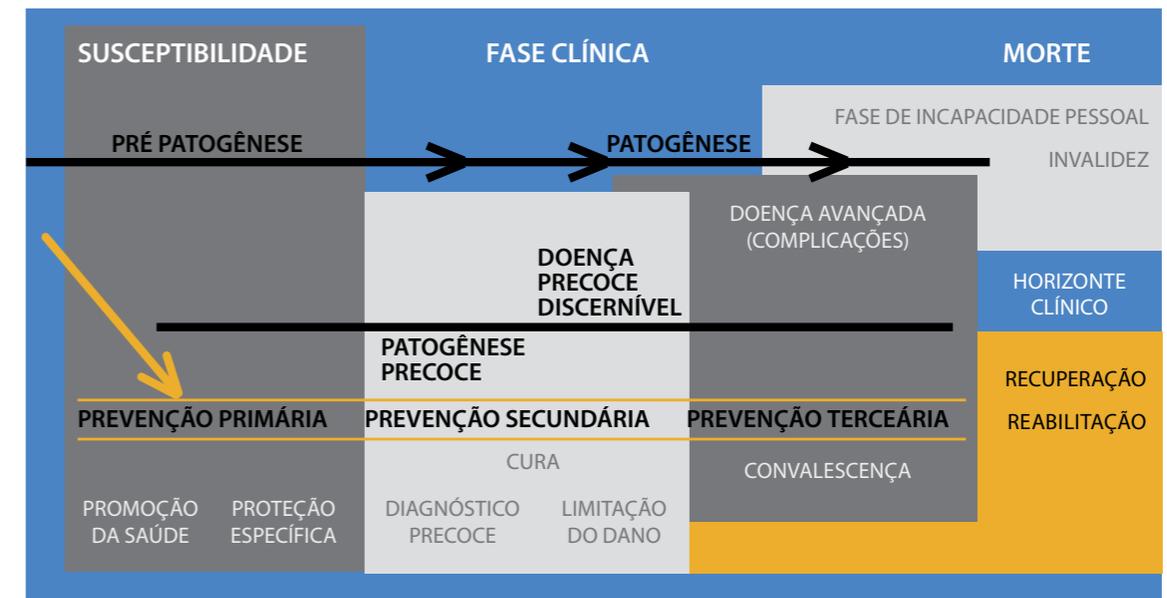
## O paradoxo entre promoção x prevenção

Cabe recordar que "um paradoxo" é uma expressão supostamente verdadeira que leva a uma contradição lógica, ou a uma situação que contradiz o conhecimento comum. Em termos simples, é o contrário do que alguém pensa ser.

O modelo de níveis de saúde difundido e assimilado, que até hoje influencia na concepção dos profissionais, foi elaborado em 1965 por Leavell e Clark - modelo da História Natural da Doença - que favorece a percepção de saúde como mercadoria.

Essa teoria, com enfoque sobre o coletivo de indivíduos, não interferiu na formulação de políticas públicas saudáveis, visto que verificamos nele o predomínio do pensamento clínico voltado para o processo saúde-doença, que fortalece os modelos restritivos de produção da saúde (Quadro 1).

### Quadro 1 - Representação



Fonte: Pereira 2005

Neste modelo, segundo Mendes (1996), “a saúde é entendida ou representada como ausência de doenças e a organização dos serviços é medicamente definida com o objetivo de colocar à disposição da população serviços preventivos e curativo-reabilitadores” (p. 236). Ao inserir o termo Prevenção, para estratificar os níveis de patogenicidade, Leavell e Clark, inseriram a Promoção da Saúde na prevenção primária, considerando que o corpo sempre estará em um estado pré-patogênico e desconsiderando um estado de bem estar. Este foi durante muito tempo, e ainda é, o saber informado e assimilado.

A assimilação de um saber e o processo que ocorre quando uma ideia, conceito ou proposição, potencialmente significativa é absorvido, pode ao mesmo tempo levar a uma reflexão ou se acomodar, à medida que esses conceitos são repetidos exaustivamente (AUSUBEL, 1980). Entretanto, Henry Ernest Sigerist (1891 - 1957), defensor da medicina social, predecessor de Leavell e Clark, definiu as quatro grandes áreas da ciência em medicina, cuja atribuição é debelar ou atenuar as doenças, com ações de: 1) Promoção da saúde; 2) Prevenção da enfermidade; 3) Recuperação do enfermo e 4) Reabilitação. (RABELLO, 2010).

Este modelo, centrado no indivíduo e na comunidade, não foi tão difundido quanto o de Leavell e Clark, centrado na doença, que não considerou as afirmações de Sigerist de que promover a saúde consistia em proporcionar educação para toda a população, incluindo educação em saúde, boas condições de trabalho, cultura física, meios de descanso e recreação (ANDRADE, 2011).

Em 2003, Paulo Buss, elaborou um modelo que facilita a compreensão da diferença entre os conceitos de Promoção x Prevenção de forma didática, mas que também foi pouco difundida nos cursos de graduação em saúde (Quadro 2).

**Quadro 2 - Diferença entre Promoção da Saúde e Prevenção da doença**

	Promoção de Saúde	Prevenção da doença
Conceito de Saúde	Positivo e Multidimensional	Conceito de Saúde Ausência de doença
Modelo de intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda a população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Objetivo dos programas	Mudança na situação dos indivíduos e de seu meio ambiente	Focalizam principalmente indivíduos e grupos de pessoas
Executores de programas	Organizações em geral, movimentos sociais, governos, incluindo profissionais de saúde	Profissionais de Saúde

Fonte: Buss, 2003

Exemplo de atividade Prevenção x Promoção



**Prevenção das doenças**

A prevenção de doenças caracteriza-se pelo desenvolvimento de medidas de proteção específica contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. Portanto, podemos afirmar que neste conceito o processo patológico já está instalado (patogênese) ou em vias de se instalar, e que este processo se evidencia por meio do diagnóstico precoce e tratamento imediato e adequado, visando evitar as sequelas e a invalidez, o que o deixa, mais próximo do nível secundário de atenção à saúde. Por conseguinte, na presença de defeitos ou invalidez, atua-se na prevenção dos agravos, por meio da reabilitação.

Entendemos que a medicina preventiva atua a partir de dados epidemiológicos numa perspectiva de intervenção nas doenças ou agravos, cuja frequência e gravidade são maiores, considerando a susceptibilidade (pré-patogênese) e a exposição ao agente ou agravo.

Pelo exposto, neste artigo pretendemos analisar os Sentidos da Prevenção e da Promoção da Saúde nos territórios de atuação do projeto Ciclo Saúde e seus limites e possibilidades.

**Desenho metodológico**

A leitura de diversos artigos, prioritariamente das áreas de Educação e Saúde, possibilitou categorizar a subjetividade dos profissionais de saúde a cerca da promoção da saúde e prevenção das doenças e evidenciar e entender o paradoxo no contexto dessas ações de saúde em diversos estados do território nacional. O método escolhido para o desenvolvimento do estudo foi o método de análise de conteúdo de Bardin (1977).

Estes procedimentos permitiram identificar as subjetividades dos atores envolvidos sobre a Promoção da Saúde e Prevenção das doenças, os conceitos apreendidos pelos profissionais graduados e a divisão dos saberes com os membros técnicos especializados e agentes comunitários de saúde das equipes nos processos de Educação permanente.

Estas informações serviram de base para a análise do conteúdo das respostas aos questionamentos formulados durante as Oficinas Básicas, que ocorreram entre 2014 e 2016 nos estados do Pará, Maranhão, Minas Gerais e Espírito Santo. Elas possibilitaram identificar as subjetividades, por aproximação ou distanciamento do normatizado com o encontrado, sobre os conceitos assimilados de Promoção e Prevenção.

Para a obtenção dos dados primários utilizou-se, de acordo com a metodologia proposta, a análise de conteúdo dos textos produzidos pelos profissionais em resposta às indagações sobre “o que é promoção da saúde” e “o que é prevenção das doenças”.

Primeiramente, as tarjetas contendo as respostas dos profissionais foram sistematizadas, a fim de se conhecer o material coletado. Ao identificarmos a realidade pesquisada, ainda de forma superficial, iniciamos uma nova sistematização dos dados através da sua seleção e organização nas respectivas categorias previamente elaboradas, por opção metodológica.

O desenvolvimento da análise do material organizado seguiu as seguintes etapas, de acordo com a técnica de Bardin, adotada nesta pesquisa:

1. Pré-análise: foi feita a leitura flutuante das respostas para identificar elementos relacionados com as categorias de análise consideradas;
2. Categorização e agrupamento das falas – após a primeira identificação desses elementos, nova leitura foi feita para agrupar as falas dos entrevistados dentro das categorias propostas.
3. O tratamento dos resultados obtido, interpretação e análise das falas tiveram como base o referencial teórico, permitindo identificar o sentimento, os limites e as possibilidades de transformação do aprendizado teórico em utilização prática.
4. Em relação à análise dos dados primários criou-se dois eixos temáticos relacionados diretamente aos objetivos da pesquisa e, a partir deles, pré-categorias e subcategorias para análise dos resultados relativos a cada um, como demonstrado ao lado (Quadro 3).

A categorização dos dados seguiu o modelo apriorístico, com a criação de categorias pré-definidas relacionadas aos objetivos explicitados (CAMPOS, 2004).

**Quadro 3 - Eixos e Categorias utilizadas para Análise**

	Categorias de análise	Dimensão conceitual				
Eixo 1	Promoção da saúde	Conceito de Saúde Positivo e Multidimensional	Modelo de intervenção Participativo	Alvo: Toda a População, no seu ambiente total	Objetivos dos programas: Mudança na situação dos indivíduos e do seu meio ambiente	Executores de programas Organizações em geral, movimentos sociais, incluindo profissionais de saúde
Eixo 2	Prevenção da doença	Conceito de Saúde Ausência de doença	Modelo de intervenção Médico	Alvo: Principalmente os grupos de alto risco da população	Objetivos dos programas: Focalizar principalmente indivíduos e grupos de pessoas	Executores de programas Profissionais de saúde
Eixo 3	Limites e possibilidades	Monitoramento das ações desenvolvidas pelos profissionais participantes				

Fonte: *Elaboração própria.*

Assim, foram criados três eixos temáticos que correspondem às necessidades da pesquisa para contemplar seus objetivos: Promoção da Saúde, Prevenção da doença e limites e possibilidades para uma aprendizagem significativa. Deve-se registrar que durante o trabalho de sistematização estas categorias foram confirmadas.

## Resultados

Para fins de apresentação dos resultados foi realizada uma contagem do número de respostas e estabelecido um percentual do conjunto de respostas por categoria apenas para fins de visualização. Não se pretende quantificar os resultados e sim observar a distribuição das respostas no conjunto da análise qualitativa.

### Eixo 1 - Promoção da Saúde

No eixo 1, uma expressiva maioria, isto é, 56,4% dos participantes das oficinas básicas responderam a questão “O que é Promoção da Saúde” com conceitos que tendiam para a Prevenção de Doenças, corroborando, dessa maneira, com Mendes (1996), quando afirma que “A saúde é entendida ou representada como ausência de doenças e a organização dos serviços é medicamente definida com o objetivo de colocar à disposição da população serviços preventivos e curativo-reabilitadores” (p. 236).

Dessa forma, as respostas desses profissionais, relacionadas abaixo, quando questionados sobre “o que é Promoção da saúde” se aproximaram mais da definição dos conceitos de Prevenção.

- “Realização de exames”. Isto demonstra que os profissionais assimilaram o modelo estratificado, que até hoje tem influência na concepção dos profissionais sobre Promoção da saúde: - História Natural da Doença de Leavell e Clark, um Modelo de intervenção Médica onde os Executores da ação são os profissionais de Saúde.
- “Escovar os dentes após cada refeição, e escovação nas escolas e orientação”. A escovação é uma técnica, chamada técnica de Bass, uma ação preventiva, um modelo de intervenção profissional com foco principalmente em indivíduos e grupos de pessoas (escolas), onde os executores da ação são os profissionais de saúde.
- “Palestras na comunidade de como prevenir doenças, auxiliar no tratamento de pessoas doentes”; “Promover palestra”; “prover, orientar pessoas sobre a doença”; “Orientar quanto a métodos preventivos”; “Palestras preventivas”. Nestas respostas podemos ainda visualizar o conceito de ausência de doenças, também observamos que os profissionais não incluem os indivíduos e comunidade e os executores do programa são os profissionais de saúde.
- “Oferecer ao paciente os meios de levar uma vida mais saudável, através dos serviços de saúde (saúde da mulher, saúde do homem, saúde da criança, planejamento familiar, saúde do idoso)”. A utilização do termo paciente, que é aquele que tem paciência, resignado, que aguarda conformado e ainda é aquele que está sob cuidados médicos, evidencia o modelo de intervenção médica, onde o objetivo dos programas está focado principalmente nos indivíduos e grupos de pessoas.
- “Promover saúde, palestras educativas para conscientização da comunidade”; “Orientação”; “palestras educativas sobre os cuidados com o corpo e a mente”; “Palestras e orientação sobre alimentação”. Deve-se observar que o termo conscientização é o ato de estar ciente, evidenciando uma perspectiva mais cognitiva ao processo de adesão de novas atitudes e comportamentos.



Salientamos ainda que as respostas que não apresentavam clareza sobre o tema somaram 25,9%, e estiveram pautadas em visões conjugadas a partir dos campos da prevenção da doença e a promoção da saúde, tais como:

- “Orientar os pacientes”; “Palestra sala de espera”; “Fazer palestras trazendo informações”; consideramos que estas respostas não representam concretamente a subjetividade sobre o tema. Pergunta-se: orientar, fazer palestras e informar “sobre o quê?” (Direito à saúde? – Promoção,) ou (horário da sala de vacina?/ coleta de escarro? – Prevenção).
- “Buscar conhecimento para passar para outros”, “divulgar em rádios”, propaganda (conhecimentos em relação a quê?); orientação (normativa médica/enfermagem?), como se cuidar, comunicação (comunicar o quê?). Alimentação saudável; atividades físicas (direito a espaços para a prática? Prevenção de cardiopatias? Da Obesidade?); saneamento (direito à ?); andar de bicicleta (direito a espaços para a prática? Higiene (direito ao saneamento básico?); prevenção (do câncer de Pênis?), tais respostas são muito amplas e não respondem a questão proposta: o que é Promoção da Saúde.
- “É cuidar do bem estar: fazer exercício físico e mental; construção de casas populares, obras públicas e cuidar da saúde por tomar medidas práticas para melhorá-la”. Essas respostas estão muito distanciadas do normatizado a cerca do tema e próximas da ação de cuidar (elemento médico/de enfermagem/ odontológico, relacionado aos que tem paciência e não estão ou não são empoderados).

Contudo, 17,7% dos profissionais apresentaram um conhecimento sobre promoção da saúde e suas respostas contemplaram os conceitos de promoção da saúde explicitados no (quadro 2). São elas:

- “Programa de rádio Momento Saudável”;
- “Atividades educativas e sociais, orientando a população como um todo”;
- “Demonstrar a importância dos usuários”;
- “Uso de camisinha (campanha)”;
- “Promover ações de educação em saúde através de ferramentas acessíveis, dando empoderamento aos usuários como responsáveis no seu autocuidado”;
- “Parceria com outras esferas do governo”;
- “É investir em programas, eventos para incentivar a sociedade”;
- “É estabelecer e desenvolver ações junto à comunidade”.

Pode-se, então, considerar que estas respostas apresentam um modelo de intervenção participativo, cujo alvo é toda a população, no seu ambiente total e os objetivos dos programas estão focados na mudança da situação dos indivíduos e de seu meio ambiente e os executores dos programas são as organizações em geral, movimentos sociais, governos, incluindo profissionais de saúde.

## Eixo 2 - Prevenção das doenças

A maioria dos participantes das oficinas básicas, 43,1% dos profissionais, apresentou o conceito de Prevenção das doenças bem próximo do normatizado, pois veem a Prevenção como um modelo de intervenção biomédica com objetivos dos programas focalizados, que têm como alvo, de um modo geral, os grupos de alto risco da população, principalmente os indivíduos e grupos de pessoas, tendo como executores destes programas os profissionais de saúde por meio de atividades educativas:

- “Prevenção saúde bucal”; “Escovação”; “Escovação supervisionada nas escolas”;
- “Cuidados odontológicos”;
- “Campanhas educativas e preventivas”; “Orientação em grupos para prevenção”;
- “Campanhas de higiene corporal e dental”;
- “Ação de prevenção, se cuidar para não ficar doente”;
- “É orientar a comunidade de como evitar as doenças”;
- “É instruir os pacientes a como prevenir doenças para que eles estejam bem informados e possam se cuidar”;
- “Grupos de hiperdia”;
- “Orientação para manutenção das dietas”;
- “Trabalhar com informação e educação a fim de prevenir; “Saúde da criança/mulher/homem”;
- “Vacina”;
- “Procurar prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, usando sempre preservativos e usar sempre seringas (descartáveis)”; “Prevenção das DST/HIV/AIDS”; “Meios e métodos usados a fim de não se pegar doenças, bactérias e vírus”; “São métodos que usamos antes que o pior venha acontecer”; “Não deixar água parada nos vasos e caixas”; “Vacinação crianças e idosos”
- “Fazer atividades físicas”; “ É prevenir para a não levar a algo ou doença; “Higiene, boa alimentação e lazer”; “É prevenir doenças como alimentação saudável”;
- “Boas práticas de atividade física”; “Fazer atividades físicas, ter boa alimentação”;
- “Ação de prevenção, se cuidar para não ficar doente”;
- “É prevenir, se cuidar, trabalhar o corpo e a mente para não adoecer”;

“É prevenir doenças, cuidar da saúde”;  
 “Evitar fatores de risco que possa levar a uma doença”;  
 “Evitar certos costumes/fatores que prejudicam a saúde”;  
 “Reduzir riscos”; “Evitar situações de risco”;  
 “Prevenir ou seja, não usar aquilo que faz mal a nossa saúde: sal e grande quantidade de açúcar”;  
 “Prevenir através de medicamentos”.

Um componente ligado a realização de exames e/ou procedimentos de controle, foi considerado por 21,5% dos profissionais como uma ação de prevenção de doenças, incluindo os exames tem como finalidade o diagnóstico precoce.

Assim, ao serem perguntados sobre “o que é Prevenção de doenças” obtivemos as seguintes respostas:

“Autoexame de mamas;  
 “Exames Periódicos; Exame ginecológico; Prevenir antes que a doença aconteça, através de exames; Coleta de exame citopatológico; Preventivo; Realização do exame Papanicolau (preventivo); Fazer os exames necessários como preventivo, mamografia; Mamografia; Fazer exames; Exame de colo de útero; Toque retal e fazer exames pelo menos uma vez ao ano”;  
 “É o que fazemos antes de acontecer, por exemplo: alguns exames; Realizar consultas médicas no período em curto prazo, como realizar exames simples; Procurar o médico de seu bairro e pedir exames para mamografia e se tiver em estado de gestação, pré-natal e preventivo”;  
 “Controle glicemia; Controle glicemia”;  
 “Controle PA dos hipertensos”.  
 “Orientação para prevenção câncer de útero”.

Nas respostas abaixo relacionadas, 17% dos participantes consideram que a prevenção está diretamente relacionada com o serviço de saúde e sua atuação junto a população além de evidenciarem comportamentos dos usuários que concorram para uma melhor saúde.

“Consultas”; “Estar sempre no médico”, “Passar informações para pacientes para prevenir”; “Conscientização”; “Divulgação de panfletos educativos”; “Conscientização”, “Cuidados”; “Higiene”; “Visitas domiciliares”; “Busca Ativa”.

“Dormir bem”; “Excesso de gordura”; “Evitar os excessos”;  
 “Comer sal, açúcar, gordura e outros”.

Entretanto, as respostas de 2,3% dos profissionais sobre o que é Prevenção das doenças, se situam, como pode ser visto abaixo, dentro de um conceito mais próximo da Promoção da Saúde.

“Proporcionar conhecimento de forma a possibilitar as pessoas uma condição de saúde”

“É respeitar-se como profissionais de saúde, agindo com responsabilidade buscando as raízes dos problemas da saúde, iniciando dentro de seu bairro, compartilhando experiências com outros”.

### Eixo 3 - Limites e possibilidades

Durante a oficina discutimos também o papel do controle social e a participação da comunidade na saúde (Lei 8142/90). Estes conceitos, cujo acesso não é difundido amplamente entre os profissionais da ponta, como pudemos confirmar nas oficinas, empoderou os profissionais, que perceberam, em sua maioria, que eles poderiam ser relacionados à comunidade para a implementação das ações no território.

## Conclusão

Esta análise, pautada no referencial teórico, com destaque para a incorporação da competência em distinguir ações restritas a prevenção das doenças, daquelas mais ampliadas pautadas pelos princípios e diretrizes da promoção da saúde evidenciam as percepções dos participantes em relação ao tema, antes de sua aproximação com os conceitos e com a reflexão sobre as diferenças na compreensão e abordagem geradas pelas oficinas formativas do Ciclo Saúde.

Considerando que 62% destes profissionais demonstraram um conhecimento que se aproximava do normatizado pelo modelo biomédico sobre prevenção de doenças, este conceito ou proposição, tornou-se potencialmente significativo, sendo absorvido, gerando uma acomodação, à medida que foram repetidos exaustivamente no transcorrer das formações acadêmicas e práticas profissionais. Ampliar a discussão conceitual sobre promoção da saúde aproxima os participantes da atuação frente aos determinantes sociais da saúde e a perspectiva de atuação intersetorial.

A identificação e conseqüente discussão, dos paradoxos, permitiu-nos, durante as oficinas básicas, facilitar a reflexão dos participantes sobre o tema e, ao mesmo tempo, levantar os conceitos preexistentes na estrutura cognitiva dos profissionais. A metodologia participativa auxiliou na construção e desconstrução de alguns conceitos, estimulando a parceria entre profissionais e usuários, fator chave para as ações de Promoção da Saúde nos territórios.

Portanto, hoje podemos afirmar que os sentidos da Prevenção e da Promoção da Saúde nos territórios participantes do Ciclo Saúde, voltados para a apropriação de novas crenças e valores pelos profissionais, através da aprendizagem significativa, ampliando suas experiências e respeitando suas histórias de vida, quebraram os limites e aumentaram as possibilidades de transformação social, fundado no processo de humanização em saúde.

Muito foi feito durante este período, porém, ainda há muito que fazer, principalmente nesta era pós-moderna, com um estado mínimo adentrando em nossa porta, para o fortalecimento da atenção básica nos territórios em que a Vale (mineradora) atua, como também nos demais territórios brasileiros.

## Referências Bibliográficas

AUSUBEL, D. F. **Psicologia Educacional**, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488, Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União 2014; SANTOS M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec; 1988.

CEDAPS – Centro de Promoção da Saúde, Frentes de atuação. **Projeto Ciclo Saúde**, 2014. disponível em: <http://cedaps.org.br/projetos/ciclo-saude/> Acesso em 02/02/2017

FUNDAÇÃO VALE - **Relatório de atividades 2015**, p.41 disponível em: <http://www.fundacaovale.org/SiteAssets/Paginas/Relatorio-Atividades-> Acesso em 15/01/2017

RABELLO LS. **Promoção da Saúde**: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2010. 228p.

LEME, C. R. P. e Serra C.G. **Promoção da saúde**: conhecimentos e práticas dos profissionais das equipes da estratégia saúde da família numa área programática da cidade do Rio de Janeiro. Anais do 18º Congresso Brasileiro dos Conselhos de enfermagem, Rio de Janeiro, abril 2015.

RABELLO, L.S. **Promoção da saúde**: a construção social do conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ROLIM, B. C.; SERRA, C. G. **Participação popular em saúde**: análise do trabalho desenvolvido por Equipes de Saúde da Família no Município de Duque de Caxias/RJ. Saúde em Debate, v. 34, p. 658-671, 2010.

## Parte 3

# RESULTADOS E AVALIAÇÃO: Aprendizagens

*O que aprendemos sobre o fortalecimento da Atenção Básica em municípios brasileiros?*

*O que podemos disseminar de boas práticas?*

*O que alcançamos com os resultados diretos do Projeto implementado?*

*O que ainda podemos melhorar na intervenção e na avaliação?*

Esta parte traz a sistematização dos principais resultados obtidos analisando-os a partir do desafio de se avaliar projetos sociais que são, em grande maioria, limitados no tempo e nos recursos. Pautados pelo “fazer”, pelo “intervir” e menos pelo “acompanhar ou medir”, os resultados da intervenção que em geral exigem tempo, recursos financeiros e humanos dedicados para este fim. O Ciclo Saúde pode se dedicar ao processo de registro, monitoramento e avaliação dos resultados da intervenção e, neste sentido, pode tomar decisões para o aprimoramento do processo durante o “fazer”.

O que uma caminhada, uma roda de conversa, um vídeo-debate e um grupo educativo têm em comum? Ideias aparentemente simples, mas que são tecnologias e práticas para educação em saúde que se transformam em grandes ações porque contribuem para a melhoria dos indicadores de saúde da população por meio de ações coletivas, visando o aumento da informação sobre direitos, cuidados pessoais e coletivos e ainda contribuem para a prevenção das doenças e a promoção da saúde da população diretamente envolvida.

Nesse contexto, o projeto Ciclo Saúde, dentro do conjunto de formações participativas que desenvolveu e ofereceu com ênfase na formação-ação em promoção e educação em saúde, realizou 26 oficinas de tecnologias e práticas para os profissionais das unidades de saúde participantes do projeto com o objetivo de apresentar um conjunto de ferramentas para o estímulo e a incorporação de novas práticas de ações coletivas por essas equipes.

Para começar era preciso oferecer conteúdo teórico e prático sobre o assunto e por isso foram pensadas as oficinas de tecnologias e práticas, que promovem a facilitação do diálogo a partir da escuta de diferentes experiências; a ampliação do acesso a informações sobre autocuidado, cuidado coletivo e direitos; geração

## *Simple ideias, grandes ações*

Claudia Maia  
Juan Carlos Raxach  
Juliana Maio  
Mariana Kuo

de experiências coletivas e apoio social; o favorecimento da reconstrução da realidade a partir de situações concretas e soluções possíveis, de baixo custo e fácil reaplicação.

### **Tecnologias e Práticas abordadas:**

1. Roda de Conversa;
2. Grupos;
3. Oficinas de Formação;
4. Caminhada e bicicletada;
5. Vídeo-debate;
6. Visitas domiciliares;
7. Canto de brincar;
8. Mobilização coletiva / campanhas educativas;
9. Projetos diversos criados a partir da cultura local.
10. Participação em comitês, comissões, conselhos e grupos intersetoriais.

Durante a oficina Tecnologias e Práticas, foi desenvolvido o planejamento das ações possíveis de serem realizadas pelas equipes, o que levou o grupo a refletir e debater sobre o tema selecionado e sua relevância. Após o debate, os participantes desenvolveram a matriz de planejamento, por meio da qual 26 planos de atividades educativas foram elaborados.

### **Construção Compartilhada de Soluções Locais**

A **Construção Compartilhada de Soluções Locais** é uma metodologia de planejamento participativo, resultado do compartilhamento de ideias, estratégias e técnicas participativas, assim como práticas consolidadas ao longo de anos de experiência do CEDAPS. A tecnologia contempla elementos como diagnóstico participativo

(problematização e identificação de recursos disponíveis), planejamento de intervenções sociais (consensuadas coletivamente e de abrangência diversificada em uma rede de ações locais), sistematização e avaliação de ações locais de intervenção formuladas pelos atores sociais que vivenciam diretamente os problemas identificados. Trata-se de um processo flexível e aplicam-se a diferentes segmentos, cenários e contextos sociais.

A principal característica dos problemas identificados pela Construção Compartilhada é que estes são definidos e priorizados pelos indivíduos e grupos que os vivenciam, e que utilizarão recursos ao seu alcance para solucioná-los. Os ciclos implementados pela metodologia funcionam como uma “incubadora” de ações locais. Permite que os participantes aprendam novas formas de pensar, de priorizar e analisar os problemas de suas comunidades ou organizações, elaborando de forma sistemática projetos de intervenção que solucionem ou contribuam para resolver estes problemas. O resultado são ações práticas e concretas, gerando soluções criativas, que resultam em impactos palpáveis na vida das comunidades. Os participantes sentem-se “autores” dos projetos sociais elaborados e superam a visão de “beneficiários” de um determinado projeto social, estendendo esta vivência aos próprios integrantes de seus grupos de base e a população com a qual pretendem atuar.

O adoecimento crônico, em grande parte os agudos de inúmeras queixas oriundas de diferentes determinantes sociais, encontram interlocutores nos profissionais de saúde. Muitos dos determinantes do processo saúde e doença estão fora do setor saúde e encontram suas causalidades em questões sociais e políticas advindas do contexto. Por outro lado, uma atenção de qualidade pode solucionar cerca de 92% dos problemas apresentados, e desta forma podem ser catalisadores essenciais de políticas públicas mais efetivas, entregando a sociedade pessoas, grupos e comunidades mais saudáveis (MENDES, 2012). Então, por que não trabalhar questões como diabetes, hipertensão, IST, entre outras recorrentes nas unidades por meio de tecnologias e práticas de educação em saúde?

No [quadro 1](#) a seguir, é possível identificar a diversidade das linhas de cuidado e tecnologias e práticas que foram planejadas a partir da oficina. Os resultados desta aplicação em termos quantitativos poderão ser verificados no capítulo 9.

Linhas de Cuidado	Tecnologias e Práticas
Cessaçã do Tabagismo	Mobilização coletiva em espaços da comunidade e de escolas Roda de conversa; Vídeo-debate; Visitas domiciliares
Hipertensão	Vídeos educativos e rodas de conversas nas microáreas com hipertensos e seus familiares Utilizar a dança como estratégia: zumba. A atividade ocorre na quarta feira, no período noturno, juntamente com um professor de educação física. Consulta com classificação do grau de hipertensão Como ferramenta, todo hipertenso receberá os medicamentos com a mesma receita com prazo máximo de 3 meses Caminhadas regulares – grupos dinamizados pelas unidades de saúde
Saúde da Mulher	Grupo de Pilates e relaxamento Propaganda volante pelas áreas da comunidade Divulgação pelas entidades religiosas do município sobre as campanhas de prevenção Encontros educativos com recurso audiovisual (apresentações, vídeos) Utilização de material educativo de apoio - a “Mamamiga” (estrutura de borracha semelhante a uma mama com muitas instruções sobre o autoexame e as possíveis alterações) para demonstração de nódulos e técnicas de autoexames. Campanhas para o Outubro Rosa como forma de intensificar as ações educativas.
Saúde do Idoso	Desfile para os idosos por meio de parceria com o CRASS e a SMS Grupo saúde corpo e mente: o educador físico desenvolve atividade física juntamente com os idosos
Saúde do Homem	Campanhas Novembro Azul; Ginástica Laboral; Roda de Conversa; Conversa sobre higiene íntima; Mobilização para Exames para Prevenção ao Câncer de Próstata
Saúde na Escola	Saúde da escola: através de ações de prevenção e promoção da saúde em parcerias com a escola, de maneira mais regular e bem efetiva; Ações desenvolvidas mensalmente nas escolas através de dramatizações para abordar a saúde. Cuidado com a voz dos professores, em parceria com o NASF, para atuar junto com a fonoaudióloga. Higiene na escola: Apoio com o NASF distribuíram kits de higiene corporal e bucal
Saúde da Gestante	Grupo Vidas Projetadas; Oficinas sobre autocuidado na unidade de saúde; Rodas de conversa realizada na microárea com as gestantes sobre planejamento familiar
Saúde Sexual e Reprodutiva	Farmacêutica realizou palestra na unidade com os métodos da farmácia básica do município para dar orientações do planejamento familiar; Rodas de conversa a cada 15 dias na sala de espera explicando os métodos anticoncepcionais disponibilizados no município; Conversas sobre métodos contraceptivos e saúde sexual e reprodutiva nas consultas de puericultura. Divulgação de atividades para o planejamento familiar realizada durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS.
Saúde da criança	Grupos de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 6 anos em parceria com a Pastoral da Criança (interação da criança no meio familiar e sociedade, fases de desenvolvimento da criança, amamentação etc.) Ações educativas com as crianças e pais sobre: higiene corporal e distribuição de kits de higiene bucal.
Violência no Trânsito	Grupos de orientação, caminhadas e bicicletadas sobre violência no trânsito e contra as drogas.

Fonte: Banco de dados Ciclo Saúde - sistematizados pelas autoras, 2017

No âmbito do Ciclo Saúde 2014 – 2016, o desenvolvimento desta etapa de planejamento de atividades de educação em saúde ocorreu como parte de um processo de formação, muito mais como um “exercício” de planejamento do que uma proposta mais efetiva de criação de novas ações educativas. Para o formato adotado no Ciclo Saúde Minas Gerais, esta etapa se expandiu e passou a contar com um encontro local de planejamento, o qual as etapas foram mais discutidas e trabalhadas pelas equipes. Ainda assim, de modo mais experimental, a diversidade das tecnologias mostrou-se presente, intensificando os atributos de orientação comunitária presentes nos territórios envolvidos, como veremos a seguir no capítulo de avaliação do Ciclo Saúde.

#### Assentamento Califórnia: experiência de sucesso

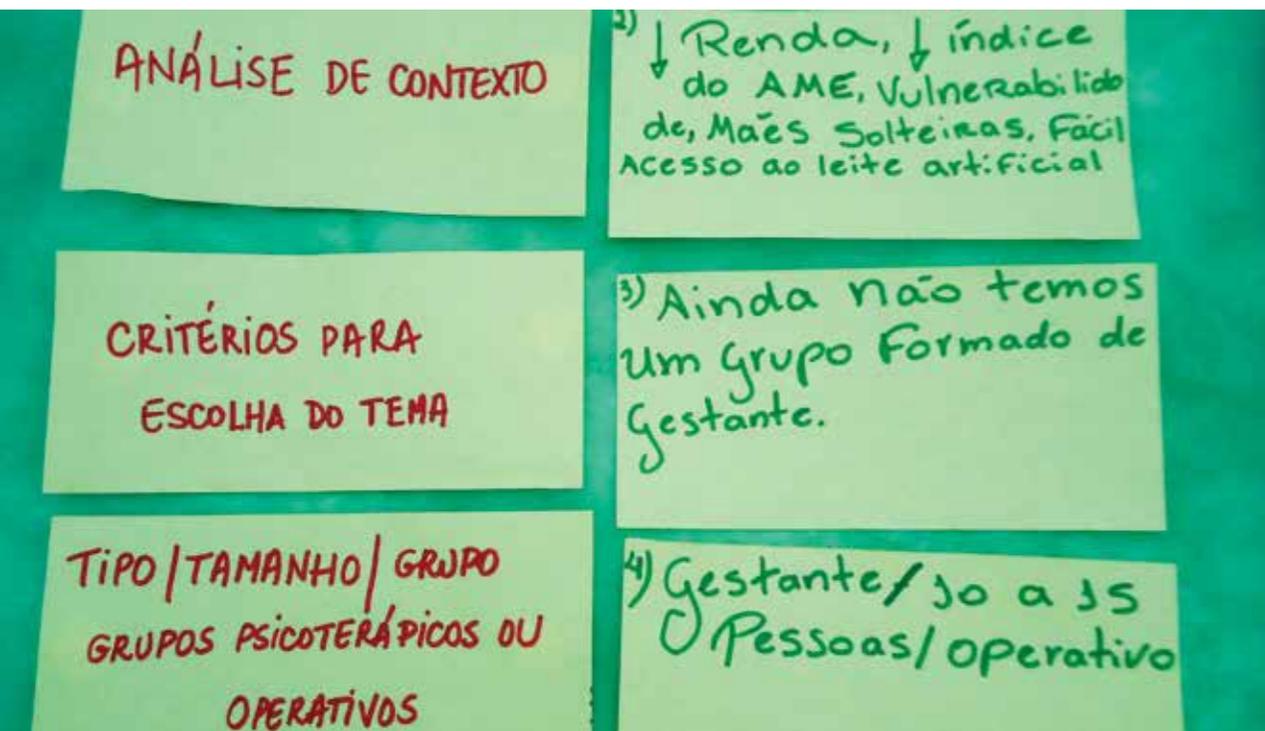
O Ciclo Saúde chegou ao Assentamento Califórnia, no Maranhão, em 2014 com os seguintes objetivos: aperfeiçoar o processo de formação de Agentes Comunitários de Saúde e demais integrantes da equipe da Unidade Básica de Saúde; fortalecer o relacionamento entre a Unidade Básica de Saúde e a comunidade; apoiar a concepção e planejamento de ações comunitárias e intersetoriais para promoção da saúde.

Para isso, além da equipagem da unidade com a entrega de 110 instrumentos divididos entre os eixos Educação em Saúde, Qualidade do Ambiente de Trabalho e Resolutividade da Atenção, foram realizadas cinco oficinas temáticas, totalizando 80 horas de formação, em temas como Política Nacional de Atenção Básica, Mapa territorial, Mobilização Social e Controle Social, Saúde do Idoso, Saúde Ambiental e intersectorialidade.

Todas as formações seguiram a metodologia da Construção Compartilhada de Soluções Locais e serviram de base para o planejamento e a elaboração do Plano de Ação Comunitária e Intersetorial, no qual foram identificados os principais problemas e desafios do território que se converteram em Determinantes Sociais de Saúde. O entendimento da comunidade sobre temáticas específicas do local e o respaldo técnico dos profissionais da Atenção Básica foram fundamentais para o desenvolvimento do controle de social e da participação coletiva na busca por soluções coletivas.

Foram elaborados projetos comunitários, envolvendo diferentes atores sociais, nos temas gravidez na adolescência, violência no trânsito, uso de álcool e drogas, saúde do idoso e alimentação saudável, apoiados tecnicamente pelo Ciclo Saúde, com o uso de tecnologias como rodas de conversa, grupo operativo, e realizados pela própria comunidade, incluindo a parceria unidade de saúde – escola. Esse ciclo de projetos culminou com uma marcha local, mobilizando todo o território, com cartazes e faixas, percorrendo o Assentamento Califórnia com o objetivo de reforçar a conscientização de todos sobre os problemas identificados.

	Situação encontrada em 2013	Situação encontrada em AGO 2015
Infraestrutura	Unidade de Saúde mal iluminada e sem ventilação Falta de mobília e de instrumentais médicos; falta de vigia e auxiliar de limpeza Frequência de atendimento médico e auxiliar de enfermagem	Reforma da Unidade de Saúde Equipe completa com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar de limpeza e vigia (contrapartida da prefeitura para o desenvolvimento do projeto)
Serviço	Não havia serviço de vacinação Atendimento básico por falta de instrumentos (ex. termômetro e aparelho de pressão) Não havia trabalho intersectorial	Realização de campanha de vacinação (realizada em agosto de 2015) Confecção de curativos, medição de pressão, sala de observação - antes, encaminhamento para o hospital de Açailândia Aumento na qualidade do atendimento e da resolutividade Atuação em sinergia dos profissionais de saúde em sinergia com a comunidade Formalização da parceria Unidade de Saúde e escola
Comunidade	Resistente e descontente com o serviço de saúde prestado	Comunidade participativa e desenvolvendo pequenos projetos comunitários para promoção da Saúde (ex. gravidez na adolescência, saúde do idoso e alimentação saudável)



Matriz de ação em Ibirajú



Encontro Municipal de Canaã dos Carajás

## Capítulo 9

### Avaliação do projeto Ciclo Saúde: o que nos dizem os dados

Nerice Ventura  
Alice Natalizi  
Ricardo Mattos

Queiroz (2004) ressalta que um dos principais desafios da gestão social é a inexistência de instrumentos de avaliação para projetos sociais. Igualmente, Fischer et al (2003) descrevem aspectos que identificam os fatores que colaboram na dificuldade dos processos de avaliação. Segundo os autores, não existem ferramentas adequadas para este novo tipo de gestão intersetorial, que difere daquelas próprias de um negócio, e identificam que os processos avaliativos precisam apresentar uma abordagem diversa, envolvendo aspectos qualitativos e quantitativos. Conseqüentemente, relacionado a esta questão, está a definição de indicadores para mensuração e monitoramento dos processos, resultados e impactos dos projetos sociais, que constituem uma das maiores fragilidades desta desafiadora tarefa. Conhecendo as dificuldades e desafios presentes, a Gestão do Projeto Ciclo Saúde, após reuniões e oficinas de trabalho, alinhou os seus objetivos, estabelecendo quais seriam os aspectos estratégicos a serem monitorados durante a execução das atividades propostas.

Há um entendimento de que os serviços de saúde diminuem a exposição a determinados fatores de risco e, neste contexto, sua estrutura e funcionamento associados às redes sociais e comunitárias têm um importante papel na determinação do estado de saúde das populações (COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008). Nesta vertente, Bárbara Starfield (2004) afirma que existe um considerável número de evidências de que a organização dos serviços de saúde, quando baseada numa infraestrutura de Atenção Básica (AB) fortalecida, aumenta a equidade nos serviços de maneira mais efetiva e eficiente. Cabe ressaltar que são as sociedades mais equânimes e com alta coesão social que possuem melhores níveis de saúde e não necessariamente as mais ricas do ponto de vista econômico (COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Ademias, Silva e Almeida Filho (2009) entendem que há uma unanimidade de discursos no setor saúde que consideram importante a elaboração de estratégias que envolvam a busca pela equidade e que, concomitantemente, há uma persistência das desigualdades no mundo, que deixam clara a necessidade de formulação de alternativas para orientar a implementação de políticas públicas. Esses pressupostos guiaram o trabalho da equipe do Projeto Ciclo Saúde. Foram desenvolvidas oficinas com os trabalhadores da AB, com os objetivos de indicar as possíveis repercussões dos processos de trabalho na contribuição da promoção da saúde dos atores envolvidos.

Então, foram estipuladas metas que podem ser enunciadas de acordo com seus eixos de atuação:

- Gestão do Projeto
- Educação Permanente
- Educação em Saúde
- Intersetorialidade

O desenvolvimento desses eixos nas equipes participantes do Projeto Ciclo Saúde considerou a lógica de trabalho neste ponto da atenção como aquela que atenda os usuários em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural de forma que se busque a prevenção e tratamento de doenças, a redução de danos e sofrimento e especialmente, a promoção da saúde, contribuindo

de forma ampla para a produção de vidas mais saudáveis (LAVRAS, 2011). As atividades realizadas no projeto contemplaram discussões que envolveram principalmente, temas relacionados aos eixos “Educação em Saúde” e “Intersetorialidade”. No decorrer do desenvolvimento do projeto, várias reflexões levaram os trabalhadores a apontar formas que possibilitam o cumprimento de tais propósitos. Mecanismos de monitoramento também foram implementados e contribuíram para a análise dos impactos dessas atividades para o cotidiano dos serviços.

O destaque para estes dois se justificam através de informações encontradas na literatura. Bárbara Starfield (2002) considera que a amplitude e a profundidade das interações entre profissionais e usuários na AB as distinguem de outros pontos de atenção à saúde. Nesta perspectiva, Nascimento et al (2010) e Jorge, Souza e Franco (2013) discutem a necessidade de romper com os paradigmas da clínica tradicional para que seja possível instituir ações de promoção da saúde na AB. Esses autores afirmam que há uma premência em produzir ações coletivas, com uma visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado e que aposte na corresponsabilização como mecanismo de estímulo para o compromisso de trabalhadores, familiares e usuários com a produção da saúde (JORGE; SOUZA; FRANCO, 2013).

Já em relação à intersectorialidade, cabe considerar que a integração da AB com demais pontos da rede de serviços é entendida como fundamental para a garantia de serviços que atendam às necessidades mais frequentes e complexas da população (OLIVERIA; PEREIRA, 2013). A superação do desafio de implementação de ações intersetoriais envolve também a participação comunitária apoiada na perspectiva democrática de organização dos serviços de saúde (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014). Este conjunto de ações, por sua vez, possibilita a criação de arranjos com potencial de superar problemas complexos, à medida que diferentes concepções, saberes e práticas passam a compor a agenda cotidiana dos sujeitos envolvidos com o cuidado dos usuários (WARSCHAUER; CARVALHO, 2014).

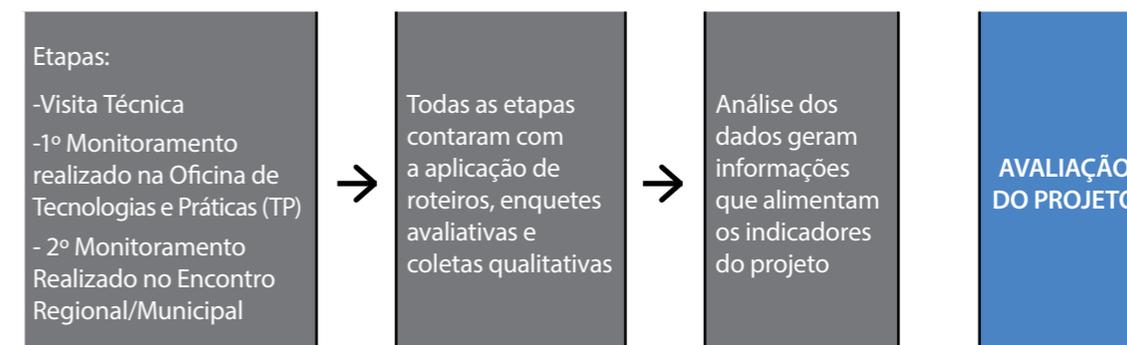
Outrossim, alianças estratégicas entre serviços de saúde, educação, seguridade social, emprego e preservação do meio ambiente influenciam discussões que guiam a formulação de políticas que englobam um amplo espectro possível de atuação sobre os determinantes sociais da saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011). Feuerwerker (2005) ressalta que as articulações intersetoriais têm o potencial de produzir novas tecnologias de cuidado orientadas por um trabalho que atenda às necessidades de saúde dos usuários.

Novas possibilidades de produção do cuidado, considerando os múltiplos fatores que compõem a vida dos sujeitos, surgem do reconhecimento de espaços de troca e diálogo como centrais para a superação do desafio de construção da integralidade no SUS (LOPES *et al*, 2016). As principais contribuições do Projeto Ciclo Saúde atentam neste exercício e reforçam neste contexto a importância do desenvolvimento de coletivos fortalecidos como aposta estratégica para fomentar políticas de promoção da saúde. O esforço empreendido para a elaboração dos resultados do Projeto Ciclo Saúde considerou a diversidade de situações encontradas e, ao mesmo tempo, procurou apontar possíveis rumos para aprimorar o processo de trabalho das equipes de atenção básica num contexto que atenda os interesses da diversidade de atores envolvidos no processo de cuidado em saúde e que tenha como foco primordial o atendimento integral à população.

O presente capítulo tem o objetivo de apresentar os resultados do Projeto Ciclo Saúde através da análise de seus indicadores, metas e aspectos qualitativos dos resultados coletados durante o processo de monitoramento. Os dados que subsidiaram os resultados aqui demonstrados foram coletados entre maio 2014 e dezembro de 2017.

O processo de monitoramento do Projeto Ciclo Saúde contou com a coleta de dados em 3 etapas: visita técnica, 1º monitoramento (realizado durante a Oficina de Tecnologias e Práticas) e 2º e último monitoramento realizado no Encontro Regional.

### Avaliação dos serviços de saúde



O monitoramento efetivo das ações de um projeto é o processo contínuo de acompanhamento do mesmo a partir dos seus indicadores e metas. A partir deste processo é possível: planejar projetos convergentes às necessidades de cada território; realizar análises de estratégias e ajustes de rumos; promover a aprendizagem coletiva nos mais variados níveis de atuação dos projetos; responsabilizar os parceiros e atores envolvidos; e, ampliar o alcance de seus impactos. No que diz respeito à avaliação dos serviços de saúde, DONABEDIAN (1980) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas:

- **ESTRUTURA** - recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada.
- **PROCESSO** - atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo.
- **RESULTADO** - produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui normativas que permitem avaliar e monitorar os serviços de saúde, onde merecem destaque a Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2015) e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008) estabelece como ação, na dimensão Regulação da Atenção à Saúde, a avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários. Essa Política foi reformulada através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) (BRASIL, 2015), onde o conceito de avaliação é configurado como uma das etapas fundamentais para a revisão e reorientação das trajetórias percorridas na execução das ações de saúde. Avaliar eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, a vulnerabilidades, ao acesso e à satisfação dos cidadãos torna-se ferramenta imprescindível na incorporação do Planejamento para o aperfeiçoamento do Sistema. A PNASS trabalha frente às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido (PNASS).

Um importante avanço para a Atenção Básica foi a implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que tem como objetivo primordial incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe-se um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (PORTAL SAÚDE, 2017).

Para o 3º Ciclo do PMAQ, o Ministério da Saúde definiu os Padrões Essenciais que são aqueles relacionados às condições mínimas de acesso e qualidade que as equipes de Atenção Básica devem ofertar aos usuários. Caso a equipe contratualizada não alcance todos os padrões essenciais de qualidade, ela será automaticamente certificada com desempenho ruim. No 2º Ciclo do PMAQ, os aspectos elencados nos Padrões Essenciais do 3º Ciclo também foram abordados, porém de forma mais transversal. A seguir, no quadro 1, relacionamos a atuação do Projeto Ciclo Saúde com o PMAQ e seus Padrões Essenciais do 3º Ciclo. De acordo com as informações deste quadro, das 7 (sete) categorias dos Padrões Essenciais, o Projeto atuou diretamente em 5 (cinco).

E finalmente, inspirado no marco conceitual de DONABEDIAN, nas normativas do SUS e em especial aquelas estabelecidas pelo PMAQ, a Gestão do Projeto Ciclo Saúde elencou seis (6) indicadores para monitoramento da execução do projeto (quadro 2). Para tal, foi primordial a estruturação de um Sistema de Informação próprio denominado Sistema de Informação do Ciclo Saúde, que permitiu sistematizar os resultados, propiciando a análise e a avaliação permanente e sistemática do projeto.

**Quadro 1 - Padrões Essenciais para as Equipes de Atenção Básica, segundo o 3º Ciclo do PMAQ e atuação do Projeto Ciclo Saúde**

Categoria	Padrão Essencial de Acesso e Qualidade	Questões no Instrumento	Atuação do Projeto Ciclo Saúde	
			Conteúdo	Atividade
Territorialização e População de Referência	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência.	A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência (áreas de risco, barreiras geográficas, grupo de maior risco e vulnerabilidade)?	Territorialização; Determinantes sociais de saúde; Conceito ampliado de saúde; Promoção da Saúde; Ações Intersetoriais e em redes sociais.	Mapa Falante Vídeo “Ilha das Flores” Painel de Percepções Barreiras e Facilitadores
Equipamentos	Presença dos seguintes equipamentos: Aparelho de Pressão Adulto, balança 150 kg e infantil, estetoscópio adulto, régua antropométrica infantil, geladeira de vacina.	Destes equipamentos, quantos estão em condição de uso?	Doação de equipamentos e materiais	
Procedimentos realizados na Atenção Básica	Retirada de pontos Nebulização/ inalação Medicações injetáveis intramusculares	Retirada de pontos Nebulização/inalação Curativos Medicações injetáveis intramusculares	Processo de trabalho, organização de agenda, acolhimento; Entrega de equipamentos e materiais que em alguns casos, contribuíram para a realização destes procedimentos.	Discussão sobre processo de trabalho, organização de agenda, acolhimento.
Acolhimento à Demanda Espontânea	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea.	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea?	Acolhimento e humanização	Dinâmica da bolinha
Atenção à Saúde	Realização de coleta do exame citopatológico; Consulta de pré-natal; Cuidado de pessoas com hipertensão e diabetes.	Realiza a coleta do exame citopatológico? A equipe realiza consulta de pré-natal? A equipe cuida de pessoas com hipertensão? A equipe cuida de pessoas com diabetes?	Organização do processo de trabalho frente aos Ciclos de Vida (saúde da mulher, saúde da criança); Doenças não transmissíveis: promoção e prevenção; Tecnologias e práticas.	Roda de conversa sobre os temas; Planejamento de atividades educativas;

Horário de Funcionamento	A Unidade Básica de Saúde funciona 40 horas	Esta unidade funciona quais dias na semana (exceto em campanhas e mutirões)?	Não teve atuação direta do projeto.
Materiais e Insumos	Presença dos itens: Espéculo, Espátula de Ayres, Fixador de lâmina, Escovinha endocervical, Lâmina de vidro com lado Fosco, Porta-lâmina ou Frasco plástico com tampa para lâmina	Presença dos seguintes itens: Espéculo, Espátula de Ayres, Fixador de lâmina, Escovinha endocervical, Lâmina de vidro com lado Fosco, Porta-lâmina ou Frasco plástico com tampa para lâmina.	Não teve atuação direta do projeto.

**Quadro 2: Indicadores, metas e resultados do Projeto Ciclo Saúde**

GESTÃO DO PROJETO						
Indicador Sintético	Indicadores analíticos	Frequência de monitoramento	Meios de verificação	Métodos de Cálculo	Meta	Resultado
1. Estrutura Física na Atenção Básica	Número de equipamentos e materiais entregues nas Unidades Básicas de Saúde contempladas com o Projeto Ciclo Saúde	Após conclusão de todas as entregas	Termos de doações e entregas assinados	(Número de unidades de saúde que receberam a totalidade de itens previstos do termo de cooperação / Total de unidades do projeto) x 100	100% das unidades com materiais entregues conforme termo de cooperação	$(31/31) \times 100 = 100\%$
2. Atividades previstas no projeto Ciclo Saúde	Número de atividades do projeto Ciclo Saúde realizadas	Indicador monitorado mensalmente de acordo com cronograma. Para cálculo da meta, deverá ser avaliado ao final do projeto	Relatórios de todas as atividades previstas na base metodológicas	(Número de atividades realizadas / Total de atividades previstas na base metodológica no projeto) x 100	100% das atividades realizadas	$(96/96) \times 100 = 100\%$

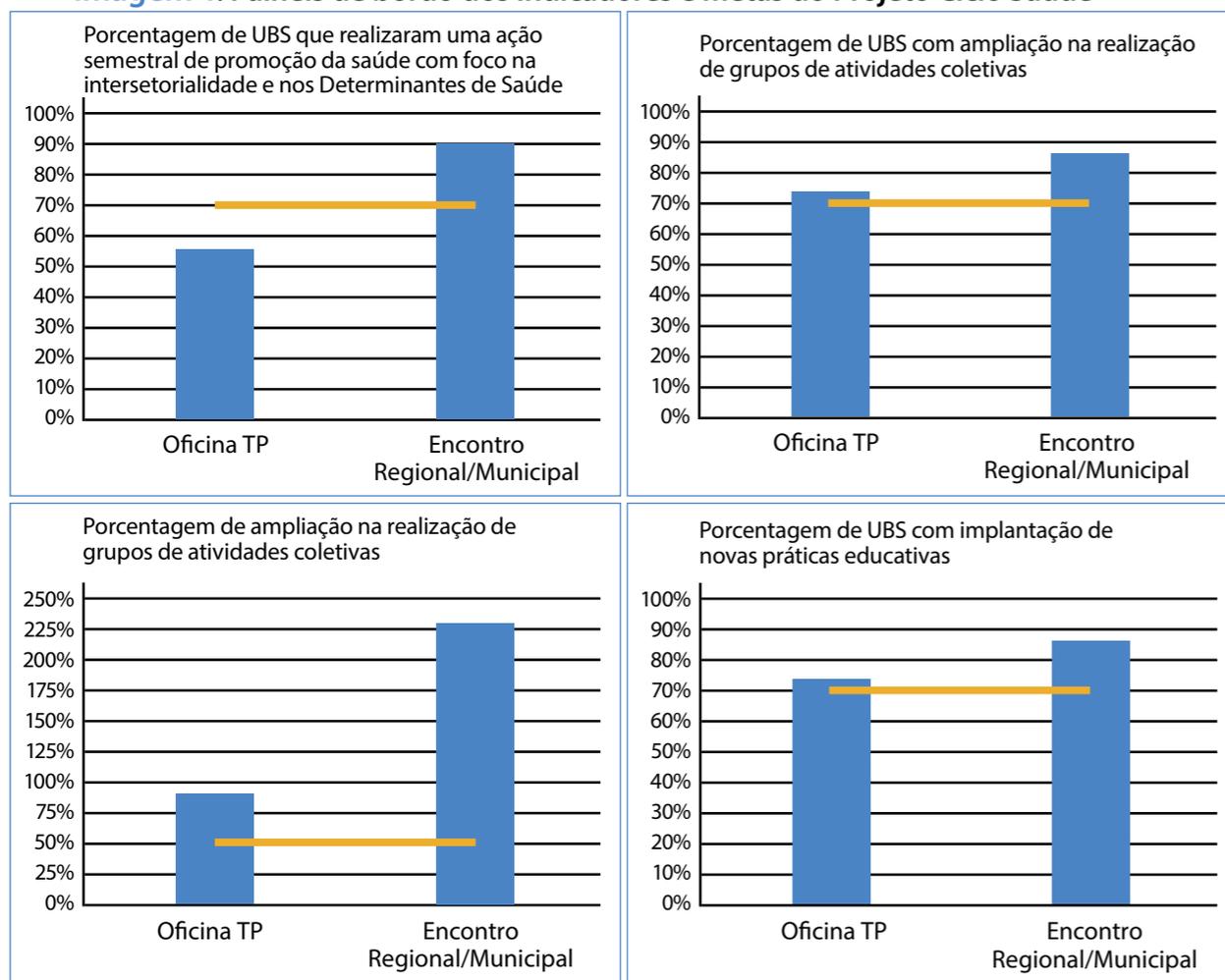
EDUCAÇÃO PERMANENTE						
Indicador Sintético	Indicadores analíticos	Frequência de monitoramento	Meios de verificação	Métodos de Cálculo	Meta	Resultado
3. Ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde participantes do projeto em temas como: PNBA, promoção da saúde, DSS, etc	Profissionais com conhecimento ampliado	Durante as oficinas 2	Através das avaliações das oficinas 2	Número de participantes da Oficina 2 com o conhecimento ampliado / Total dos participantes da Oficina 2 x 100 Substituído por: Média dos 5 itens estratégicos avaliados durante as atividades do projeto (2 itens na oficina TP + 3 itens da avaliação coletiva)	80% dos profissionais de saúde participantes do projeto com conhecimento ampliado nos temas como: PNBA, promoção da saúde, DSS, etc	$(100 + 100 + 85 + 79 + 79) / 5 \times 100 = 89\%$

EDUCAÇÃO EM SAÚDE						
Indicador Sintético	Indicadores analíticos	Frequência de monitoramento	Meios de verificação	Métodos de Cálculo	Meta	Resultado
4. Realização de ações coletivas conforme as Tecnologias e Práticas do projeto	Ampliação da realização de ações coletivas conforme as Tecnologias e Práticas do projeto	Nas oficinas 2 e nos Encontros Locais/ Municipais/ Regionais	Roteiro de Monitoramento	Número de atividades coletivas ampliadas / Número de atividade coletivas realizadas no momento da visita técnica x 100	50% de atividades coletivas ampliadas	$(140/61) \times 100 = 229\%$
		Nas oficinas 2 e nos Encontros Locais/ Municipais/ Regionais	Roteiro de Monitoramento da Oficina 2 e dos encontros	Total de unidades com atividades coletivas ampliadas / Total de UBS x 100	Ampliar pelo menos uma atividade coletiva em 70% das Unidades Básicas de Saúde	$(27/31) \times 100 = 87\%$
5. Incorporação de novas práticas de ações coletivas nas unidades de saúde	Número de novas práticas de acordo com as Tecnologias e Práticas do projeto	Nas oficinas 2 e nos Encontros Locais/ Municipais/ Regionais	Roteiro de Monitoramento da Oficina 2 e dos encontros	(Número de unidades de saúde com novas práticas implantadas / Número de unidades de saúde) x 100	40% das unidades de saúde com novas práticas implantadas	$(27/31) \times 100 = 87\%$

INTERSETORIALIDADE						
Indicador Sintético	Indicadores analíticos	Frequência de monitoramento	Meios de verificação	Métodos de Cálculo	Meta	Resultado
6. Realização de ações de promoção da saúde intersetoriais	Número de Ações de promoção da saúde intersetoriais	Nas oficinas 2 e nos Encontros Locais/ Municipais/ Regionais	Roteiro de Monitoramento da Oficina 2 e dos encontros	(Número de unidades que realizaram pelo menos 1 (uma) ação intersetorial a partir do Encontro do Plano de Metas / total de unidades de saúde participantes do projeto) x 100	1 (Uma) ação de promoção da saúde intersetorial no período avaliado em 70% das unidades de saúde de atuação do projeto	(28/31) x 100 = 90%

A **imagem 1** apresenta o antes (durante a oficina de TP) e depois (Encontro Regional realizado com as unidades) das práticas de promoção de saúde e incorporação de novas práticas educativas durante o Projeto.

**Imagem 1: Painéis de bordo dos indicadores e metas do Projeto Ciclo Saúde**



### Eixo Gestão do Projeto

Esse eixo de atuação do Projeto Ciclo Saúde buscou avaliar o andamento da execução das atividades previstas do Termo de Referência. A gestão do projeto realizou reuniões periódicas com o objetivo de avaliar o cumprimento das metas propostas.

### Indicador sintético 1. Estrutura Física na Atenção Básica

A meta 1 pode ser considerada como cumprida em 100%, uma vez que das 31 unidades de saúde com previsão de entrega de materiais e equipamentos, todas receberam estes itens conforme o cronograma pactuado. Foram entregues 761 equipamentos e mobiliários que promoveram melhorias das condições de trabalho, o aumento da resolutividade da atenção à saúde permitindo assim, a melhoria dos atendimentos prestados à comunidade. Alguns exemplos de relatos e depoimentos:

- As UBS que receberam DVDs e TVs começaram a realizar vídeos-debates utilizando materiais do MS e vídeos da pasta Ação Saúde (FV);
- UBS que nunca realizaram exames preventivos iniciaram esse procedimento após a chegada das macas ginecológicas. Vale lembrar que o número de exames preventivos realizados é uma meta dos municípios junto ao MS (Pacto/COAP);
- Os usuários também foram diretamente beneficiados devido a melhorias nas salas de espera das UBS (ventilação, cadeiras, longarinas);
- Algumas UBS passaram a realizar de forma mais efetiva o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças após a doação de balanças. Esse equipamento também melhorou o acompanhamento das famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família;

- Após a doação de geladeiras, caixas térmicas e climatizadores, UBS que nunca fizeram ações de vacinação passaram a realizar essa atividade, melhorando o acesso da comunidade a esse serviço que é considerado básica no escopo de atuação da ESF;
- A enfermeira de uma unidade relatou que no geral a organização e a aparência da unidade, com os novos equipamentos, transmitem ao usuário um maior cuidado com o ambiente, além disso facilitou na limpeza, o que se torna indispensável a uma unidade de saúde. Relata ainda que no passado ganharam um aparelho de ar condicionado, porém não foi possível instalar por falta de capacidade de energia e com isso a chegada dos climatizadores ajudou no conforto do ambiente. E quanto às cadeiras melhoria de acomodação dos usuários na sala de espera e dos profissionais que sentavam em macas ou em cadeiras escolares. No geral, houve melhoria quanto à estética e com isso satisfação no processo de trabalho da equipe.

Ainda em relação à doação de equipamentos e mobiliários, os participantes do projeto preencheram a avaliação final durante os Encontros Regionais/Municipais, que apresentou o seguinte resultado:

- 81% concordaram plenamente e 19% concordaram parcialmente que o recebimento dos equipamentos e mobiliários melhoraram as condições de trabalho dos profissionais da unidade;
- 79% concordaram plenamente e 21% concordaram parcialmente que houve melhoria e ampliação dos procedimentos realizados nas unidades devido ao recebimento dos materiais;
- 87% concordaram plenamente e 13% concordaram parcialmente que os materiais recebidos melhoraram a qualidade dos atendimentos prestados à comunidade;
- 71% Concordaram plenamente e 29% concordaram parcialmente em relação a ampliação das atividades de educação em saúde devido aos materiais para salas de esperas, vídeos-debate, oficinas etc.

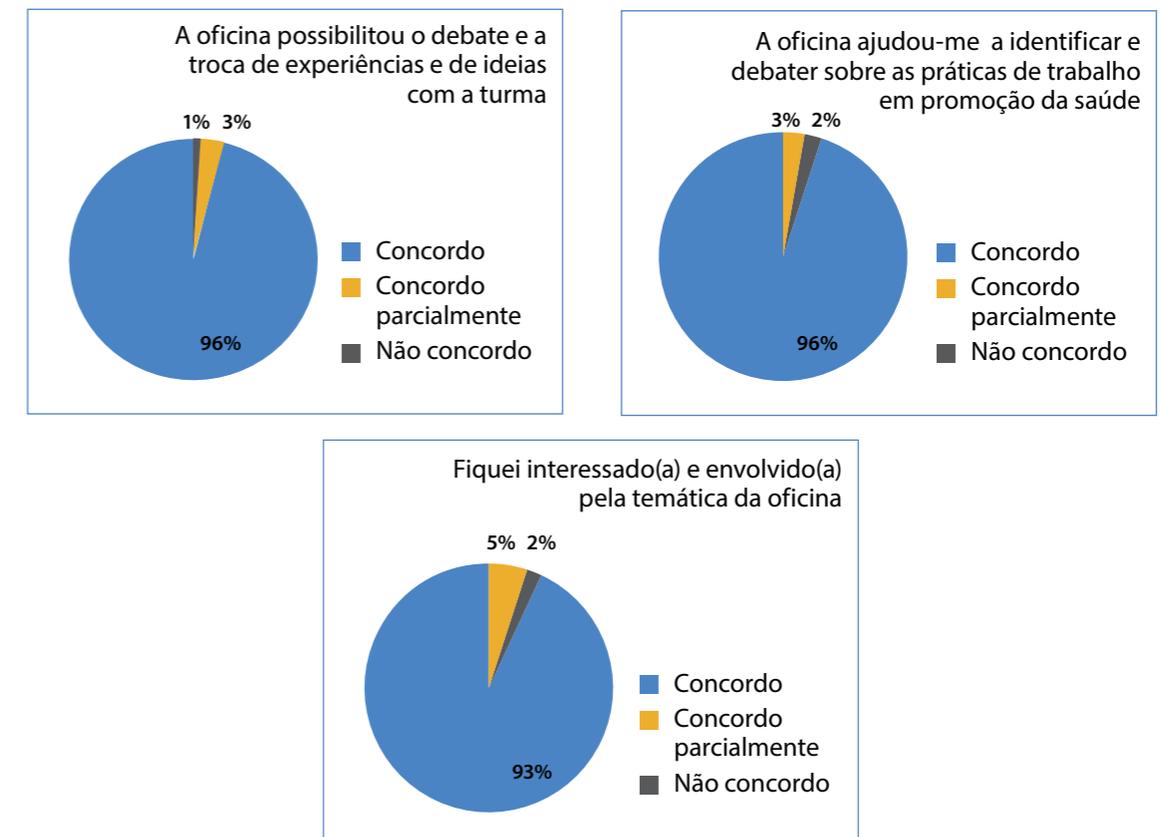
## Indicador sintético 2. Atividades previstas no projeto Ciclo Saúde

Meta cumprida em 100%, pois todas as atividades previstas no projeto foram realizadas, conforme cronograma de execução. Foram realizadas 34 Visitas técnicas, 57 oficinas (31 oficinas básicas e 26 oficinas de tecnologias e práticas) e 5 Encontros, sendo 2 Municipais (Canaã e Açailândia) e 3 Regionais, que envolveram os demais municípios do projeto. As atividades contemplaram 914 profissionais de saúde das 31 unidades de saúde existentes nos 21 municípios.

## Avaliação das Oficinas e Atividades

A seguir, demonstramos a representação gráfica do consolidado das avaliações das oficinas realizadas nos anos de 2014 e 2015. Em termos gerais, podemos os resultados demonstram que 91% dos participantes aprovaram os itens avaliados sobre a qualidade das oficinas.

### Imagem 2: Gráficos com representação das avaliações feitas pelos participantes do projeto em relação às oficinas:



## Eixo Educação Permanente

**Indicador sintético 3.** Ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde participantes do projeto em temas como PNBA, promoção da saúde, DSS, etc.

A gestão do projeto considerou como conhecimento ampliado: acesso a leituras, exposições dialogadas de consultores especialistas e dinâmicas interativas sobre o tema, como por exemplo, a percepção do participante de que a oficina “ajudou a identificar e debater sobre as práticas de trabalho em Promoção da Saúde” e demais perguntas que possam identificar e/ou reforçar outras percepções dos participantes. Essa meta foi atingida uma vez que a média de concordância das avaliações atingiu 89%.

Ao final das atividades foram aplicadas enquetes avaliativas. A seguir, o quadro 4 demonstra alguns dos resultados apurados na oficina de tecnologias e práticas (oficina 2):

**Quadro 4: Consolidado dos itens estratégicos avaliados pelos profissionais após a participação na Oficina de Tecnologias e Práticas:**

Pergunta avaliada	Concordo totalmente	Discordo	Participantes que demonstraram estar mais preparados para o processo de trabalho e a realização de atividades coletivas após a oficina
A oficina me possibilitará ampliar a realização de ações educativas na minha unidade / comunidade	88%	0%	100%
Após a oficina, você se sente mais preparado para realizar ações educativas e coletivas na sua unidade / comunidade	94%	0%	100%

### Avaliação Coletiva (tabulação de dados):

Consiste em marcar com as etiquetas verdes as respostas das perguntas sobre os encontros do projeto e as oficinas que estão em cada coluna, proporcionando aos participantes a chance de opinar sobre o aprendizado e visualizar a opinião geral do público sobre as mesmas questões. Essa estratégia foi utilizada nos Encontros Regionais/Municipais do projeto.



### Resultados da Avaliação Coletiva:

A avaliação coletiva demonstrou que, em média, **85% dos presentes concordaram que a participação no Ciclo Saúde:**

- Melhoraram seus níveis de desempenho no trabalho;
- Possibilitaram acesso e estímulo a buscar mais conhecimento;
- Proporcionou mais motivação para as atividades na unidade;
- Os estimularam a trabalhar mais em equipe e conhecer melhor meus parceiros de trabalho;
- Apresentaram as tecnologias para trabalhar mais com a comunidade e com os grupos e organizações locais;
- Os ajudaram a desenvolver, criar e aperfeiçoar mais ações de educação em saúde;
- Possibilitaram reconhecer que a intersectorialidade é importante e fundamental para a promoção da saúde e ainda que seja um desafio deve ser desenvolvida.

Avaliação  
coletiva

1. Novos conhecimentos adquiridos através do Ciclo Saúde:			
Afirmativas	Concordo Plenamente	Concordo Parcialmente	Discordo
1.1 Promoção da Saúde é diferente de Prevenção de Doenças			
1.2 Promoção da Saúde requer ações fora da unidade, junto a comunidade e a outras organizações e setores (intersectorialidade)			
2. Leia e avalie as afirmativas abaixo. A participação no Ciclo Saúde:			
Afirmativas	Concordo Plenamente	Concordo Parcialmente	Discordo
2.1 Melhoraram meus níveis de desempenho no trabalho			
2.2 Possibilitaram acesso e estímulo a buscar mais conhecimento			
2.3 Me deu mais motivação para as atividades na unidade			
2.4 Me estimularam a trabalhar mais em equipe e conhecer melhor meus parceiros de trabalho			
2.5 Me apresentaram tecnologias para trabalhar mais com a comunidade e com os grupos e organizações locais			
2.6 Me ajudaram a desenvolver, criar e aperfeiçoar mais ações de educação em saúde			
2.7 Me possibilitou reconhecer que a intersectorialidade é importante e fundamental para a promoção da saúde e ainda que seja um desafio deve ser desenvolvida.			
3. Sobre a doação de equipamentos e mobiliários:			
Afirmativas	Concordo Plenamente	Concordo Parcialmente	Discordo
3.1 Melhoraram as condições de trabalho dos profissionais da unidade			
3.2 Melhoraram e ampliaram os procedimentos realizados			
3.3 Melhoraram a qualidade dos atendimentos prestados à comunidade			
3.4 Melhoraram e ampliaram as atividades de educação em saúde (salas de esperas, vídeos-debate, oficinas etc)			

Além dos itens elencados acima, a avaliação coletiva demonstrou que através da participação nas oficinas do projeto, 79% dos participantes:

- Conheceram a diferença entre promoção da saúde e prevenção de doenças através do projeto e;
- Alinharam o conceito de intersectorialidade no âmbito da promoção da saúde, com ênfase na articulação comunitária.

E ao final do projeto, os participantes escolheram uma palavra que representasse o sentimento de cada em relação ao Ciclo Saúde, sendo que a palavra mais escolhida foi conhecimento/aprendizagem com 90% e humanidade / união com 10%.

### Eixo Educação em Saúde

**Indicador sintético 4.** Realização de ações coletivas conforme as Tecnologias e Práticas do projeto

**Indicador sintético 5:** Incorporação de novas práticas de ações coletivas nas unidades de saúde

Um dos principais objetivos do projeto Ciclo Saúde é ampliar o conhecimento das equipes de atenção básica sobre metodologias e práticas coletivas voltadas para educação em saúde (grupos, consultas coletivas, grupos terapêuticos, rodas de conversa, vídeo, grupos educativos e outros), gerando oportunidades de planejamento conjunto para as equipes. Este objetivo foi fomentado a partir das Oficinas de Tecnologias e Práticas descritas e analisadas no capítulo 8.

Conforme detalhado no [quadro 2](#), a Gestão do Projeto estipulou 3 (três) metas relacionadas diretamente à ampliação da oferta das atividades coletivas. Os dados coletados no monitoramento do projeto demonstraram que:

- A realização de atividades coletivas pelas equipes de saúde ampliou em 229% (de 61 para 201), representando que cento e quarenta (140) novas tecnologias e práticas foram incorporadas no processo de trabalho das equipes de atenção básica.
- Das 31 unidades participantes, 87% (27) ampliaram a oferta de atividades coletivas e conseqüentemente apresentaram novas práticas implantadas no decorrer do projeto.

## Eixo Intersetorialidade

**Indicador sintético 6.** Realização de ações de promoção da saúde intersetoriais

A análise dos resultados demonstra que 90% das unidades participantes do projeto realizaram ao menos 1 (Uma) ação de promoção da saúde intersetorial durante o monitoramento realizado nos Encontros Municipais/Regionais. Foram consideradas ações intersetoriais, atividades (atividades educativas, reuniões, discussão de caso, atendimento/encaminhamento de demandas, etc). em parceria com a, sociedade civil, instituições do controle social, outros órgãos governamentais e não governamentais.

## Outros Resultados

### Sistematização de Experiências e Boas Práticas Registro e Produtos das Oficinas:

- 80 Relatórios de visitas técnicas e oficinas produzidos;
- 62 relatórios de monitoramento e check dos instrumentos;
- Sistematização dos produtos (caderno de perguntas, promoção x prevenção, saúde x doença, etc).

### Produção Técnica e Científica:

- 64 informes técnicos produzidos;
- 7 boletins informativos;
- Registro de Cursos Livres em currículo Lattes;
- Aprovação de Resumos em **Congressos**;
  - Congresso de Saúde Coletiva – Abrasco;
  - Simpósio de Tecnologias Sociais;
  - Congresso Mundial de Promoção da Saúde (Produção de Caderno Temático);
- Publicação de Análises e Relatos de Experiência – 2016;
- Publicação de Artigos em Revistas Científicas.

## Análise qualitativa dos relatórios produzidos

A análise qualitativa de todo material produzido também permitiu identificar aspectos comuns para as equipes de atenção básica e, assim, foi possível sistematizar recomendações para o aprimoramento da gestão e das práticas em saúde, que podem ser importante subsídio para os diferentes investimentos e parcerias que venham a ser necessários, sempre visando à melhoria da atenção à saúde e organização das redes de atenção à saúde no município.

### Recomendações para qualificação do processo de trabalho:

- É necessário continuar ampliando a oferta de atividades coletivas, especialmente para o grupo de jovens;
- É preciso melhor definir os papéis e responsabilidades das Equipes de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- Fortalecer a intersetorialidade, estabelecendo parcerias concretas com as demais políticas públicas e a sociedade civil, em especial, a Educação e Assistência Social;
- Implantar o matriciamento em saúde mental na atenção básica para garantir o atendimento básico aos usuários de álcool e outras drogas e dos portadores de sofrimento mental;
- Implantar as reuniões de equipe, analisando a viabilidade de criar o colegiado gestor, conforme preconizado na Política Nacional de Humanização, garantindo a participação de toda a equipe;
- Organizar o processo de trabalho das equipes, garantindo condições de trabalho na unidade básica, visando apresentar ofertas de abordagem de situações comuns no acolhimento à demanda espontânea, respeitando o princípio da equidade.

Como parte essencial da avaliação do projeto Ciclo Saúde, a coleta e organização de **depoimentos dos participantes das oficinas** por meio de entrevistas breves e de registros nas fichas de avaliação ao término das atividades. A seguir foram categorizados os

depoimentos expressos em exemplos que nos permitem acompanhar os efeitos qualitativos do projeto, a partir da percepção registrada pelos participantes.

O Ciclo Saúde como **espaço de troca entre as equipes de Atenção Básica**. Em alguns municípios, o projeto se apresentou como um dos primeiros momentos de aprendizado coletivo das equipes. Um espaço também para a troca entre os profissionais e a gestão local.

*“Essa oficina foi muito importante, pois me possibilitou trocar experiências com colegas, me ensinar várias coisas que eu não sabia e agora me sinto preparada para realizar diversos projetos na minha comunidade. A oficina foi muito proveitosa, voltem mais”.*

*“A oficina é de grande valia, pois a partir dela podemos interagir com os coordenados que com suas experiências nos ajudam a avaliar o nosso trabalho e também onde precisamos melhorar”.*

**Ampliar a compreensão sobre os papéis e atribuições na Equipe Saúde da Família.**

*“Eu me sentia inferiorizada, sem importância no processo de trabalho, depois da dinâmica do Rio da Vida passei a conhecer mais os colegas de trabalho e a entender suas posturas, passei a entender melhor a importância dos ACS.”*

*“O Ciclo Saúde veio trazer um incentivo a mais para mim, mostrou que trabalhar com saúde pode ser de maneira leve, com dinâmicas, sem perder o foco e a qualidade. Ensinou-me de certa forma, a realizar minha ideia e minha opinião sem deixar de lado as que me são apresentadas pela equipe. Gostei!”*

Uma estratégia de formação com **alto potencial de multiplicação no contato do profissional com as famílias e a comunidade**, capaz de qualificar as ações de educação em saúde implementadas.

*“A oficina edifica, orienta e transfere grande aprendizado, que precisa ser praticado no município para melhor a da saúde”.*

*“A oficina me possibilitou uma troca de experiências e ideias, além de ter me mostrado formas para melhorar as ações educativas já realizadas na unidade”.*



**Os recursos de apoio pedagógico utilizado** – presencial e a distância – foram destacados como meio de proporcionar a continuidade do processo formativo.

*“A oficina possibilitou troca de experiências muito gratificantes. Foi muito interessante conhecer o Ambiente Virtual de Aprendizagem. Estaremos após essa oficina com um compromisso de realizar nosso plano de ação que foi desenvolvido para a nossa comunidade”;*

*“Os vídeos temáticos que vimos e ganhamos na pasta verde para sala de espera, são fundamentais para a sala de espera e outras atividades”*

E por fim, os depoimentos trazem **aspectos positivos sobre o projeto** e sua importância para os municípios em que se insere.

*“O Ciclo Saúde trouxe mais conhecimento e parcerias, ideias para o trabalho e para vida, embora precise de uma alavanca para se expandir mais. É preciso ter a percepção que as equipes precisam se unir mais e dividir esses aprendizados e sempre inovar. A vocês, obrigado por proporcionar isso e continuem esta jornada que tem muito a percorrer por este Brasil afora. Trabalho bonito que deveria ser mais reconhecido e expandido. Obrigado!”*

## ANEXO - Resultados por unidade de saúde

**Quadro 5 - Monitoramento dos Eixos Educação e Saúde e Intersetorialidade:**

Unidade de Saúde	Município	Eixo Educação em Saúde					Eixo: Intersetorialidade	
		Atividades coletivas realizadas na visita técnica	Atividades coletivas realizadas na Oficina de TP	Nº de Atividades coletivas realizadas no Encontro Municipal	Ampliou Atividade coletiva		Realizou pelo menos 1 ação de promoção da saúde realizadas com foco na intersectorialidade e nos Determinantes de Saúde	
					VT-TP	VT-Enc/TP	Na oficina de TP	No encontro municipal
1.UBS Capoeirana	Nova Era	3	4	17	Sim	Sim	Não	Sim
2.UBS Pedra Corrida	Periquito	2	4	9	Sim	Sim	Sim	Sim
3.UBS Bocaina	Antônio Dias	1	5	-	Sim	Sim (TP)	Sim	Sim (TP)
4.UBS Barra do Cuite	Conselheiro Pena	1	4	3	Sim	Sim	Sim	Sim
5.UBS Francisco Cesário	Tumiritinga	SI	3	22	-	Sim	Sim	Sim
6.UBS Ipabinha	Santana do Paraíso	2	5	7	Sim	Sim	Não	Sim
7. UBS Florária	Santa Bárbara	6	12	-	Sim	Sim (TP)	Sim	SIM TP
8. UBS Manoel Rufino	Ibiraçu	4	5	5	Sim	Sim	Não	Sim
9. UBS Nova Canaã	Cariacica	4	5	9	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>SUBTOTAL</b>		<b>23</b>	<b>47</b>	<b>72</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>9</b>
10. UBS Vila Ildemar	Açailândia	1	0	4	Não	Sim	Não	Sim
11. UBS Pequiá		0	0	4	Não	Sim	Sim	Sim
12. UBS EMP	Canaã dos Carajás	3	4	3	Sim	Não	Não	Sim
13. UBS Park Shalon		3	4	-	Sim	Sim (VT-TP)	Não	Não (TP)
14. UBS Nova Jerusalem		3	5	3	Sim	Não	Sim	Sim
15. UBS Novo Brasil		3	5	5	Sim	Sim	Sim	Sim
16. UBS Realino Pereira		3	4	5	Sim	Sim	Não	Sim
17. UBS Adelina de Jesus		4	7	4	Sim	Não	Não	Sim
18. UBS Novo Horizonte		2	4	5	Sim	Sim	Sim	Sim
19. UBS CEREDE		0	3	-	Sim	Sim (VT-TP)	Sim	Sim (TP)
20. UBS Serra Sul		0	0	1	Não	Sim	Não	Não
21. UBS Bom Jesus		2	4	4	Sim	Sim	Não	Sim
<b>SUBTOTAL</b>		<b>24</b>	<b>40</b>	<b>38</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>10</b>

Unidade de Saúde	Município	Eixo Educação em Saúde					Eixo: Intersetorialidade	
		Atividades coletivas realizadas na visita técnica	Atividades coletivas realizadas na Oficina de TP	Nº de Atividades coletivas realizadas no Encontro Municipal	Ampliou Atividade coletiva		Realizou pelo menos 1 ação de promoção da saúde realizadas com foco na intersectorialidade e nos Determinantes de Saúde	
					VT-TP	VT-Enc/TP	Na oficina de TP	No encontro municipal
22. UBS Sanitária de Cristal	João Neiva	2	5	13	Sim	Sim	Sim	Sim
23. UBS ESF 1	Fundão	3	0	8	Não	Sim	Sim	Sim
24. UBS Amélia Cotta Hosken	Catas Altas	3	2	-	Não	Não (TP)	Não	Não (TP)
25. UBS Bicas	Rio Piracicaba	0	5	-	Sim	Sim (TP)	Sim	Sim (TP)
26. UBS Barra do Manhuaçu	Aimorés	3	4	15	Sim	Sim	Sim	Sim
27. UBS Dr. Silvio Leal	Resplendor	0	7	9	Sim	Sim	Sim	Sim
28. UBS Mangueiras	Coronel Fabriciano	0	1	8	Sim	Sim	Sim	Sim
29. UBS José Galdino	Belo Oriente	0	0	12	Não	Sim	Não	Sim
30. UBS Mascarenhas	Baixo Guandu	3	3	6	Não	Sim (TP)	Sim	Sim
31. UBS Neitzel	Itueta	0	2	20	Sim	Sim	Não	Sim
<b>SUBTOTAL</b>		<b>14</b>	<b>29</b>	<b>91</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>9</b>
<b>TOTAL</b>		<b>61</b>	<b>116</b>	<b>201</b>	<b>23</b>	<b>27</b>	<b>18</b>	<b>28</b>

Obs 1: os municípios de Antônio Dias e Santa Bárbara não participaram do Encontro Regional, a análise comparativa foi feita entre as atividades educativas realizadas no momento da visita técnica x atividades educativas realizadas no momento da oficina de TP. SI: sem informação

Obs 2: as unidades de Park Shalon e CEDERE não realizaram o monitoramento no Encontro Municipal, a análise comparativa foi feita entre as atividades educativas realizadas no momento da visita técnica x atividades educativas realizadas no momento da oficina de TP.

Obs 3: os municípios de Catas Altas, Rio Piracicaba não participaram do Encontro Regional, a análise comparativa foi feita entre as atividades educativas realizadas no momento da visita técnica x atividades educativas realizadas no momento da oficina de TP.

**Quadro 6 - Consolidado das somatórias dos eixos educação em saúde e intersectorialidade:**

	Nº	%
Total de UBS que ampliaram as atividades coletivas quando comparado os dados coletados na visita técnica x Oficina de tecnologias e práticas	23	(23/31) x100 = 74%
Total de UBS que ampliaram as atividades coletivas quando comparado os dados coletados na visita técnica x encontros municipais/regionais	27	(27/31) x 100 = 87%
Total de UBS que realizaram 1 ação intersectorial de PS no último semestre (medido nos Encontros municipais/regionais)	18	(18/31) x 100 = 58%
Total de UBS que realizaram 1 ação intersectorial de PS no último semestre (medido nos Encontros municipais/regionais)	28	(28/31) x 100 = 90%
Nº Atividades coletivas realizadas no momento da visita técnica	61	-
Nº Atividades coletivas realizadas no momento da oficina de TP	116	(55/61) x 100 =90% de ampliação
Nº Atividades coletivas realizadas no momento dos encontros	201	(140/61) x 100 = 229% de ampliação

## Referências Bibliográficas

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação **Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. PORTARIA Nº 1.645, DE 2 DE OUTUBRO DE 2015. Dispõe sobre o **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 64p.

DONABEDIAN, A. (1980). Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde Recuperado de [www.scielo.br/?script=sci\\_nlinks&ref=000110&pid=S0034-71672006000100016000148dn](http://www.scielo.br/?script=sci_nlinks&ref=000110&pid=S0034-71672006000100016000148dn)

OPAS. Manual de planejamento, programação, controle e avaliação de projetos da Representação da OPAS/OMS no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

FUNDAÇÃO VALE. Manual Instrutivo de Apoio ao Monitoramento e Avaliação de Projetos: propostas de indicadores e metas. Rio de Janeiro, 2015.

CARVALHO, F. **Práticas de planejamento estratégico e sua aplicação em organizações do terceiro setor**. São Paulo, 2004. Dissertação (Mestrado em Administração) - Departamento de Administração, Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo - USP.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, 220p.

FEUERWERKER, L.C.M. Modelos Tecnoassistenciais, Gestão e organização do Trabalho em Saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.9, n.18, p.489-506, 2005.

FISCHER, R. M. *et al.* **Monitoramento de Projetos Sociais: Um Desafio para as Alianças Intersectoriais**. 27º Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-graduação em Administração, Atibaia/SP, 2003.

JORGE, M.S.B.; SOUZA, F.S.P.; FRANCO, T.B. Apoio Matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.66, n.5, p.738-744, 2013.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p. 867-874, 2011.

LOPES, M.L.S.; LIMA, J.V.C.; BADUY, R.S.; CAMPOS, T.A.; MACHIAVELLI, S.; ROCKENBACH, F.W.; REVERS, A.F.L.; ROSSETTO, V.; RÉ, D.; GRIMM, B.; SEIXAS, C.T.; BADUY, R.S. Sim, é Possível Fazer Conexões entre as Equipes da Atenção Básica e Domiciliar. In: In: MERHY, E.E.; BADUY, R.S.; SEIXAS, C.T.; ALMEIDA, D.E.S.; SLOMP JÚNIOR, H. (Org.). **Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. - Livro 1. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Hexis, 2016, v.1, p.210-214.

NASCIMENTO, M.A.A.; SANTOS, S.C.C.; ASSIS, M.M.A.; MOREIRA, R.C.R.; LEAL, J.A.L.; GONÇALVES, C.C.T.; ANDRADE, L.M.M.; MARTINS JÚNIOR, D.F. Vínculo e Responsabilização na Construção da Produção do Cuidado no programa Saúde da Família. In: ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A.; FRANCO, T.B.; JORGE, M.S.B. (Orgs). **Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários**. Salvador: Scielo Books EDUFBA, 2010, p. 113-126. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/xjcw9/pdf/assis-9788523208776.pdf> Acesso em: 03 mai. 2017.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos Essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.66, ed. especial, p.158-164, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDAL DA SAÚDE. **Diminuindo Diferenças:** a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Rio de Janeiro: Documento de Discussão, Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2011, p. 47. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf> Acesso em: 03 mai. 2017.

COELHO, M.Q. **Indicadores de performance para projetos sociais:** a perspectiva dos stakeholders. Alcance, Biguaçu, v.11, n.3, p.423-444, set./dez. 2004.

SILVA, L.M.V.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em Saúde: uma análise crítica de conceitos. **Revista de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.25, supl.2, p.S217-S226, 2009.

STARFIELD, B. Promoting Equity in Health Through Research and Understanding. **Developing World Bioethicis.** Oxford UK and Main Street Melden USA, v.4, n.1, p. 76-95, 2004. Disponível em: [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications\\_PDFs/A195.pdf](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A195.pdf) Acesso em: 30 abr. 2017.

STARFIELD, B. A Responsabilidade na Atenção Primária. In: STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Editora da UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, p. 207-418.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y.M. O Conceito "Intersetorialidade": contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.23, n.1, p.191-203, 2014

## Considerações Finais

Katia Edmundo  
Luciana Borges

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido capaz de estruturar um sistema público de saúde de relevância, que apresenta resultados importantes e concretos para a população brasileira. Apesar dos inegáveis avanços, ainda existem obstáculos a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal, no sentido de prestar serviços de qualidade a todos brasileiros. Esses obstáculos podem ser agrupados em torno de grandes desafios: a garantia da universalização e do financiamento; o fortalecimento do modelo de atenção à saúde (nele inclusa a consolidação das redes de atenção); a valorização da gestão do trabalho no SUS e o fortalecimento da participação social.

O autores consideram que as organizações de terceiro setor vêm conquistando mais espaço e assumindo atividades antes exclusivas das organizações governamentais, especialmente frente à carência de políticas públicas em diversas áreas. Configura-se, então, um novo cenário, onde a busca de soluções para os complexos problemas sociais deixa de ser focalizada como uma obrigação exclusiva do Estado (embora deva ser prioritária) ou uma exclusiva luta reivindicativa das organizações da sociedade civil ou um compromisso específico da iniciativa privada. Surge o espaço para que a colaboração intersetorial ultrapasse estes limites, exigindo que todos

os atores envolvidos se posicionem de uma nova forma, a partir da revisão de suas competências e potencialidades. Deste novo posicionamento emerge o Ciclo Saúde.

Traz como foco central o fortalecimento da Atenção Básica em municípios brasileiros, por meio da formação de profissionais e representantes comunitário. Trata-se de um processo metodológico participativo, pautado na interação de saberes técnicos e populares, num fluxo contínuo de construção ativa do conhecimento e da ação. Podemos inferir que este projeto atingiu seus objetivos primordiais, quando os resultados demonstraram que os profissionais das equipes de atenção básica se tornaram mais preparados para ofertar, desenvolver e planejar práticas coletivas à comunidade e realizar ações intersetoriais. Temas como a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção à Saúde tiveram seus conteúdos alinhados entre os participantes. Reconhecer as necessidades locais e compartilhar as soluções parece ter sido um bom caminho pensado a partir desta proposta.

Consideramos que ações cooperativas intersetoriais e produtivas são essenciais para que sejam construídos legados sustentáveis nos municípios brasileiros, visando o desenvolvimento de capacidades que promovam processos de educação, prevenção, promoção e atenção à saúde.

Este ciclo de cooperação técnica deixará como legado o fermento ou a consolidação de núcleos locais de educação em saúde e educação permanente, nos diferentes municípios em que está implantado. O esforço empreendido para a elaboração dos resultados do Projeto Ciclo Saúde considerou a diversidade de situações encontradas e, ao mesmo tempo, procurou apontar possíveis rumos para aprimorar o processo de trabalho das equipes de atenção básica num contexto que atenda os interesses da diversidade de atores envolvidos no processo de cuidado em saúde e que tenha como foco primordial o atendimento integral à população.

Apontamos como desafio aos próximos projetos, a qualificação do processo de trabalho e do planejamento das equipes de atenção básica, assim como o aprimoramento da gestão com ferramentas de geoprocessamento e a reestruturação das redes de atenção à saúde, priorizando o acesso e acolhimento na atenção básica.

Enfim, como disse o poeta<sup>1</sup>: “Um sonho sonhado sozinho é só um sonho; um sonho sonhado junto é realidade”. A Fundação Vale, o CEDAPS e o Mestrado Profissional em Saúde da Família da UNESA aceitaram e acreditaram nisso e transformaram em realidade um desejo da sociedade civil, profissionais de saúde, alunos e professores. Apesar das vicissitudes do cotidiano nacional, estamos aqui. E sigamos em frente...

Nota 1  
Raul Seixas



# Sobre a publicação

## **Organização da publicação**

Katia Edmundo

## **Revisão de conteúdo**

Luciana Borges

## **Edição e Revisão Geral**

Claudia Maio

Katia Edmundo

## **Organização e categorização de dados**

Ana Fefer

Juliana Maio

Mariana Kuo

Nerice Ventura

Consultores Bolsistas (Relatórios Técnicos)

## **Projeto gráfico e diagramação**

Target Assessoria de Comunicação

## **Alan de Souza Araújo**

Fisioterapeuta e mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Consultor Bolsista Centro de Promoção da Saúde - CEDAPS - Programa Ciclo Saúde.

## **Alice Natalizi**

Graduada em Engenharia de Elétrica/telecomunicações pela Universidade Federal Fluminense, pós-graduação em gestão de Desenvolvimento Local pelo Programa DELET do Centro Internacional de Formação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) Nações Unidas.

## **Anna Tereza Miranda Soares de Moura**

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro FCM/UERJ e Professora Titular do Curso de Medicina e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro.

## **Andreza Vieira**

Enfermeira, mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Consultora Bolsista Centro de Promoção da Saúde - CEDAPS - Programa Ciclo Saúde.

## **Carlos Gonçalves Serra**

Professor efetivo do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro; professor da graduação do curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá. Experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas de Saúde, Planejamento em Saúde e Administração em Saúde.

## **Carlos Henrique Assunção Paiva**

Professor do Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da COC/Fiocruz; do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz; e do Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro. Tem trabalhos publicados sobre formação e gestão do trabalho em Saúde, Reforma Sanitária e o SUS; Saúde Internacional e diplomacia em saúde.

## **Cibele Rodrigues Paes Leme**

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá; diretora da Associação Brasileira de Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade - ABEFACO; enfermeira da Coordenação Geral de Saúde da CAP 2.2/RJ; Consultora Bolsista do Centro de Promoção da Saúde - CEDAPS - Programa Ciclo Saúde.

## **Cintya Cristine Martins da Veiga Faria**

Graduação em Serviço Social pela Universidade Estácio de Sá. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Consultora Bolsista do Centro de Promoção da Saúde - CEDAPS - Programa Ciclo Saúde.

## **Claudia Maia**

Graduação em Comunicação Social pela UFRJ e experiência em gestão de projetos sociais. Coordenadora da estratégia Ciclo Saúde em Parauapebas e Serra Pelada (PA) pelo Centro de Promoção da Saúde - CEDAPS.

## **Emerson dos Santos Duarte Mafia**

Graduação em Enfermagem pela Universidade Vale do Rio Doce e especialista em Saúde da Família. Consultor Bolsista Centro de Promoção da Saúde - CEDAPS - Programa Ciclo Saúde.

## **Flavia de Jesus Neiva Sampaio**

Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Veiga de Almeida e mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Fonoaudióloga NASF / SMS / Viva Rio e consultora Bolsista Centro de Promoção da Saúde - CEDAPS - Programa Ciclo Saúde.

## **Juan Carlos Raxach**

Médico, coordenador da Área de Promoção da Saúde e Prevenção da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e consultor técnico do Centro de Promoção da Saúde - CEDAPS.

### **Juliana Maio**

Assistente de projetos do Centro de Promoção da Saúde – CEDAPS, com experiência em mapeamento, banco de dados e construção compartilhada.

### **Kátia Maria Braga Edmundo**

Professora da graduação em Medicina e no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá Rio de Janeiro. Desenvolve projetos de pesquisa-intervenção que integram a linha Diagnóstico, práticas e tecnologias em Saúde da Família do Mestrado. É Diretora Executiva da organização da sociedade civil Centro de Promoção da Saúde - CEDAPS, por meio da qual desenvolve projetos sociais voltados à promoção da saúde, prevenção das IST/HIV/AIDS, juventude e desenvolvimento comunitário.

### **Luciana Maria Borges da Matta Souza**

Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Coordenadora do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá/ Campus Arcos da Lapa. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro e Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Membro efetivo da Sociedade Brasileira de Pediatria.

### **Mariana Kuo**

Cientista social formada pela UniRio. Assistente de projetos de Centro de Promoção da Saúde – CEDAPS, com experiência em mapeamento, banco de dados e construção compartilhada.

### **Nerice Ventura**

Bióloga, especialista em Gestão e Planejamento em Saúde e Vigilância Sanitária. Consultora técnica do Centro de Promoção da Saúde – CEDAPS com experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Políticas de Saúde e Planejamento em Saúde.

### **Renata Barra Gomes Chagas**

Graduada pela Faculdade de Odontologia de Campos, com título de cirurgiã-dentista. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá e consultora Bolsista Centro de Promoção da Saúde - CEDAPS - Programa Ciclo Saúde.

### **Ricardo de Mattos Russo Rafael**

Coordenador e professor adjunto do quadro permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro, atuando na linha de pesquisa “Diagnóstico Local e Vigilância em Saúde da Família”. É membro titular do Departamento de Atenção Primária à Saúde / Atenção Básica da Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Rio de Janeiro. Experiência em Saúde Coletiva com ênfase em Atenção Primária à Saúde / Saúde da Família, trabalhando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia, acesso aos serviços de saúde, autocuidado, atenção integral à saúde da mulher e violência familiar.

### **Rúbia Ribeiro**

Enfermeira e professora do Instituto Federal São João Del Rey. Consultora Bolsista Centro de Promoção da Saúde - CEDAPS - Programa Ciclo Saúde.

# Sobre as parcerias

**Fundação Vale**  
www.fundacaovale.org

**Diretor- Presidente**  
Isis Pagy

**Diretor-Executivo**  
Luiz Gustavo Gouvêa

**Relações Institucionais**  
Andreia Rabetim

**Gerência de Projetos Sociais**  
Marcos Reys

**Saúde**  
Heloísa Bortolo  
Alice Natalizi  
Bruna Guimarães  
Maria Alice Santos  
Carla Ramos

**CEDAPS – Centro de Promoção da Saúde**  
www.cedaps.org.br

**Direção Executiva**  
Katia Edmundo  
Maria do Socorro Vasconcelos

**Coordenação Geral**  
Wanda Lucia Branco Guimarães

**Conselho**  
Daniel Becker  
Luciana Borges  
Maria Cristina Salomão  
Nilza Rogéria de Andrade Nunes  
Roberto Pereira  
Sergio Meresman  
Wanda Lucia Branco Guimarães

**UNESA – Universidade Estácio de Sá**  
**Reitor da UNESA e vice-presidente de Ensino do Grupo Estácio**  
Hudson Mello Júnior

**Vice-reitor de Pós-Graduação e Pesquisa**  
Rafael Mario Iorio Filho

**Programa de pós-graduação stricto sensu - Mestrado Profissional em Saúde da Família**  
**Coordenação do Curso**  
**Coordenador**  
Ricardo de Mattos Russo Rafael

**Coordenador Adjunto**  
Carlos Henrique Assunção Paiva

**Equipe Ciclo Saúde 2014 - 2016**  
Ana Fefer  
Claudia Maia  
Gustavo Oliveira  
Juliana Maio  
Mariana Kuo  
Nerice Ventura

**Consultores Ciclo Saúde**  
Adriana Pimenta  
Alan Araújo  
Aliny Lamoglia  
Andrezza Vieira  
Bárbara Rolim  
Cibele Lemos  
Cintya Veiga  
Cristiane Pingarrilho  
Edgar Lisboa

Elis de Oliveira Arantes  
Emersom Máfia  
Flavia Pascoalino  
Flávia Sampaio  
Juan Raxach  
Luciana Freitas  
Luciana Kamel  
Mônica Costa  
Neila Cabral  
Renata Barra  
Ruana Carolina Corrêa  
Rúbia Ribeiro  
Solange Pereira Campos

**Banco de dados e Biblioteca Virtual**  
Rodolfo Manzano