

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Renan Santos Lima

A orientação comunitária na Atenção Primária à Saúde e sua relação dialógica com os princípios da educação popular em saúde: uma proposta para ampliação do debate conceitual no contexto brasileiro

Rio de Janeiro

2022

Renan Santos Lima

A orientação comunitária na Atenção Primária à Saúde e sua relação dialógica com os princípios da educação popular em saúde: uma proposta para ampliação do debate conceitual no contexto brasileiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Maria Lúcia de Macedo Cardoso.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Community orientation in Primary Health Care and its dialogic relationship with the principles of popular health education: a proposal to expand the conceptual debate in the Brazilian context.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

L732o Lima, Renan Santos.
A orientação comunitária na Atenção Primária à Saúde e sua relação dialógica com os princípios da educação popular em saúde: uma proposta para ampliação do debate conceitual no contexto brasileiro / Renan Santos Lima. -- 2022.
121 f. : il. color. ; graf.

Orientador: Willer Baumgarten Marcondes.
Coorientadora: Maria Lúcia de Macedo Cardoso.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Estratégia de Saúde da Família. 5. Educação Popular em Saúde. 6. Orientação Comunitária. I. Título.

CDD – 23.ed. – 370.115

Renan Santos Lima

A orientação comunitária na atenção primária à saúde e sua relação dialógica com os princípios da educação popular em saúde: uma proposta para ampliação do debate conceitual no contexto brasileiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 01 de julho de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva
Universidade Federal de São Carlos – Departamento de Medicina

Prof.^a Dra. Regina Ferro do Lago
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.^a Dra. Maria Lúcia de Macedo Cardoso (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2022

Aos trabalhadores comprometidos com a defesa e concretização do SUS.

Defender o SUS é defender a Vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Deus.

Sou grato a minha mãe Elisabeth pelo incentivo aos estudos, pelos esforços aplicados para que eu tivesse acesso à Educação e pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha trajetória profissional e de vida.

Agradeço a minha irmã Lívia por estar ao meu lado em todos os momentos de vida, principalmente os mais difíceis. Agradeço por demonstrar em atitudes o sentido amplo de “ser irmão”. Obrigado por ter me presenteado com o Bernardo, meu sobrinho e afilhado querido.

Agradeço a Lorena Paiva por ter sido exemplo de perseverança e pelo apoio em momentos críticos e conflituosos. Agradeço a troca e o acolhimento por todos esses anos. O sucesso exige tempo e dedicação. Hoje, sei que alcancei um objetivo profissional tão desejado e é claro que não conseguiria fazer isso se não pudesse contar com pessoas tão especiais como você.

Agradeço ao Luciano Hickman, que esteve ao meu lado em muitas adversidades que surgiram no meio do caminho. Obrigado por acreditar em mim e ser um grande incentivador desse processo de construção. Obrigado por não ter deixado eu desistir desta etapa e ter permanecido otimista e confiante, para que assim eu também estivesse.

Quero também agradecer, nominalmente, à amigos muito importantes na minha trajetória profissional, com quem aprendi muito: Luane Domingues, Mariana Robin, Rita Helena, Dyanna Jóia, Carolina Bernardo, Sabrina Martins. Agradeço por terem cruzado o meu caminho e contribuído muito para minha transformação pessoal e para minha formação profissional.

Agradeço a Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira, por ter sido mais que um local de trabalho. Grato pela aprendizagem significativa neste serviço, pelas trocas ricas e diárias com profissionais excepcionais e, especialmente, com a comunidade do Jacarezinho. Agradeço por serem a fonte de motivação primária para a realização deste estudo.

Também agradeço à Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e aos seus docentes que me incentivaram, durante a graduação, a valorizar a pesquisa científica. Agradecido pela formação em saúde diferenciada e pelo engajamento em formar profissionais de saúde com pensamento crítico e reflexivo.

Gratidão pela orientação dos professores Willer e Maria Lúcia, cuja dedicação e atenção foram essenciais para que este trabalho fosse concluído. Obrigado pela parceria que vocês estabeleceram comigo. Admiro muito a competência e generosidade de vocês. Aqui, estendo

meu agradecimento também a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e aos docentes e colaboradores do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde.

A vocês, colegas e amigos de turma, um especial agradecimento por terem feito parte desta luta, por terem me apoiado, pois sem vocês esse caminho não teria tanto sentido. E um especial agradecimento aos membros do grupo de WhatsApp “Isolamento Social MPAPS” por todas as trocas, desabafos, risadas, incentivos, enfim, por toda amizade cultivada e todos os momentos compartilhados nesse percurso.

Obrigado Paulo Freire – educador e filósofo brasileiro - por nos lembrar que “seria uma atitude ingênua esperar que as classes dominantes desenvolvessem uma forma de educação que proporcionasse às classes dominadas perceber as injustiças sociais de maneira crítica”. Gratidão por nos proporcionar um olhar humanizador, nos fazer perceber mutuamente que somos sujeitos históricos capazes de enfrentar os determinismos, as agruras do cotidiano, as amarras do capitalismo.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

“Mas, se dizer a palavra verdadeira, que é trabalho, que é práxis, é transformar o mundo, dizer a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. Precisamente por isso, ninguém pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la para os outros, num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra aos demais.”

FREIRE, 1987, p.78

RESUMO

A presente pesquisa trata de um estudo bibliográfico com abordagem qualitativa, que se propõe a realização de um aprofundamento teórico sobre o conceito de Orientação Comunitária enquanto atributo da APS definido pelo Ministério da Saúde no Brasil e suas relações diretas com os fundamentos e princípios da Educação Popular em Saúde. O objetivo geral desta pesquisa é analisar a Orientação Comunitária na Atenção Primária à Saúde, no contexto brasileiro, à luz dos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS). Os objetivos específicos são: 1) Investigar como a orientação comunitária na Atenção Primária à Saúde se localiza nas produções científicas brasileiras, 2) Sistematizar conceitos complementares ao conceito de orientação comunitária para contribuir com a compreensão e aplicação do conceito da orientação comunitária na atenção primária brasileira 3) Demonstrar relações dialógicas entre os princípios da Educação Popular em Saúde e as práticas com a orientação comunitária no contexto da Estratégia de Saúde da Família no Brasil. Após a realização deste estudo, evidenciou-se que o conceito de orientação comunitária é amplo e permeável a outros conceitos. Com isso, fica nítido que sua compreensão teórica e aplicação prática demanda investimento em formação profissional contínua e permanente. Quanto aos desafios para o avanço do debate sobre orientação comunitária e a concretização dessa prática na APS, destacou-se: 1- A perpetuação do modelo biomédico e medicalocêntrico ao longo da trajetória do SUS desde a Reforma Sanitária, 2- A história da formação em saúde marcada por um modelo formativo que induz e/ou favorece a verticalização das relações no processo de produção de saúde, 3- A fragilidade do uso da Educação Popular como abordagem para expansão das relações democráticas e participativas nas práticas de produção de saúde, 4- O excesso de formalismo dos procedimentos do planejamento em saúde no Brasil e 5- Os riscos produzidos pela sustentação de um modelo de democracia representativa formal sem base de fomento para ampliação dos movimentos populares em saúde.

Palavras-chave: Orientação Comunitária. Atenção Primária à Saúde. Educação Popular em Saúde.

ABSTRACT

The present research is a bibliographic study with a qualitative approach, which proposes to carry out a theoretical deepening on the concept of Community Orientation as an attribute of PHC defined by the Ministry of Health in Brazil and its direct relationship with the foundations and principles of Popular Education in Health. The general objective of this research is to analyze the Community Orientation in Primary Health Care, in the Brazilian context, in the light of the principles of the National Policy on Popular Education in Health. The specific objectives are: 1) Investigate how community orientation in Primary Health Care is located in Brazilian scientific productions, 2) Systematize complementary concepts to the concept of community orientation to facilitate the understanding and application of the concept of community orientation in Brazilian primary care 3) To demonstrate dialogic relationships between the principles of Popular Health Education and practices with community orientation in the context of the Family Health Strategy in Brazil. After carrying out this study, it became clear that the concept of community orientation is broad and permeable to other concepts. With this, it is clear that its theoretical understanding and practical application demand investment in continuous and permanent professional training. Regarding the challenges for the advancement of the debate on community orientation and the implementation of this practice in PHC, the following were highlighted: 1- The perpetuation of the biomedical and medicalocentric model throughout the trajectory of the SUS since the Health Reform, 2- The history of training in health marked by a training model that induces and/or favors the verticalization of relationships in the health production process, 3- The fragility of the use of Popular Education as an approach to expanding democratic and participatory relationships in health production practices, 4- The excessive formalism of health planning procedures in Brazil and 5- The risks produced by sustaining a model of formal representative democracy without a basis for promoting the expansion of popular health movements.

Keywords: Community Orientation. Primary Health Care. Popular Education in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Síntese do Desenho da Pesquisa.....	37
Gráfico 1 -	Número de artigos sobre Orientação Comunitária publicados por ano..	42
Gráfico 2 -	Número artigos sobre Orientação Comunitária publicados por regiões do Brasil.....	42
Gráfico 3 -	Número de artigos publicados por abordagem metodológica adotada...	43
Gráfico 4 -	Número de artigos publicados por instrumentos de coletas de dados utilizados na pesquisa realizada.....	43
Mapa 1 -	Mapa Conceitual da Orientação Comunitária.....	48
Quadro 2 -	Resultados da articulação das dimensões do conceito de Orientação Comunitária na Atenção Primária à Saúde com os princípios da Educação Popular em Saúde.....	67
Quadro 3 -	Distribuição de artigos por ano de publicação, periódico e abordagem metodológica do estudo.....	92
Quadro 4 -	Principais resultados e impressões do artigo analisado.....	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AnePOP	Articulação Nacional de Extensão Popular
Aneps	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEPSMS	Coordenação Geral de Educação Popular em Saúde e Mobilização Social
CF	Constituição Federal
CGAPES	Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
EP	Educação Popular
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RBS	Reforma Sanitária Brasileira
RedePop	Rede de Educação Popular em Saúde
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	PANORAMA CONCEITUAL.....	21
2.1	A TRAJETÓRIA HISTÓRICA E POLÍTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	21
2.2	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA AÇÃO COMUNITÁRIA.....	24
2.3	A ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA DAS PRÁTICAS DE SAÚDE NA APS.....	26
2.4	AS PRÁTICAS NA APS COM ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA COMO MOTOR PARA AMPLIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS.....	30
2.5	A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA AMPLIAÇÃO DAS PRÁTICAS COM ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA: OS FUNDAMENTOS, A HISTÓRIA E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA EPS ENQUANTO POLÍTICA NACIONAL	31
3	METODOLOGIA.....	36
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	41
4.1	O PANORAMA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NO BRASIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NARRATIVA.....	41
4.2	A ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NA APS: UM DEBATE AMPLIADO SOBRE AS DIMENSÕES QUE ENVOLVEM ESTE CONCEITO.....	47
4.2.1	Dimensão Planejamento: o planejamento territorial em saúde orientado pela comunidade.....	49
4.2.2	Dimensão Assistência: encontros individuais e coletivos na APS com os usuários adscritos ao território.....	53
4.2.3	Dimensão Gestão: a expressão política na gestão do cuidado em saúde por meio da participação popular e do controle social nos espaços institucionalizados e não-institucionalizados do SUS.....	56
4.2.4	Intervenção intersetorial como condição indispensável para que o cuidado primário em saúde com orientação comunitária obtenha sentido e respostas.....	63
4.3	OS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SUAS REVERBERAÇÕES SOBRE AS	

	PRÁTICAS DE SAÚDE COM ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NA APS.....	65
4.3.1	Diálogo	68
4.3.2	Amorosidade	69
4.3.3	Problematização	71
4.3.4	Construção compartilhada do conhecimento	72
4.3.5	Emancipação	74
4.3.6	Compromisso com a construção do projeto democrático e popular	76
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICE A – QUADRO 03 - DISTRIBUIÇÃO DE ARTIGOS POR ANO DE PUBLICAÇÃO, PERIÓDICO E ABORDAGEM METODOLÓGICA DO ESTUDO	92
	APÊNDICE B – QUADRO 04 - PRINCIPAIS RESULTADOS E IMPRESSÕES DO ARTIGO ANALISADO	102

APRESENTAÇÃO

A construção deste estudo está diretamente relacionada às intencionalidades que fazem parte da minha construção de vida, experiências profissionais e vivências em sociedade até aqui. A partir desta ideia, reconheço nesta produção o seu caráter intencional e subjetivo ao admitir que sou fruto do meu tempo não só como produto multifacetado definido sócio culturalmente, mas como ser social em constante construção a partir de caminhos percorridos, inserções sociais e relações estabelecidas cotidianamente no processo de viver e na reanálise de mim mesmo, impulsionada pelas riquezas e desafios do cotidiano.

Neste contexto, concordo com Paulo Freire ao admitir que quando o homem constrói o mundo, ele estabelece um processo interativo de influência mútua, de ser reconhecido e se reconhecer nele a partir da transformação produzida pelo contato entre ambos. A partir disso, reitero que a minha construção pessoal alicerçada nas minhas determinações sociais, me fazem reconhecer a cultura que me cerca e a admitir minha suscetibilidade às infelicidades e tragédias de todo ser humano ao aceitar o desafio comum a todos nós: consolidar um caminho com raízes no chão ao qual pertencemos, de onde partem nossas ideias e sobre o qual procuramos o não realizado e a utopia como forma de avançar o máximo possível face às tramas que nos cercam.

Durante a maior parte da minha formação, estive incentivado a pensar formas substanciais e concretas de estabelecer relações e construir planos terapêuticos com os outros atores envolvidos no processo de cuidado como possibilidade de efetivação de uma prática profissional em saúde mais horizontal. Em meu primeiro contato com a Saúde Pública, especialmente com a Estratégia de Saúde da Família, confirmei o que pretendia desenvolver enquanto profissional da saúde, pois foi possível perceber o quanto a lógica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) favorece a construção de práticas coletivas. Ademais, acredito que a minha formação na saúde vem ocorrendo de maneira contínua e permanente, pois o produto do meu processo de aprendizagem vem se transformando nas relações com profissionais, usuários e gestores, com quem compartilho práticas e experiências para a construção e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outrossim, a vivência de trabalhar com e para a comunidade, me faz amadurecer enquanto cidadão e profissional da saúde na medida em que essa experiência provoca em mim um questionamento permanente sobre a minha práxis¹. Contudo, escrever sobre o modo de

¹ Segundo o Dicionário do Pensamento Marxista,
as definições de práxis vão desde o seu enfoque simplesmente como atividade

olhar para esta comunidade ou tão somente descrever a experiência até aqui construída neste território é correr o risco de cair numa abordagem mais simplista em face da heterogeneidade deste território. O território é marcado por desigualdades sociais perpetuadas pela negligência do poder público, além de ser atravessado pela violência e múltiplas condições precarizadas de vida. Os meios de comunicação costumam sustentar a imagem da favela a partir de uma narrativa sombria e policialesca, o que intensifica ainda mais o senso comum de bairro violento e perigoso para os demais moradores da cidade. Porém, na relação estabelecida com este território, e somente a partir deste contato, foi possível percebê-lo como um lugar onde também há muita cultura, resiliência, intensa produção de vida e resistência.

Na experiência enquanto trabalhador da Atenção Primária à Saúde (APS), operada sob a lógica da ESF, fui impulsionado a fazer movimentos de escuta muito maiores do que movimentos de ação, proposição e prescrição. Dentro de uma lógica de cuidado longitudinal, entendo a cada atendimento, ação coletiva e conversas com as pessoas que o saber popular não está e não pode estar hierarquicamente abaixo do saber clínico, pois sozinho este é insuficiente para a construção de novas possibilidades frente a realidade que se apresenta. A tendência do pensamento tradicional sanitarista sob o qual nós ou a maioria de nós, somos formados enquanto profissionais de saúde, nos prepara para atuar de forma ‘bancária’ sobre causas e problemas em saúde operando sob uma lógica de intervenção muito mais clínico-epidemiológica do que biopsicossocial. Esse modelo intervencionista favorece a reprodução de uma estrutura vertical de poder ao pressupor quem detém o conhecimento para decidir e quem deve seguir as orientações e recomendações no processo de produção de saúde.

humana por meio da qual o homem modifica o mundo e a si mesmo, até outras mais desenvolvidas, que introduzem as noções de liberdade, criatividade, universalidade, história, futuro, revolução etc. Os que definem a práxis como a atividade humana e criativa livre foram por vezes criticados por sugerirem um conceito puramente “normativo” e “não realista”; se, por “homem”, entendermos um ser que realmente existe e, por “práxis”, aquilo que os seres humanos realmente fazem, então é evidente que houve sempre mais falta de liberdade e de criatividade na história humana do que o inverso. Em resposta a essas críticas, porém, pretendeu-se que a noção de atividade criativa livre não é “descritiva” ou “normativa”, mas expressa potencialidades humanas essenciais, alguma coisa diferente tanto do que simplesmente é como do que apenas devia ser. Finalmente, alguns dos autores que consideram a práxis como atividade criativa livre avançaram até o ponto de defini-la como revolução. Em oposição a isso, argumentou-se que tal concepção implica um retorno à ideia da práxis como forma de ação política. Os seus defensores, porém, sustentam que a revolução não deve ser compreendida apenas como um tipo de atividade política, nem mesmo como uma transformação social radical (BOTTOMORE, 1988, p.466).

Admitindo essa forma de olhar para a construção das práticas em saúde, venho apostando na compreensão de que o processo de saúde-doença de um grupo social é dependente, em primeiro lugar, da escuta para a problematizar a realidade que determina as condições de vida e construir caminhos democráticos para intervir sobre os determinantes da saúde e doença. Entretanto, preciso assumir que trabalhar nesta perspectiva é um desafio, pois articular dinâmicas de cuidado com a realização dos direitos, sob a égide das desigualdades, potencialidades e expressões de resiliência e criatividade, requer um exercício constante de reflexão sobre as necessidades de um território e uma coletividade em constante mutação.

Neste sentido, uma questão que me salta os olhos são as tendências resultantes de um modelo de gestão gerencialista e ainda conservador, na atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro, que estimula maior concentração de tempo de trabalho em práticas biomédicas, avalia a qualidade da saúde por meio de indicadores mais clínicos do que sociais e muitas vezes retira a autonomia dos profissionais de saúde para gerir o próprio trabalho, causando sobrecarga de trabalho, adoecimento e insatisfação quanto à incompatibilidade entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Com isso, aposto na Educação Popular em Saúde (EPS) como alternativa para efetivação de uma gestão participativa no SUS e concretização da orientação comunitária enquanto atributo da Atenção Primária à Saúde, no contexto brasileiro, pois a entendo com uma alternativa para contrapor o endurecimento dessa lógica vertical de produzir saúde e proporcionar a abertura para a construção de movimentos e espaços de promoção da autonomia, emancipação e participação da comunidade na gestão do cuidado em saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um conjunto de práticas individuais e coletivas em saúde que buscam atender a um modelo de assistência que tem foco de intervenção nos determinantes sociais do processo saúde-doença e que ressalta os sujeitos como protagonistas no planejamento de seu próprio cuidado.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) se localiza como a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS e representa os pilares da reforma sanitária, podendo ser caracterizada como um modelo que se contrapõe ao enfoque curativo, individual e hospitalar tradicional, pretendendo ser, portanto, um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático (FAUSTO e MATTA, 2007).

Segundo Starfield (2002) apud Giovanella e Mendonça (2012), existem atributos essenciais dos serviços de atenção primária e para tal a mesma deve ser um serviço de primeiro contato com o usuário e permitir seu acesso de maneira facilitada, realizar o mesmo de maneira longitudinal, integral e com coordenação do cuidado. Estes atributos devem estar orientados e serem praticados para um contexto familiar e comunitário, a partir da consideração da realidade socioeconômica e cultural. Com isso, a APS também possui três atributos derivados: a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural.

Em relação aos atributos derivados da APS, Starfield (2001) apud Brasil (2010, p.9) afirma que a orientação comunitária envolve *“reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços”* que *“na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar”* referenciados à competência cultural que se materializa na *“adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma”*.

O Ministério da Saúde (MS), no Brasil, adota essencialmente o conceito de orientação comunitária descrito acima e formulado por Barbara Starfield. Ele surgiu com base na experiência da médica americana, que se dedicou a estudar os cuidados primários em saúde, sob as lentes de uma realidade norte-americana. Com isso, é possível levantar o questionamento sobre uma possível generalização da autora em relação à visão sobre o tema, tendo em vista que a orientação comunitária envolve a percepção e compreensão de

singularidades de sujeitos, culturas e territórios. Torna-se insuficiente assumir apenas um núcleo de ideias para entender um conceito plural que demanda a valorização das singularidades territoriais e das dinâmicas culturais em realidades distintas, para além de uma visão sanitária e epidemiológica.

Com isso, fica evidente a necessidade de articular o núcleo central de ideias proposto por Starfield (2002) a outros conceitos que sejam capazes de potencializar a ampliação da abordagem conceitual da orientação comunitária na realidade brasileira, a qual este estudo se dedica. É indispensável debater a construção do conhecimento sobre orientação comunitária na realidade brasileira - que se distingue da maioria das realidades socioculturais dos países europeus e da América do Norte - para identificar os desdobramentos que esse entendimento pode apresentar sobre o exercício de pensar políticas públicas de saúde e métodos de avaliação condizentes com a amplitude conceitual e a realidade social sob a qual se estabelecem os processos de saúde-doença no Brasil.

Neste sentido, é mister reconhecer que a heterogeneidade das regiões e territórios brasileiros também impõe ao SUS um desafio para articular a oferta de serviços de saúde organizados em uma rede de atenção à saúde descentralizada. O planejamento territorial do SUS demanda uma gestão participativa para conferir mais autonomia e empoderamento local na construção de serviços de saúde com maior afinidade e alinhamento entre ofertas e demandas de saúde. Quando não se reconhece que os territórios já estão dados, apesar de serem dinâmicos, o processo de territorialização da saúde incorre no risco de criar territórios meramente político-administrativos, pois os serviços de saúde devem se adaptar à realidade, e não o processo inverso, para se alcançar um maior grau de equidade e resolubilidade na oferta de serviços de saúde (FARIA, 2014).

A diversidade social, cultural e sanitária que compõem os territórios brasileiros deve ser ponto de partida para o planejamento e construção social do SUS. A orientação comunitária, enquanto atributo da Atenção Primária à Saúde, se concretiza por meio do alinhamento entre as necessidades locais de saúde da população, a ofertas de serviços e a gestão participativa da saúde. A riqueza deste atributo se mostra justamente em direcionar o encontro entre a oferta de cuidados primários em saúde orientados a partir das especificidades e singularidades de cada localidade, como forma de manter a diversidade sociocultural brasileira preservada em meio a extensa capilaridade que o SUS necessita atingir.

A partir de uma breve busca bibliográfica sobre a orientação comunitária na APS brasileira, é possível observar os reflexos da superficialidade com a qual este tema ainda é debatido e difundido nas produções científicas e acadêmicas no Brasil. Um dado inicial a ser

observado é que a “orientação comunitária” ainda não aparece como um descritor de entrada isolado nas principais bases de busca bibliográfica.

A associação dos descritores “Orientação comunitária” AND “Atenção Primária à Saúde” AND “Saúde da Família”, permite a realização de uma avaliação crítica das evidências científicas já produzidas e disponibilizadas em bases de dados e reflete o panorama da fragilidade atual do estado de conhecimento científico produzido sobre o tema, seja na forma marginalizada como ele se apresenta nos resultados de pesquisa ou na discussão insuficiente e restrita sobre intervenções necessárias à concretização das práticas na APS com orientação comunitária.

Diante disso, é nítido que o conceito da orientação comunitária, enquanto atributo da Atenção Primária à Saúde no Brasil é pouco discutido e superficialmente descrito pelas políticas de saúde e pelos documentos de orientação das práticas assistenciais na atenção primária brasileira. Com isso, assume-se, hipoteticamente, neste estudo que o conceito de orientação comunitária muitas vezes se torna amplo e permeável a diversas formas de compreensão e aplicação, além de se mostrar convergente a outros conceitos e abordagens em saúde coletiva.

Esta dissertação, portanto, tem como objeto de estudo a Orientação Comunitária no contexto da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, diante do problema de pesquisa que se levanta face à necessidade de ampliação do debate conceitual acerca da orientação comunitária no contexto brasileiro.

Portanto, esta se materializa como uma pesquisa teórica sobre os fundamentos conceituais para a orientação comunitária, obstáculos e vias de acesso à qualificação conceitual. Com isso, este estudo pretende contribuir para ampliação do debate conceitual sobre orientação comunitária nas práticas de cuidado nos serviços de atenção primária à saúde no Brasil, a luz da análise dos princípios da Educação Popular em Saúde (EPS).

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a Orientação Comunitária na Atenção Primária à Saúde, no contexto brasileiro, à luz dos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS). Os objetivos específicos são: 1) Investigar como a orientação comunitária na Atenção Primária à Saúde se localiza nas produções científicas brasileiras, 2) Sistematizar conceitos complementares ao conceito de orientação comunitária para contribuir com a compreensão e aplicação do conceito da orientação comunitária na atenção primária brasileira 3) Demonstrar relações dialógicas entre os princípios da Educação Popular em Saúde e as práticas com a orientação comunitária no contexto da Estratégia de Saúde da Família no Brasil.

Por fim, este estudo se mostra relevante face à importância de entender a orientação comunitária como um atributo derivado e transversal a todos os outros atributos essenciais da APS, posto que ela reforça a identidade singular da Estratégia de Saúde da Família como modelo contraposto à lógica tradicional de atenção primária. O tema precisa ser mais bem debatido e difundido para suscitar e potencializar o planejamento de ações educativas e formativas com vista a expandir a sua concretização tão indispensável à construção de um Sistema Único de Saúde democrático, que é ancorado na participação popular em espaços institucionalizados e não institucionalizados.

2 PANORAMA CONCEITUAL

2.1 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA E POLÍTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Para se entender a importância da orientação comunitária na transformação da lógica de produção de saúde, faz-se necessário entender a história do atual modelo de saúde brasileiro e seus desdobramentos, sendo mister reconhecer a evolução política, social e econômica da sociedade brasileira que permearam o seu desenvolvimento (SILVA JUNIOR e ALVES, 2007).

Ao longo de sua história, o Brasil adotou diversos modelos assistenciais, no entanto a partir da década de 70, a atenção à saúde do país se encontrava com grandes limitações e em crise. O país ainda enfrentava o regime militar, mas é possível perceber iniciativas de distensão rumo à abertura democrática, assim como a maior evidência de importantes movimentos sociais (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Internacionalmente a APS ganha maior visibilidade na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizada em 1978 em Alma-Ata que representa um marco histórico para o entendimento da saúde como um direito universal atrelado ao desenvolvimento socioeconômico, a melhora dos determinantes sociais no processo saúde-doença e a necessidade de construção de práticas de assistência e gestão com participação social efetiva, assim como a democratização dos saberes (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Nesse contexto nasce o movimento da Reforma Sanitária, em que se questionam o modelo biomédico e as formas de desenvolver ações em saúde, fazendo uso de abordagens sociais para entender a saúde enquanto um direito de todos. Portanto, a pretensão era abandonar a compreensão dicotômica do paradigma da saúde-doença, adotando uma visão de saúde como um processo e a sua íntima relação com a determinação social (BAPTISTA, 2007).

Esse movimento se consolida institucionalmente em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde os temas como a expansão da cobertura de saúde a todos os cidadãos, a saúde como dever do Estado e direito do indivíduo, a reformulação do sistema nacional de saúde, o financiamento do mesmo, assim como a hierarquização do cuidado e a participação popular, são discutidos amplamente (BAPTISTA, 2007).

Todo esse processo culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que ganha materialidade na Constituição Federal (CF) de 1988 através dos artigos 196 a 200 e na Lei Orgânica 8.080/90, que trazem a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade, como objetivos a serem perseguidos (BAPTISTA, 2007).

Para garantir saúde a todos, sem distinção entre raça, cor, sexo, gênero, condição social e crenças, num país com ampla desigualdade social é necessário considerar que o investimento financeiro em políticas de proteção social precisa estar garantido. Essa garantia envolve disputas de interesse, sobretudo com representantes dos prestadores privados de saúde e na regulação do setor privado (NORONHA, et al 2012).

A política econômica brasileira vigente, fruto de sua trajetória histórica e política, influencia diretamente as condições sociais às quais o povo brasileiro vive. Por seguir lógica de um sistema capitalista, a depender das prioridades de governo, o país apresenta dificuldades no avanço de políticas sociais públicas para garantia dos direitos civis básicos. Tendo em vista que estas políticas estão sempre em disputa com os interesses privados de mercado, coexistindo dentro dessa arena política, reforça uma concepção de saúde como produto, indo na contramão do entendimento que alicerça a construção do SUS (NORONHA, et al 2012).

Entretanto, é preciso destacar que há diferenças importantes na forma de estabelecer políticas de saúde e proteção social entre os países capitalistas. O Brasil se insere entre os países capitalistas periféricos, adotando uma lógica mais predatória que está relacionada a sua trajetória histórico-cultural. A pretensão brasileira de se colocar como um Estado de bem-estar social desde a Reforma Sanitária ainda é distante da realidade visto que o Brasil não alcançou, como alguns países capitalistas centrais, o processo de industrialização plena e não há um cenário econômico de acumulação flexível do capital (PIRES e DEMO, 2006).

O Brasil, na sua condição de país que foi colonizado, ainda convive com problemas sociais a serem enfrentados, os quais já foram resolvidos por muitos países capitalistas centrais, tais como: pouco avanço em políticas de saúde ocupacional para possibilitar melhores condições de trabalho, mortalidade materna e infantil, saneamento básico não extensível a toda população, pobreza, fome, violência, desemprego e entre outros. Para compreender a dificuldade de superar esses obstáculos, é necessário situar o Brasil no grupo de países periféricos que sempre estiveram subordinados aos países mais ricos para se desenvolverem. Esta subordinação associada ao avanço do neoliberalismo, impõe medidas econômicas para restrição do poder do Estado na formulação de políticas públicas (PIRES e DEMO, 2006).

Entretanto, a forte constitucionalidade da política de saúde brasileira fez com que o Brasil tenha sofrido efeitos mais processuais do que políticos em relação ao avanço do neoliberalismo no mundo e seus impactos sobre países periféricos. Nem completamente neoliberal e ainda longe de ser universal, a política de saúde no Brasil enfrenta obstáculos para avançar, como: a insipiência e fragilidade da democracia no país, estatização de políticas sociais e pela tutela que marca o direito à saúde no país (PIRES e DEMO, 2006).

Bahia (2005) apud Pires e Demo (2006), aponta que o princípio universalizante do sistema de saúde brasileiro entra em conflito com o não rompimento da divisão entre saúde pública gratuita gerida prioritariamente pelo Estado e a assistência médica individual eminentemente privada e liberal. Esse impasse, ainda coloca a política de saúde brasileira numa arena conflituosa marcada pela oferta de políticas de saúde seletivamente para pobres que subsidia, indiretamente, a atuação do setor privado sobre a saúde - com pouca regulação sobre essa participação – e favorece a perpetuação da saúde ainda como uma possibilidade de mercadoria ao invés de consolidá-la como um direito de todos e dever do Estado.

A agenda da política de saúde brasileira da década de 1990 ficou voltada para implantação do Sistema Único de Saúde. As ideias mais desmanteladoras de um modelo de Estado predatório defendidas no movimento sanitário da década anterior, pouco a pouco, foram reduzidas e diluídas no meio de outras prioridades menos disruptivas e radicais de um modelo sociopolítico estatal para produzir saúde (PIRES e DEMO, 2006).

Sob a égide das lutas e movimentos sociais que marcaram o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RBS), o SUS vem enfrentando obstáculos para sua concretização plena e segundo Aciole (2013, p.8), desde a reforma:

O campo da saúde cresceu numa trama em que vão se constituindo práticas coletivas, preventivas e assistenciais. O que parece ser cada vez mais um imperativo e um lugar comum é que ninguém se dispõe a abdicar de lustrar sua prática assistencial com algum verniz preventivista. Suprema ironia, é que se pode apontar que o projeto preventivista não logrou alcançar seus objetivos. Naufragou na praia! Sim e não! De fato, parece mais correto admitir que ele conseguiu, sim, se infiltrar nas mentes e corações dos agentes e praticantes da saúde, ainda que não tenha alterado em profundidade as relações entre medicina, práticas de saúde e capitalismo.

Com a incorporação da cobertura universal de saúde na agenda de 2030 como um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) mensurados por indicadores - definidos pelo Banco mundial e pela OMS em 2017 - com um índice de serviços essenciais, surge um debate atual acerca da disputa de sentido ideológico entre os termos “atenção básica à saúde” empregado pelo movimento sanitário brasileiro e “atenção primária à saúde” já consagrado e hegemonicamente utilizado internacionalmente. Entretanto, deve-se atentar que o que está em

jogo não é a ideia de ‘atenção primitiva’ ou de ‘medicina para pobres’ que podem estar contidas no termo primária e nem a noção de oferta de serviços básicos de saúde correspondente a uma cesta de serviços médicos restritos que podem estar associadas ao termo atenção básica (GIOVANELLA, 2018).

Uma análise crítica imprescindível a ser feita, frente a expansão de uma proposta de adoção a um modelo de atenção à saúde, é sobre qual projeto político social e de saúde estamos nos estruturando. Pois, independentemente da nomenclatura aderida – atenção básica ou atenção primária – podemos avançar ou regredir no projeto de saúde pública gratuita, integral e universal a depender do contexto político ao qual estrutura-se o sistema de saúde (GIOVANELLA, 2018).

Portanto, em consonância com os preceitos defendidos em Alma-Ata e na Reforma Sanitária Brasileira, o essencial se encontra na luta por uma atenção básica/primária à saúde integral, equânime e universal em detrimento da expansão de seguros focalizados (públicos, privados ou subsidiados) que retornam em direção a lógica da oferta de uma cesta de serviços básicos e restritos que cristalizam iniquidades através da expansão de um universalismo básico (GIOVANELLA, 2018).

2.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA AÇÃO COMUNITÁRIA

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) se localiza como a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS e representa os pilares da reforma sanitária, podendo ser caracterizada como um modelo que se contrapõe ao enfoque curativo, individual e hospitalar tradicional pretendendo, portanto, um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático (FAUSTO e MATTA, 2007).

A APS possui diferentes concepções acerca de sua atuação e uma das formas seria entendê-la enquanto primeiro nível de cuidado do sistema de saúde que está articulado aos demais. Esta atuação teria a função de embasar todos os outros níveis do sistema de saúde, devendo organizar e racionalizar o uso dos recursos disponíveis, tanto básicos como especializados, a fim de promover e manter uma melhora para a saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Para fortalecer a Atenção Primária à Saúde no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi instituída como uma política, pelo Ministério da Saúde em 2006, para reorganizar a

principal porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), reorientando o modelo assistencial tradicional.

Segundo Viana e Dal Poz (1998) apud Giovanella (2018), a ESF tem importante papel para expansão e interiorização do SUS pelo país através da municipalização de um modelo de assistência que utiliza tecnologias leves e conta com equipe multiprofissional para atuar com uma abordagem multidisciplinar. Tal abordagem visa fortalecer a prevenção, promoção e recuperação da saúde dos usuários, promovendo assistência integral e favorecendo a participação da comunidade para reorganização das práticas de planejamento, assistência e gestão.

Desde o antigo Programa Saúde da Família (PSF), instituído em 1994, já se incorporava a adoção de determinações legais que versam sobre a participação Popular no SUS. Segundo Brasil (1997, p.23), esta lógica de organização de trabalho na atenção básica deve possuir *“profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população”*.

Por sua vez, a Atenção Primária à Saúde quando incorpora o princípio da Integralidade se diferencia de outras lógicas assistenciais pois considera o conceito ampliado de saúde, reconhecendo o território em seus aspectos socioeconômicos e culturais através de uma ação dirigida com e para a comunidade no enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde e doença por meio da participação popular e da articulação intersetorial. Neste sentido, é possível notar que a concretização da orientação comunitária tem importante relevância para a construção de novas práticas assistenciais na saúde e transformação da gestão popular do SUS em uma realidade concreta.

Segundo Westphal (2006), em resposta à complexidade emergente dos problemas de saúde na década de 1980, surgiu em Ottawa no Canadá, um conceito contemporâneo de promoção da saúde. Após a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1986, foi emitida a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Esse documento reforça o conceito ampliado de saúde e a importância da ação comunitária, destacando que:

A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 3).

Como destaca Darmazo (2011, p. 13), a Carta de Ottawa ainda propõe cinco campos de ação principais para a Promoção da Saúde, dentre eles o reforço da ação comunitária, que

engloba a participação social (Estado e sociedade civil) na elaboração e controle das ações de Promoção da Saúde e visa o empoderamento da comunidade, preza pelo fortalecimento das organizações comunitárias, pela redistribuição de recursos, pelo acesso a informações e pela capacitação dos setores marginalizados do processo de tomada de decisões.

Assim como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, também expõe a participação da comunidade como uma das diretrizes do SUS e da RAS a ser operacionalizada na Atenção Básica, recomendando:

estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social. (BRASIL, 2017, p.8)

Por sua vez, o SUS como uma política de Estado e não de governo, possui em seu projeto político, a garantia da participação popular e da descentralização político-administrativa a fim de alcançar uma gestão compartilhada com a finalidade de fortalecer um movimento para sua própria defesa e existência. Desde a sua idealização até hoje, houve avanços no SUS neste sentido, porém ainda existem algumas distâncias entre a sua projeção e efetivação.

Essa constatação merece um olhar mais atento, que vai desde a micropolítica de como os trabalhadores do SUS desenvolvem suas práticas de modo a favorecer a gestão democrática e participativa do SUS até o levantamento da necessidade de concretização e/ou reelaboração das ações de Educação Permanente em Saúde para que seja possível promover a participação popular na produção de políticas e cuidados em saúde.

2.3 A ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA DAS PRÁTICAS DE SAÚDE NA APS

Sendo a orientação comunitária na Atenção Primária à Saúde, um dos atributos que favorecem a concretização de projetos políticos que fundamentam o SUS e diferenciam a ESF de outros modelos assistenciais, faz-se necessário ampliar o debate de que as práticas com orientação para a comunidade não podem estar focalizadas em ações pontuais e em profissionais específicos que compõe a Estratégia de Saúde da Família. A pesquisa realizada por Harzheim et al (2016, p. 1406), demonstra que este atributo ainda está em construção na

cidade do Rio de Janeiro e dispara a reflexão de que a orientação comunitária “*vai muito além da presença e ação do Agente Comunitário de Saúde, sendo necessário incrementar o planejamento das Unidades de Saúde com base em dados epidemiológicos e também nas preferências e valores dos usuários*”.

Entretanto, um ponto que chama atenção são as sugestões dos pesquisadores do estudo, citado acima, à gestão municipal. Na análise dos entraves para o avanço das práticas com orientação comunitária na cidade do Rio de Janeiro, alega-se que em áreas programáticas que possuem maior consolidação de programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade foram observados os maiores escores de avaliação dos atributos da APS, sugerindo em suas primeiras proposições o fortalecimento dos programas de residência médica e a expansão na formação de preceptores para este programa, porém não mencionam a necessidade de investimento de políticas intersetoriais de apoio ao trabalho dos profissionais de saúde e não ressaltaram a necessidade de transformação dos modelos de formação e qualificação profissional da equipe multidisciplinar e de agentes comunitários de saúde, tão indispensáveis para a concretização dos atributos da APS mal avaliados ou ainda em construção, como a orientação familiar e comunitária. A não inclusão dessa perspectiva de investimento pode denotar um tom de centralização da figura do médico para a transformação das práticas e relações de cuidado desenvolvidas no âmbito da APS.

Outros estudos desenvolvidos por Oliveira e Veríssimo (2015), Ferreira et al (2016) e Santos et al (2016) demonstraram que a Atenção Primária regida sob lógica da ESF favorece o desenvolvimento da orientação comunitária, por suas características mais essenciais e por facilitar o protagonismo de vários atores sociais no processo de produção de saúde, entretanto ressaltam que mesmo nesta lógica, ainda existem obstáculos para o desenvolvimento das práticas em saúde com orientação para a comunidade.

Em uma análise histórica do enfoque familiar e comunitário nas práticas de atenção primária à saúde pode-se observar que estas direções sociais do trabalho em saúde têm sido influenciadas diretamente pelas arenas políticas sobre as quais o SUS vem se desenhando desde a Reforma Sanitária. A disputa de forças que marcou as discussões sobre os alcances e limites da proposição de um sistema de saúde público, universal e integral são reflexos de uma sociedade de classes forjada pelos antagonismos de pensamentos políticos refletidos por uma disputa entre projetos de saúde e sociedade (GUIMARÃES, 2017).

A ampliação da Estratégia de Saúde da Família em áreas periféricas colocou os profissionais de saúde em contato com os mais complexos determinantes sociais do processo de saúde-doença. No desenvolvimento da esfera social do trabalho em saúde, os profissionais

se veem diante da exigência de criar vínculo e aproximação com os sujeitos em diversos contextos: em consultórios, visitas domiciliares e ações educativas e comunitárias. As demandas de saúde se esbarram em condições precárias de vida e trabalho dos sujeitos que exigem uma complexa rede de articulação multiprofissional e interdisciplinar de conhecimentos para abordagem e proposição de ações, reforçando assim a insuficiência da lógica de pensar que o fazer profissional na área da saúde pode ser um fim em si mesmo, visto que toda ação profissional precisa estar ancorada a políticas intersetoriais de suporte (GUIMARÃES, 2017).

As políticas públicas de saúde, são expressas através dos interesses de classes e grupo de classes no âmbito do Estado e da sociedade civil. Sua racionalidade é fundamentada e organizada a partir de uma forma de conceber a realidade que possui sempre uma força hegemônica de dominação de determinadas classes sobre outras. Com isso, fica perceptível que o trabalho em saúde possui uma dimensão pedagógica de colaboração para a construção de possibilidades do ser social ou de promoção e manutenção de relações de dominação (GUIMARÃES, 2017).

Gramsci (2014, p. 399) apud Guimarães (2017, p. 568) afirma que *"toda relação de hegemonia é necessariamente uma relação pedagógica"*. Portanto, não existe neutralidade na atuação profissional em saúde no contexto das políticas sociais, seja na sua dimensão ética, política, teórica ou assistencial, pois a ação profissional sempre irá reproduzir uma direção social para reafirmar o caráter pedagógico do trabalho em saúde.

Paim (2012, p.468) apud Guimarães (2017, p. 568) apontou que os modelos de atenção à saúde podem ser qualificados pelo conceito de hegemonia, na medida em que *"a direção política e cultural exercida por um dado projeto de uma classe ou de um segmento social é acionada para obtenção de consenso ativo da população"*. Neste sentido, a racionalidade instrumental dos serviços de saúde no Brasil ainda reproduz uma lógica burguesa e neoliberal, mesmo que tenha progredido no processo de contrarreforma do Estado em relação aos anos anteriores. Após a reforma sanitária, entretanto, o que se pode observar é que as políticas de saúde vêm, implicitamente, refuncionalizando os princípios e fundamentos do SUS, distanciando-os das ideias mais radicais de rupturas com modelos hegemônicos, defendidas pelos movimentos sociais que culminaram na Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

O movimento contra-hegemônico, defendido por lideranças de movimentos sociais e determinados grupos sociais que estiveram presentes na discussão da Reforma Sanitária é freado pela defesa de um SUS possível - por parte de forças antagônicas - na medida em que o avanço de políticas sociais está subordinado ao interesse de políticas macroeconômicas que

favorecem a privatização de serviços, fragilização de vínculos e contratos de trabalho e contém o enfoque qualitativo do trabalho em saúde. A perpetuação dessa racionalidade neoliberal restringe a autonomia profissional, desresponsabiliza o Estado e transforma problemas sociais em problemas pessoais (privados) que repercutem uma tendência à patologização e psicologização da vida social (GUIMARÃES, 2017).

Diante desse cenário, cabe destacar a funcionalidade da Saúde da Família enquanto estratégia política para resistência a essa ideologia pós-moderna via trabalhadores e usuários. A direção do processo de trabalho na Saúde da Família é atravessada pelas noções de cuidado ainda individualista e propositalmente inclinada à negligências da subjetividades no processo de produção social da saúde, pois o sistema gerencial tende a direcionar as práticas para um enfoque sanitarista sob o discurso de acolhimento e vinculação entre profissionais e usuários que não permitem uma compreensão crítica da dimensão social da saúde de forma ampla para além de uma esfera relacional (GUIMARÃES, 2017).

Algumas ferramentas e formas de organização disponíveis aos profissionais de saúde da atenção primária à saúde, regida sob a lógica da ESF, como: consultas, visitas domiciliares, trabalho em equipe, genogramas, ecomapas, ciclos de vida, projetos terapêuticos singulares tendem a individualização e/ou psicologização da vida social. Essas ferramentas, se utilizadas por meio de metodologias conservadoras tanto no enfoque terapêutico quanto no planejamento, podem acentuar a cultura da culpabilização dos usuários por suas condições de saúde além de responsabilizar profissionais de saúde a trazerem resolução pontuais de problemas individuais e cotidianos. Neste sentido, para que o uso destas ferramentas seja potente, é indispensável a aplicação das técnicas – que essas ferramentas possuem – através de uma abordagem que também assuma como ponto de partida a dimensão histórica e coletiva que originam os problemas sociais estruturantes da produção de adoecimento (GUIMARÃES, 2017).

O desafio que está posto nesse sentido é colocar a abordagem clínica em uma dimensão ampliada que ultrapasse e/ou supere a fragmentação do cuidado em saúde e o distanciamento do modelo focado na doença, uma vez que apesar do avanço no reconhecimento dos determinantes sociais sobre o processo de adoecimento e produção de saúde, há sempre um risco de adotar-se uma abordagem inclinada à pura patologização da vida social (que carece de ações terapêuticas). Um enfoque individual e moral permite a perpetuação da formulação de políticas de saúde que mantém uma perspectiva terapêutica para enfrentar os problemas sociais sob a ótica da doença, se traduzindo muitas vezes em

políticas focalizadas e contencionistas que trazem o enfrentamento das desigualdades sociais para o campo psíquico e muitas vezes medicalizante (GUIMARÃES, 2017).

2.4 AS PRÁTICAS NA APS COM ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA COMO MOTOR PARA AMPLIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS

A prática da orientação comunitária reduzida à lógica de harmonização da comunidade e restrita apenas às noções de território, educação em saúde e abordagem comunitária, sem mediação de uma dimensão sociopolítica, são reflexo de uma construção histórica e cultural de organização social e conseqüentemente das arenas onde são discutidas as políticas de saúde pública. Assim como os profissionais estão submetidos ao risco de reproduzirem uma lógica assistencial restrita como direção, há também um potencial mobilizador grande para o levantamento crítico de lutas e mobilização de classes para o enfrentamento do pensamento hegemônico que ainda influencia as práticas e políticas em saúde. Nesse sentido, a participação popular como uma das dimensões previstas no conceito de orientação comunitária deve também ser valorizada e priorizada.

Para Cruz e Brutscher (2018), o conservadorismo, clientelismo e patriarcalismo que ainda caracteriza e dá forma à organização política brasileira contribui para que a população seja submissa às vontades de seus representantes de governo, assumindo um papel indireto e pontual nas decisões políticas. Cruz (2008) apud Cruz e Brutscher (2018), ainda destaca que dentro dessa lógica da democracia representativa, há uma cultura de resignação às desigualdades e injustiças.

O escasso incentivo estrutural e moral para a participação popular nas reivindicações e mobilizações têm contribuído para a manutenção dessa cultura política dominante que inclui a baixa participação popular na saúde. No que tange a estrutura, percebe-se que os cidadãos não dispõem muitas vezes de suporte concreto para manterem uma participação ativa em meio às necessidades de investimento de tempo para manterem suas condições de vida e de suas famílias, pois estes, que são usuários do SUS fazem parte de um sistema capitalista que produz a cultura do consumo e da acumulação. No que se refere ao incentivo moral, percebe-se que há uma sensação comum de fracasso das classes populares diante da tímida valorização social em relação à potencialidade de suas vozes e participações por meio de ação política para mudar concretamente as estruturas que forjam suas condições de vida (CRUZ E BRUTSCHER, 2018).

Vieira e Calvo (2011) apud Cruz e Brutscher (2018, p.251) reforçam que a baixa adesão dos usuários aos espaços de participação nos serviços de saúde se deve também aos processos de deliberação serem permeados pelo

clientelismo, elitização da representação, legitimidade comprometida/representatividade desarticulada da base, condições inadequadas de funcionamento, ingerência de gestores sobre a pauta, existência mínima de comissões, desequilíbrio entre estrutura/mobilização e rompimento de autonomia

Para além dos espaços institucionalizados de participação popular e controle social, a educação popular em saúde assume um papel político importante para fortalecer as práticas de saúde com orientação comunitária que se expressam não só por uma via tecnicista e assistencial, mas também por uma atuação baseada na luta pela garantia da participação social em espaços não institucionalizados e no empoderamento comunitário. Acioli (2005, p. 301) apud Cruz e Brutscher (2018) argumenta que a participação popular institucionalizada é importante para controle social e caro aos caminhos pelos quais originaram os fundamentos do SUS, entretanto:

não pode nem deve substituir os espaços de participação não institucionalizada que se concretizam através de redes de movimentos e grupos sociais, ainda que possam manter entre si uma relação de articulação e fortalecimento. É preciso que o exercício do controle social se dê dentro e fora dos conselhos de saúde.

Torna-se essencial, portanto, promover no cotidiano da Atenção Básica espaços participativos com estímulo à participação das pessoas. Para além disso, é necessário "constituírem-se processos na direção de mudanças profundas e amplas, mas que, necessariamente, pressuponham envolver mudança de hábitos das pessoas no que diz respeito à relação Estado/Sociedade" (Oliveira, 2007 apud Cruz e Brutscher, 2018, p.251).

A orientação comunitária, enquanto atributo da APS a ser operacionalizado, deve compreender o estímulo da participação popular em todos os espaços decisórios. Essa dimensão da relação estabelecida com a comunidade não pode ser negligenciada ou capturada por outras demandas institucionais (GUIMARÃES, 2017).

2.5 A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA AMPLIAÇÃO DAS PRÁTICAS COM ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA: OS FUNDAMENTOS, A HISTÓRIA E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA EPS ENQUANTO POLÍTICA NACIONAL

Na dedicatória de seu livro *Educação Popular e Atenção à Saúde da Família*, Eymard Vasconcelos traduz um pouco do cenário de tecnificação dos processos de cuidado e

burocracia institucional como obstáculos ao fazer participativo nos serviços, ao dedicar sua pesquisa

aos modernos barões e duquesas da máquina burocrática do setor Saúde que, inspirados no desejo de expandir os serviços, mas seduzidos pelo poder, se tem empenhado com extremo ardor e radical intolerância na reforma do sistema de saúde por meio da racionalidade administrativa gestada na indústria capitalista. (...) por seus autoritarismos e por suas desconsiderações sobre a complexidade da dinâmica da relação entre os serviços de saúde e a população (VASCONCELOS, 2015, p.7).

No que se refere ao relacionamento entre os serviços de saúde e a população, Vasconcelos (2015) destaca que os desencontros entre as instituições e a população fomentados por um fosso cultural, podem ser superados através da Educação Popular em Saúde e não somente com mais recursos materiais e humanos, embora eles sejam também um ponto de partida. Segundo o autor, o reconhecimento das heterogeneidades e da diversidade dos interesses políticos das classes populares mediadas por espaços de construção coletiva de interesses políticos e pautas são possíveis dentro das práticas de Educação Popular que podem ser desenvolvidas no contexto de uma Atenção Primária à Saúde forte e democrática, transportando assim o lugar da educação na APS de componente para processo transversal a todas as práticas em saúde desenvolvidas.

A educação pensada sob seu ponto de vista mais amplo pode ser compreendida como uma ação libertadora que resulta de um processo de conscientização, em que o método é a própria consciência gerada por meio de uma relação pedagógica horizontal e dialógica. Neste contexto, todos os atores envolvidos nesta construção, assumem um papel importante, numa tarefa dialética em que todos são sujeitos ativos frente ao exercício de refletir e criticar determinada realidade para recriar o conhecimento e transformar o objeto ou contexto que se analisa ou pretende-se compreender (FREIRE, 2001).

A Educação Popular, também embasada por Paulo Freire, amplia o debate sobre a educação como abordagem para emancipação de sujeitos e para reforço da democracia, através de um processo coletivo de libertação e transformação social. Em sua concepção essencial, a educação popular tem compromisso de valorizar os sujeitos e torná-los igualmente importantes para a construção coletiva do conhecimento. Desta maneira, um debate atual tem sido feito para que esta filosofia seja um marcador para avaliação das metodologias ativas² aplicadas nos processos educativos e formativos no setor saúde e

² As metodologias ativas são um conjunto de métodos para o ensino-aprendizagem que nascem de reformulações de pensamentos pedagógicos tradicionais anteriores, numa tentativa de conferir maior eficiência ao processo educativo a partir da problematização da realidade e do saber. Neste sentido, objetiva-se superar fragilidades na formação em saúde, entretanto, é sempre necessário observar que um método isolado não é capaz de romper com o utilitarismo quando não se questiona as finalidades do processo pedagógico ou quando o compromisso adotado

educação, se tornando um filtro para avaliar a coerência da escolha do método com os propósitos estabelecidos no processo educativo, preservando sempre a radicalidade da valorização do diálogo acima de qualquer estratégia e planejamento unilateral (SIMON et al., 2014).

A Educação Popular em Saúde (EPS), no Brasil, sob a perspectiva da Saúde Coletiva apresenta-se de modo expressivo desde os anos 1970. A constituição da Educação Popular (EP), orientadora do fazer educacional, vem desde o final dos anos 1950 quando emergiram movimentos de cultura popular e experiências no campo da educação de jovens e adultos, liderados por Paulo Freire. No campo da saúde, a EP foi se expressando por meio de processos de construção coletiva e compartilhada de conhecimentos, experiências sociais e ações profissionais que visavam a superação de desigualdades sociais e processos de opressão, sofrimento e iniquidades vivenciados por diversos coletivos e grupos sociais (CRUZ, 2018).

Durante a ditadura militar, a EPS integrou práticas de saúde no cenário comunitário, de modo subversivo, que foram importantes para os processos do que atualmente se entende por construção compartilhada de conhecimento, a partir de vários saberes a fim de se atingir o objetivo de que todos os brasileiros pudessem ter direito à saúde por meio do acesso universal a um sistema público de saúde. O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, o Movimento Popular de Saúde, as Comunidades Eclesiais de Base, o Movimento Estudantil, dentre outros, foram espaços de articulação e mobilização de pessoas que produziram trabalhos sociais, ações, diálogos e negociações importantes para a construção do SUS (CRUZ, 2018).

Segundo Pedrosa (2021, p.3-4),

durante a ditadura militar esses espaços políticos e as concepções teóricas e metodológicas da pedagogia freiriana sobreviveram resistindo em pequenos movimentos, isolados, mas sempre aglutinando pessoas em torno da luta por melhores condições de vida, de modo que, com a redemocratização do país no fim dos anos 1980, a EPS já se caracteriza como movimento organizado em rede – agregando militantes dos movimentos sociais, docentes, discentes, pesquisadores e trabalhadores da saúde principalmente da atenção básica e saúde mental – e realiza encontros de forma sistemática para troca de experiências, formação de lideranças e desenvolvimento de práticas populares e tradicionais de saúde, utilizando inclusive as novas tecnologias de comunicação, como a lista da Rede de Educação Popular em Saúde (RedePop) na internet. No VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em 2000, ocorrida em Salvador, BA, a partir de uma oficina promovida pela RedePop, foi constituído Grupo de Trabalho de EPS na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Em 2002, no X Encontro da Redepop, foi construído um documento e encaminhado ao então candidato à Presidência do país, Luiz Inácio

no processo não considera o outro como parte indispensável para construção do conhecimento. Com isso, pode-se entender que a escolha de metodologias ativas está ainda sujeita ao risco de se tornar mais uma reprodução de métodos pedagógicos não democráticos e pouco emancipatórios. (SIMON et al., 2014).

Lula da Silva, na qual a Rede, enquanto coletivo social, propunha e reivindicava maior participação institucional no SUS. No ano de 2003, a Comissão de Transição do presidente eleito propõe mudanças na estrutura do Ministério da Saúde criando a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). A Educação Popular em Saúde inicia na SGTES como Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde (CGAPES) e em 2005 migra para a SEGEP como Coordenação Geral de Educação Popular em Saúde e Mobilização Social (CEPSMS).

Desde então, de acordo com Cruz (2018, p. 20), a EPS tem

orientado de forma significativa a construção de práticas alternativas aos modos dominantes (biomédicos, autoritários, medicalizantes e desumanizantes) de fazer, sentir e pensar as realizações de cuidado em saúde tanto no Brasil quanto em outros países.

Progressivamente, os processos educativos e os encontros entre pessoas, mediados pela EPS, vêm produzindo possibilidades para a construção de horizontes para melhor enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde e doença, bem como tem se revelado como uma abordagem alternativa para implementação das políticas públicas e das ações dos serviços de saúde (CRUZ, 2018).

Pedrosa (2021, p.4), nesta trajetória política da EPS, destacou que

esses acontecimentos com suporte da base institucionalizada da EPS, isto é, as Coordenações de Educação Popular do MS (SGTES e SGEP), contribuíram para o exercício em ato do protagonismo na construção do devir das práticas de educação popular em saúde como movimento político, organizado em coletivos sociais, promovendo a constituição de seus sujeitos e definindo seus espaços no SUS, na academia e na sociedade. Ainda que referenciados pelos mesmos princípios éticos, políticos e conceituais da EPS, observamos que a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (Aneps) traz de modo mais explícito a dimensão política da participação social na gestão e nas práticas do SUS. A Articulação Nacional de Extensão Popular (AnePop) foca a integração ensino, serviço e comunidade, enquanto a RedePop se preocupa com a avaliação crítica dos processos de formação, com os modos de produzir conhecimentos coerentes com os princípios da EPS e com o diálogo com outros saberes e culturas.

Com isso, entende-se que a institucionalização da EPS como Política Nacional se deu com a constituição de comitês e grupos de trabalho em diálogo com o Ministério da Saúde. Cruz (2018) destaca os princípios que orientam a política nacional da EPS, instituída em 19 de novembro de 2013, a saber: o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação, o compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Segundo o autor

esses princípios são norteadores de um processo coletivo e compartilhado de conquista das pessoas e grupos no sentido da superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento. Tais fundamentos fortalecem o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática, onde as pessoas e grupos sejam protagonistas, incentivando a reflexão, o diálogo, a expressão da amorosidade, a criatividade e autonomia, afirmando que a libertação somente acontece na relação com outro, contrapondo-se às atitudes autoritárias e prescritivas, e radicalizando o conceito da

participação nos espaços de construção das políticas da saúde (CRUZ, 2018, p. 93-94).

Com isso, ficam tangíveis as correlações dos ganhos que a adoção e incorporação dos fundamentos da EPS podem ter quando se analisa a direção que as práticas em saúde com orientação comunitária necessitam assumir para atingir não só objetivos gerenciais e assistenciais, mas também políticos no âmbito da APS. O reconhecimento de que a efetivação da orientação comunitária não depende apenas da territorialização, assistência clínica e vigilância em saúde, mas também da mobilização da comunidade para uma participação popular efetiva nos processos de produção de saúde é o ponto de partida para ampliação desse debate e para o reconhecimento amplo do conceito em discussão.

A EPS oferece recursos de construção coletiva capazes de promover progressos emancipatórios dos sujeitos frente ao reconhecimento dos determinantes sociais do processo de saúde-doença. Esta possibilidade se expressa de forma promissora para o contexto de uma atenção primária articulada, equânime e democrática. As práticas com orientação comunitárias desenvolvidas à luz dos fundamentos da EPS permitem o conhecimento da comunidade para além dos corpos humanos que as compõem, na medida em que há valorização da cultura popular e da cosmovisão que impulsiona dada organização social. Então, torna-se possível pensar a saúde da comunidade sob um espectro maior de dimensões que estão implicados nas relações comunitárias, traçando paralelamente um ponto de equilíbrio entre a racionalidade científica e as experiências/saberes populares.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de um estudo bibliográfico com abordagem qualitativa, que se propõe a realização de um aprofundamento teórico sobre o conceito de Orientação Comunitária enquanto atributo da APS definido pelo Ministério da Saúde no Brasil e suas relações diretas com os fundamentos e princípios da Educação Popular em Saúde.

A escolha por um estudo teórico também passou pelo critério da viabilidade para realização de uma pesquisa de campo sobre a Orientação Comunitária na APS num contexto desfavorável de Pandemia do Covid-19, para observação, coleta de dados e análise do cenário de campo dessas práticas que estão suprimidas por outras demandas no serviço de saúde neste momento sanitário. Além disso, a proposta deste estudo é fazer uma discussão a nível da realidade brasileira, o que não seria possível desenvolver com uma pesquisa de campo dentro do tempo previsto para a conclusão de um curso *Stricto Sensu* na modalidade de Mestrado Profissional.

Segundo Demo (2000, p. 20), a pesquisa teórica está “dedicada a reconstruir teoria, conceitos, ideias, ideologias, polêmicas, tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos”. Esse tipo de pesquisa se inclina para a reconstrução de teorias, referências, matrizes explicativas e discussões pertinentes sobre determinado tema já conhecido para ampliação da visão sobre o mesmo a fim de possibilitar a criação de novas condições de intervenção na realidade, mesmo que os resultados, nesta modalidade de estudo, não estejam diretamente implicados em uma ação direta no cenário pesquisado. Demo (1994, p.36), complementa afirmando que "o conhecimento teórico adequado acarreta rigor conceitual, análise acurada, desempenho lógico, argumentação diversificada, capacidade explicativa".

Para Maldonado (2011, p. 294-295),

a pesquisa teórica não pode ser reduzida a mera revisão literária para ser editada em resenhas rápidas repetitivas; pelo contrário, exige a problematização constante das ideias e dos raciocínios as questões e os aspectos do problema/objeto em fabricação.

A natureza preponderantemente qualitativa é coerente com a abordagem teórica adotada, tendo em vista que esta percebe o ator como central na construção de conceitos a partir da interpretação que faz da realidade, contrapondo com o arcabouço científico já produzido sobre o objeto em estudo e com articulação de teorias para fundamentar a construção de uma nova perspectiva de compreensão sobre o tema.

Para Godoy (1995), a pesquisa qualitativa não apresenta um formato rígido e sistematicamente estruturado, permitindo ao pesquisador desenvolver o estudo com inovação,

criatividade e flexibilidade para propor novos caminhos e enfoques. Diante disso, opta-se neste estudo pela revisão narrativa da literatura como técnica de análise, pois

a revisão da literatura narrativa ou tradicional, quando comparada à revisão sistemática, apresenta uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente (CORDEIRO, et al 2007, p.429).

Embora não haja uma rigidez para a realização da revisão narrativa da literatura, algumas etapas da revisão sistemática serão respeitadas para que a construção das análises de pesquisa colabore para novos olhares sobre o objeto em investigação.

Além da revisão bibliográfica, adotou-se como método de análise, a construção de um mapa conceitual (ver página 54) que reúne e sistematiza conceitos que envolvem a orientação comunitária na APS e de um quadro conceitual (ver página 79) que articula as dimensões teóricas da orientação comunitária com os princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, visando a ampliação do debate do objeto em estudo e a identificação de obstáculos ao avanço das práticas de cuidado com orientação comunitária no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Sendo assim, destaco abaixo os métodos e técnicas selecionados para alcance de cada objetivo específico da presente pesquisa:

Quadro 01 - Síntese do Desenho da Pesquisa

Objetivo Geral: Analisar a Orientação Comunitária na Atenção Primária à Saúde, no contexto brasileiro, à luz dos princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS)	
Objetivos Específicos da Pesquisa	Técnica de Pesquisa e Método de análise dos dados
1) Investigar como a orientação comunitária na Atenção Primária à Saúde se localiza nas produções científicas brasileiras,	Revisão da Bibliografia Análise bibliográfica com exposição quantitativa dos dados e com discussão qualitativa e integrativa de artigos.
2) Sistematizar conceitos complementares ao conceito de orientação comunitária para contribuir com a compreensão e aplicação do conceito da orientação comunitária na atenção primária brasileira	Mapa conceitual Revisão da Bibliografia Discussão teórica de conceitos a partir de buscas em base de dados para a articulação e a integração deles para ampliação do debate conceitual acerca do objeto de estudo.

3) Demonstrar relações dialógicas entre os princípios da Educação Popular em Saúde e as práticas com a orientação comunitária no contexto da Estratégia de Saúde da Família no Brasil.	<p>Quadro conceitual</p> <p>Revisão da Bibliografia</p> <p>Discussão teórica sobre os princípios definidos na PNEPS-SUS a partir de uma análise transversal com as dimensões conceituais sistematizadas no passo metodológico anterior para a produção de um quadro de conceitos articulados que sintetizam possíveis resultados.</p>
--	---

Fonte: Produção Autoral

Na revisão da bibliografia para investigar como a orientação comunitária na Atenção Primária à Saúde se localiza nas produções científicas brasileiras, foram definidas as seguintes palavras-chaves: “Orientação Comunitária” AND “Atenção Primária à Saúde” AND “Saúde da Família”. A busca foi realizada na Scientific Electronic Library Online (SCIELO)³.

A coleta de dados do presente estudo foi realizada no mês de junho de 2020 e os dados foram analisados a partir da construção de dois quadros (APÊNDICE 01 e 02) para reunião dos núcleos metodológicos, dimensões temáticas, resultados encontrados nos artigos e impressões sobre o artigo, de modo que foi possível analisar os dados de forma comparativa e integradora.

A técnica de seleção dos artigos a serem analisados foi manualmente após leitura e análise do conteúdo dos artigos. Para isso, alguns critérios de inclusão e de exclusão foram: ano da publicação, local, idioma e conteúdo das publicações. Foram incluídos apenas fontes de dados que possuíam uma discussão acerca da orientação comunitária na APS brasileira no contexto da ESF. Em relação ao recorte temporal, foi delimitado o período compreendido entre 1990 a 2021, considerando a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei 8.080/90. Entre as produções encontradas, foram selecionadas apenas as pertencentes ao campo de pesquisa localizado no Brasil e somente em textos completos publicados em periódicos brasileiros e em português.

Na Revisão da bibliografia, utilizada como método para o alcance dos objetivos específicos 2 e 3, a coleta de dados se deu por meio de busca realizada no Google Acadêmico

³ O descritor principal da busca, “orientação comunitária”, não está indexado nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Após inúmeras tentativas de conjugação deste descritor (indispensável à análise central do objeto de estudo), a BVS disponibilizou inúmeras produções científicas sem a menor correlação com o tema buscado, mesmo com a aplicação de filtros de pesquisa, muito provavelmente pela falta de indexação do descritor. Diante disso, a base de dados SCIELO, reconhecida como uma fonte – confiável e ampla – para buscas bibliográficas, se tornou uma opção viável ao demonstrar melhor indexação do descritor “orientação comunitária” às produções científicas que versam direta ou indiretamente sobre o tema.

e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)⁴, que inclui, dentre outras, as seguintes bases de dados: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Alguns descritores foram selecionados: “Educação Popular em Saúde” AND “Atenção Básica”, “Territorialização da saúde”, “participação popular no SUS” AND “participação social no SUS”, “Intersetorialidade no SUS” AND “Atenção básica”, “gestão do cuidado” AND “gestão compartilhada no SUS” AND “Estratégia de Saúde da Família”.

A coleta de dados do presente estudo foi realizada entre os meses de junho de 2020 a março de 2022 e a análise bibliográfica ocorreu de forma simultânea à construção do mapa e quadro conceitual.

O mapa conceitual foi construído a partir da análise do conceito de orientação comunitária proposto por Barbara Starfield (2002) e adotado pelo ministério da Saúde no Brasil. Segundo Tavares (2008, p.72),

o mapa conceitual é uma estrutura esquemática para representar um conjunto de conceitos imersos numa rede de proposições. Ele é considerado como um estruturador do conhecimento, na medida em que permite mostrar como o conhecimento sobre determinado assunto está organizado na estrutura cognitiva de seu autor, que assim pode visualizar e analisar a sua profundidade e a extensão.

Tavares (2007) apud Bernardes, Dutra e Ribeiro (2021, p.3), destaca que nos

mapas em que os conceitos estão em conformidade com o que é aceito pela comunidade científica sobre determinado tema, não existe um mapa certo ou errado, pois são expressões pessoais que cada um tem sobre o tema. O autor pondera que no processo de representação e organização do conhecimento do pesquisador sobre um determinado tema, o mapa conceitual pode transformar em concreto o que antes era abstrato.

A correlação de conceitos da orientação comunitária analisados à luz dos princípios da PNEPS-SUS, permitiu a construção de um quadro conceitual que sintetiza possíveis resultados esperados na prática a partir de tal associação teórica de análise. O quadro conceitual construído é produto final de uma análise teórica de conceitos e fundamentos associados ao objeto desse estudo.

Por se tratar de uma pesquisa teórica que não envolve a coleta de dados com seres humanos, este projeto não foi encaminhado ao comitê de ética pesquisa da ENSP. Não houve

⁴ Neste caso, optou-se pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), devido o reconhecimento desta base de dados como uma das mais amplas para consultas de produções científicas no campo da saúde. Os descritores utilizados para estas revisões estão indexados como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) na plataforma, diferentemente do descritor principal “orientação comunitária”, utilizado na primeira revisão bibliográfica.

necessidade da criação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo em vista que os dados foram coletados em fontes de domínio público e acesso irrestrito.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

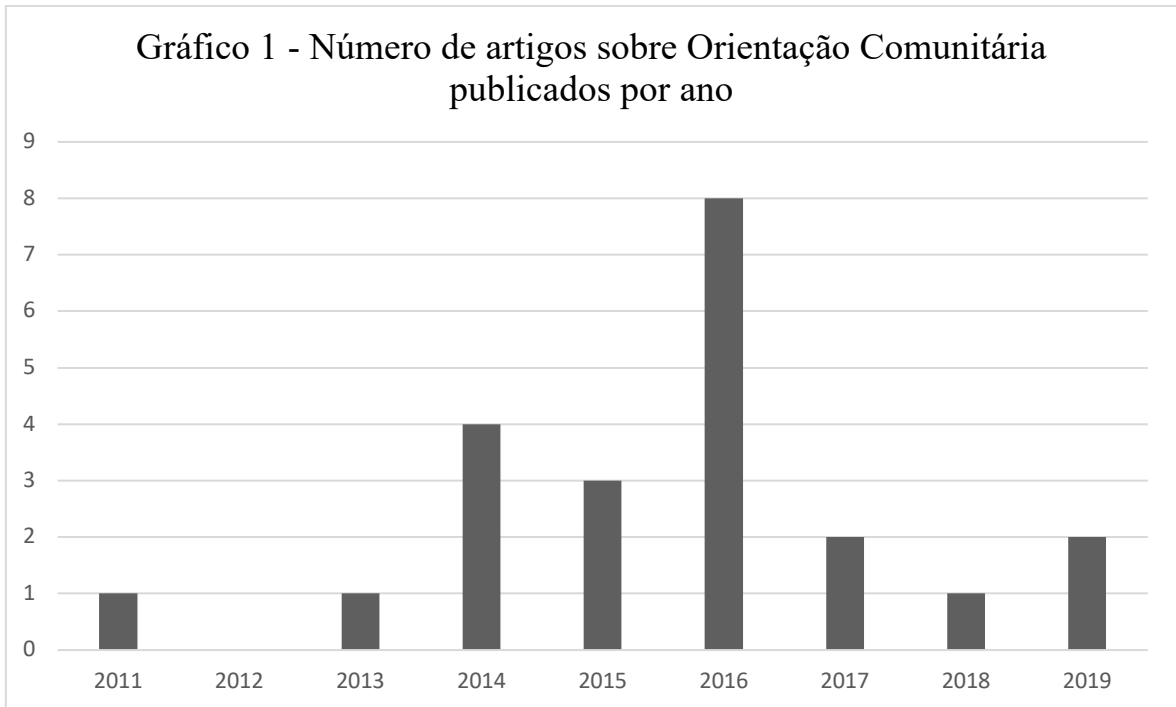
4.1 O PANORAMA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NO BRASIL

Apresento a seguir uma revisão da bibliografia acerca da Orientação Comunitária na Atenção Primária à Saúde, a partir das seguintes palavras-chave: “Orientação Comunitária” AND “Atenção Primária à Saúde” AND “Saúde da Família”.

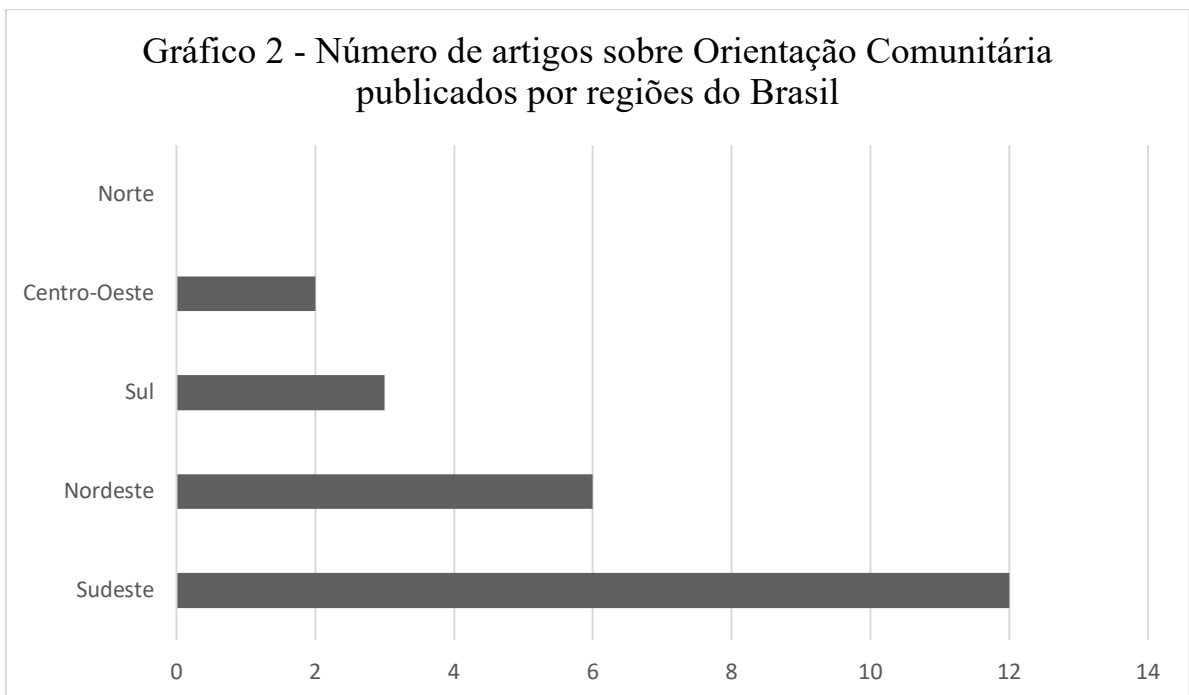
De acordo com a busca através dos descritores mencionados acima, foram encontrados 44 artigos, sendo todos artigos completos com publicações em periódicos científicos brasileiros. Entre as produções encontradas, foram selecionadas as pertencentes ao campo de pesquisa localizado no Brasil e cujo objeto de estudo ou temática está relacionada ao questionamento que motiva este trabalho. Desta forma, apenas 23 publicações foram selecionadas resultantes dos critérios de inclusão pré-estabelecidos e após a exclusão de duplicatas. As demais publicações foram excluídas por inconsistência com a temática da pesquisa.

Dos 23 artigos encontrados, 5 foram publicados na *Ciência & Saúde Coletiva*, 3 na *Revista Brasileira de Enfermagem*, 3 na *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 3 na *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2 na *Acta Paulista de Enfermagem*, 2 na *Cadernos de Saúde Coletiva*, 1 *Cadernos de Saúde Pública*, 1 na *Revista Escola Anna Nery*, 1 na *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 1 na *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* e 1 *Saúde e Sociedade*.

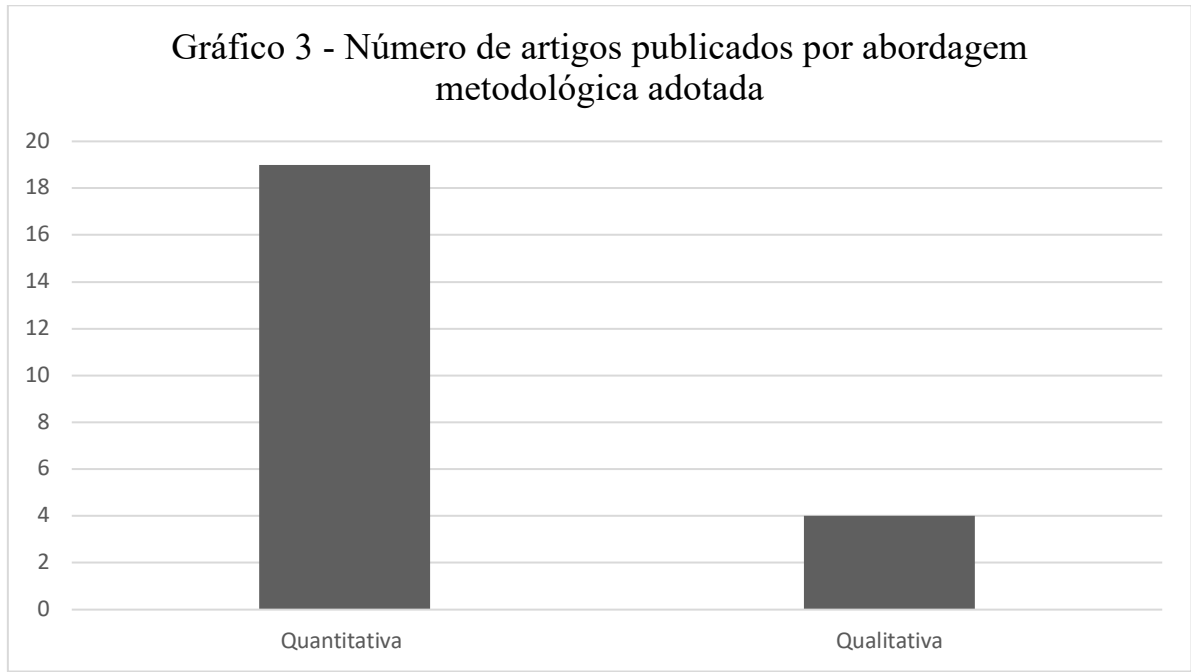
As pesquisas encontradas foram conduzidas entre 2011 e 2019, sendo 2 artigos publicados em 2011, 1 em 2013, 4 em 2014, 3 em 2015, 8 em 2016, 2 em 2017, 1 em 2018 e 2 em 2019 (Gráfico 1).



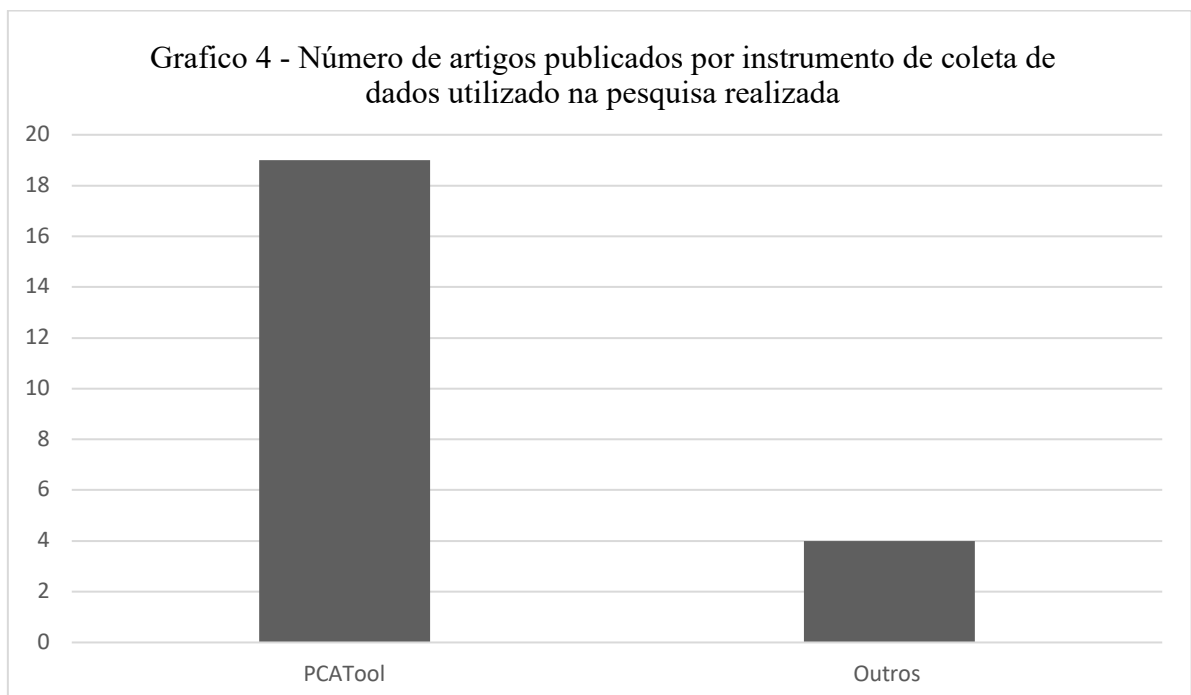
Entre as regiões produtoras foram identificadas as regiões: Sudeste com 12 artigos, Nordeste com 6 artigos, Sul com 3 artigos, Centro-Oeste com 2 artigos e nenhuma publicação da região Norte do País (Gráfico 2).



Quanto à metodologia, foram encontrados 21 artigos de pesquisa de campo e 02 artigos de revisão científica (Quadro 01). Dentre os 23 artigos, 19 adotaram uma abordagem metodológica quantitativa e apenas 04 artigos adotaram abordagem qualitativa (Gráfico 3).



Quanto a forma de coleta de dados, 19 artigos adotaram o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) e apenas 04 artigos adotaram outros instrumentos para coleta dos dados em suas pesquisas (Gráfico 4).



Esta busca bibliográfica evidencia que a maioria dos estudos sobre orientação comunitária, disponíveis em bases de dados brasileiras adotam uma abordagem quantitativa para medir o grau de afiliação do atributo da orientação comunitária na perspectiva de usuários, profissionais e gestores que atuam na APS. As grandes maiorias dos estudos publicados até o momento selecionaram majoritariamente o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) - que avalia o grau de orientação à APS por meio de atributos denominados “essenciais” e “derivados”, através de um questionário de perguntas fechadas e objetivas - para desenvolver o processo avaliativo.

Uma revisão de literatura realizada por Prattes et al (2017), permitiu identificar limitações na avaliação padronizada, que a versão brasileira do PCATool pretende fazer, dada a heterogeneidade dos serviços na APS. Neste sentido, Silva et al (2018) também destacou a limitação de um instrumento avaliativo de perguntas fechadas para entender os entraves para expansão das práticas voltadas para concretização da orientação comunitária no atendimento à população masculina que acessa a APS na cidade de Teresina no Piauí. O estudo ainda aponta para a necessidade de novas pesquisas para investigar os possíveis limitadores para o avanço da abordagem comunitária na APS.

Um estudo desenvolvido por Moreira et al (2019), não utilizou a ferramenta PCATool e avaliou a orientação comunitária sob 03 dimensões: atuação baseada no território, intersetorialidade e participação social/empoderamento comunitário na perspectiva de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre as práticas do NASF. O atributo orientação para a comunidade demonstrou ser pouco considerado na organização do trabalho dos núcleos. As três dimensões analisadas sinalizaram importantes limitações, ganhando destaque na fala dos ACS a reduzida valorização das demandas locais no processo de planejamento e organização do trabalho, refletindo a priorização de ações programáticas definidas pelos níveis centrais de gestão em detrimento da atenção às realidades locais.

Neste sentido, Silva e Fracolli (2016) fazem uma discussão acerca da maior realização de abordagens individuais em consultórios em detrimento de abordagens coletivas. Os autores destacam que a concretização dos atributos derivados está condicionada ao desenvolvimento dos atributos essenciais e ainda apontam que a predominância de práticas curativas e preventivas consagradas e individuais, a verticalização na organização das ações, a falta de comunicação adequada entre profissionais e usuários e o pouco espaço para a participação e inclusão de novas demandas de saúde da população, contribuem para a fragmentação da assistência.

Em 15 estudos de um total de 16 estudos que trabalharam avaliações da orientação comunitária na perspectiva de usuários da APS, encontrou-se uma insatisfação em relação às práticas relacionadas à orientação comunitária que são desenvolvidas em sua unidade de APS de referência. Dos 5 estudos encontrados com avaliação na perspectiva de profissionais, 4 apontaram para uma baixa avaliação dos profissionais acerca de suas práticas relacionadas à orientação comunitária e apenas 1 obteve um escore de avaliação acima da média esperada. Os estudos desenvolvidos por Silva, Baitelo e Fracolli (2015), Alencar et al (2014) e Paula et al (2017) demonstraram que a avaliação dos usuários refletiu uma média de baixo escore enquanto profissionais dos mesmos cenários pesquisados avaliaram com escore acima da média esperada as suas práticas relacionadas à orientação comunitária.

A análise dos estudos acima citados nos permite inferir que a qualidade autorreferida por profissionais da ESF diverge da avaliação dos usuários. Embora, a APS não seja capaz de dar respostas a todas as demandas e necessidades dos usuários do SUS, a reflexão que estes estudos provocam é de que pode haver uma compreensão inadequada ou insuficiente dos profissionais de saúde da família acerca dos atributos ao desenvolverem suas práticas e isso se reflete na avaliação que os usuários fazem do serviço e da abordagem que recebem, denotando ainda que o vínculo entre os profissionais e os usuários deste cenário tem sido construído por caminhos verticais.

Nesse contexto, podemos questionar o quanto as reais necessidades da comunidade e famílias estão sendo colocadas em segundo plano, quando a partir dessa avaliação discrepante deduz-se um possível distanciamento dos profissionais com a população atendida, sendo ainda mais evidente na relação com a percepção de gestores. Além da possível distância no entendimento dos conceitos e na realização prática das ações, vale destacar que esse desencontro reflete uma postura do “fazer para a comunidade” provavelmente muito mais frequente do que o “fazer com a comunidade”.

Entretanto, a partir de uma revisão de literatura elaborada por Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016) é possível perceber que a ESF tem favorecido a universalização dos cuidados primários agregando princípios fundamentais para uma APS abrangente, além de constatar que, na dimensão técnico-assistencial, a APS com ESF tem se destacado ao obter melhor desempenho do que o modelo de APS tradicional devido ao trabalho multidisciplinar e com enfoque familiar, que valoriza o acolhimento, o vínculo, a humanização e a orientação comunitária. No entanto, o subfinanciamento e a necessidade de maior investimento na formação e qualificação de recursos humanos são apontados pelos autores do estudo como um

dos principais desafios para consolidação dos atributos da APS, da intersetorialidade e fortalecimento e superação da hegemonia do modelo biomédico.

O estudo realizado por Harzheim et al (2016), reforça esta hipótese ao demonstrar que nas unidades básicas de saúde com ESF, a “orientação comunitária” e a “orientação familiar” se revelaram como atributos ainda em construção na cidade do Rio de Janeiro, mesmo com índice superior de concretização em relação às unidades básicas tradicionais.

Outros estudos desenvolvidos por Oliveira e Veríssimo (2015), Ferreira et al (2016) e Santos et al (2016) também demonstraram que apesar da Atenção Primária regida sob lógica da ESF favorecer o desenvolvimento da orientação comunitária, por suas características mais essenciais e por facilitar o protagonismo de vários atores sociais no processo de produção de saúde, ainda existem obstáculos dentro dessa lógica político-estrutural para o desenvolvimento pleno e amplo das práticas em saúde com orientação comunitária, pelos desafios impostos por assistência a partir da realidade local e com base nas competências culturais no território adscrito ser também dependente de ações políticas e governamentais intersetoriais.

A maioria dos estudos brasileiros que buscaram avaliar a concretização da orientação comunitária em realidades de atenção primária no Brasil demonstram um baixo índice de concretização por motivos diversos e pontualmente sinalizados, indicando sempre a necessidade de pesquisas futuras para compreender os obstáculos para o desenvolvimento das práticas em saúde com orientação comunitária.

Com isso, é necessário reconhecer que aliado à insuficiência do debate conceitual, os métodos avaliativos da orientação comunitária na APS utilizados até o momento no Brasil, sobretudo o PCATool como principal ferramenta institucionalizada a nível federal, ainda representa uma proposta de avaliação - principalmente dos atributos derivados - reducionista e muitas vezes focalizada na doença e práticas curativas.

Dessa forma, não permitiria a tradução de resultados que contemplem a identidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) enquanto principal política que norteia os cuidados primários em Saúde no Brasil e nem uma avaliação ampla das dimensões conceituais sobre as quais o conceito de orientação comunitária se vincula.

O PCATool se expressa como uma ferramenta capaz de avaliar se caminhos iniciais à concretização da orientação comunitária têm sido consolidados. Entretanto, se mostra como uma ferramenta que carece de outras estratégias avaliativas para compreender não só a existência de ações que favoreçam a prática de orientação comunitária, mas que estratégias

têm sido adotadas e como têm sido compreendidas e aplicadas por profissionais e gestores do SUS no contexto de cuidado em saúde na APS.

4.2 A ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NA APS: UM DEBATE AMPLIADO SOBRE AS DIMENSÕES QUE ENVOLVEM ESTE CONCEITO

Partindo inicialmente do conceito de orientação comunitária formulado por Bárbara Starfield (2002), definido como

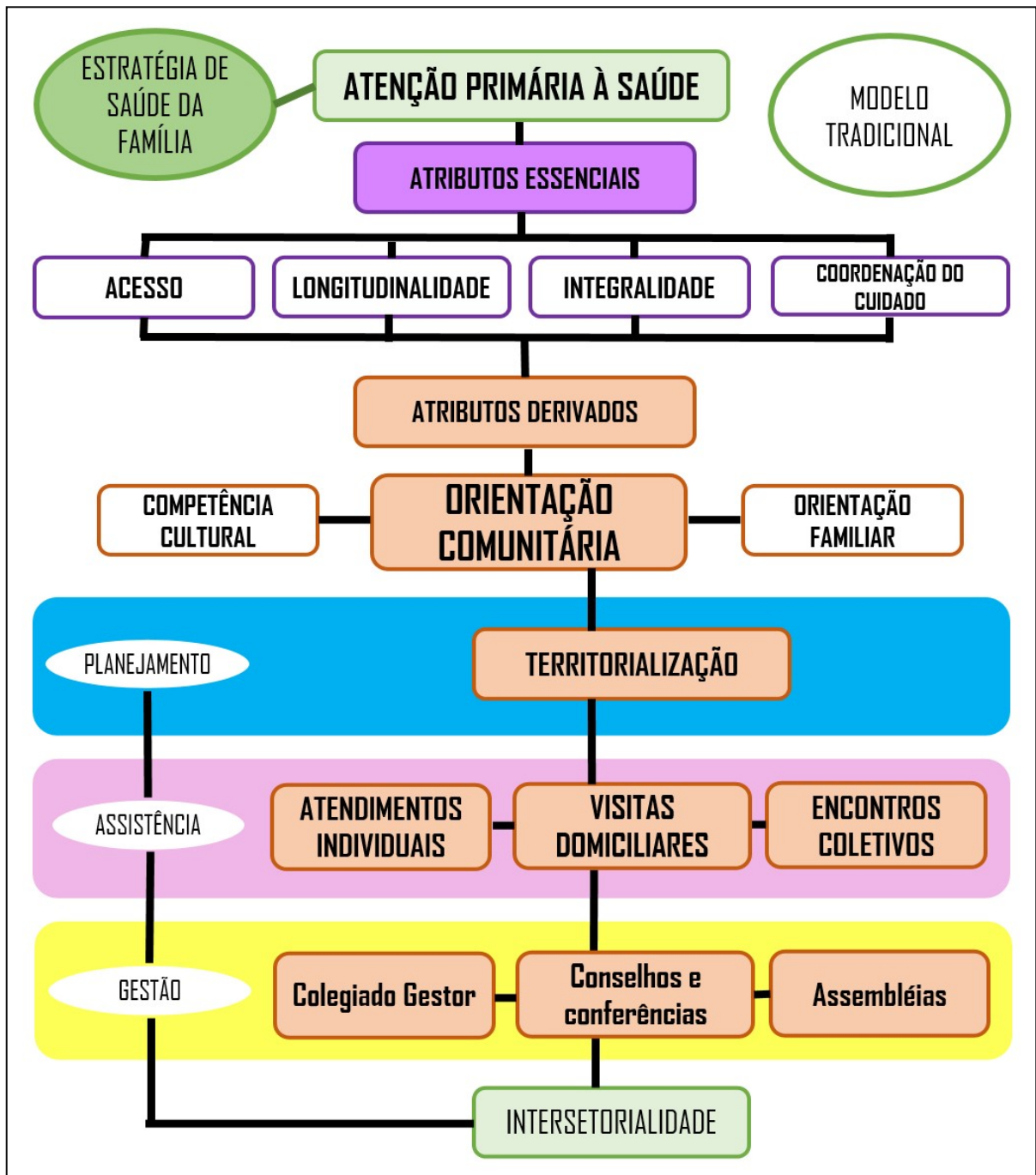
uma abordagem da atenção primária que utiliza habilidades epidemiológicas e clínicas de forma complementar para ajustar os programas para que atendam necessidades específicas de saúde de uma população definida (2002, p.537).

e que se aplica através de métodos

da medicina clínica, epidemiologia, ciências sociais e pesquisa e avaliação de serviços de saúde para definir e caracterizar a comunidade, identificar os problemas de saúde da comunidade, modificar programas para abordar estes problemas e monitorar a efetividade das modificações no programa (2002, p.537),

proponho a sistematização destes conceitos para a realidade brasileira por meio do mapa conceitual abaixo:

Mapa 01 – Mapa Conceitual da Orientação Comunitária



Fonte: Produção autoral

Segundo a sistematização apresentada acima, destaca-se que a concretização das práticas na APS com orientação comunitária envolve uma dimensão epidemiológica/sanitarista, assistencial/educativa e uma dimensão política/de gestão. A dimensão epidemiológica/sanitarista está relacionada necessidade de adotar-se um planejamento territorial participativo que reconheça os determinantes sociais que atravessam o processo saúde-doença da população, a dimensão assistencial/educativa se relaciona com a

necessidade de assistir e amparar os problemas de saúde buscando resolubilidade para os mesmos a partir da construção coletiva. A dimensão política se refere a necessidade de gestão compartilhada dos processos de produção de saúde através de espaços de participação popular e controle social, institucionalizados e não-institucionalizados.

É importante destacar que apesar da separação dessas dimensões que envolvem o conceito amplo da orientação comunitária, esses processos acabam ocorrendo nem sempre de forma hierarquizada ou ordenada, pois são cíclicos, interdependentes e inter-relacionados entre si.

4.2.1 Dimensão planejamento: o planejamento territorial em saúde orientado pela comunidade

A construção de práticas orientadas para a comunidade se dá, primariamente, através do que chamados de “territorialização da saúde”. Para a compreensão deste conceito, faz-se necessário explorarmos o processo histórico dos conceitos de território e territorialidade.

Segundo Gondim e Monken (2018), o uso do território na Saúde acompanhou a noção de materialidade espacial da existência humana e as concepções de saúde e doença acompanharam a evolução histórica das sociedades, sofrendo variações no tempo e espaço de acordo com as visões de mundo.

Hipócrates, considerado o pai da Medicina, foi o primeiro a relacionar pessoa, tempo e lugar para explicar a doença e a morte. Esta concepção orientou ações sanitárias na Grécia, Roma e Egito em resposta à peste que dizimava indivíduos que resultaram em estratégias político-administrativas para manutenção da ordem pública, preservando os bens e o controle de poder pelos soberanos (GONDIM E MONKEN, 2018).

Nesse contexto, as relações humanas foram vistas como possibilidade de expandir o domínio político, comercial e de poder. O Processo colonizador europeu buscava ampliar territórios suplantando culturas de povos que se subjugam, para os quais se criaram instrumentos de controle e expropriação do espaço (GONDIM E MONKEN, 2018).

O conceito de território se aproxima dos termos terra-territorium que significa terra apropriada e terreo-territor que faz menção ao terror e ao medo impostos aos expropriados da terra. A partir disso, depreende-se que o território é dotado de duplo significado, o qual se expressa no sentido material relacionado à dominação e apropriação de um espaço/lugar e no sentido simbólico que está associado ao ato de aterrorizar e demarcar o espaço (GONDIM E MONKEN, 2018).

Portanto, o território é definido substancialmente como um espaço onde se desenvolvem relações de poder e dominação. Além disso, território pode ser entendido como um espaço onde se constroem relações que definem uma identidade comum, produzindo uma noção de pertencimento e identificação do homem com o espaço. Em tempos de fronteiras móveis, numa existência elástica e desproporcional, o território deve ser analisado não só como um espaço singular de relações, mas como uma esfera de controle e segregação social.

Trata-se de um conceito polissêmico e por isso é descrito sob várias dimensões, como a ambiental (que explica-o como espaço em que o homem constrói uma relação com a natureza para garantir sobrevivência e reprodução da espécie), a geográfica (que considera um território como espaço de fronteiras nem sempre visíveis e trabalha com a ideia de múltiplas territorialidades, agregando caráter cíclico ao território ao longo de tempo e móvel através do deslocamento por variados espaços - defesa da ideia de territórios redes produzido pelo fluxo interligado de informações e contatos), a simbólica-cultural (que enxerga-o como produto da valorização e apropriação de um grupo em relação ao espaço vivido), a jurídico-política (que caracteriza-o como espaço onde se desenvolve controle e se exerce poder através das relações), a econômica (que entende-o como dimensão espacial de relações econômicas produzido por meio das relações trabalho/capital através de uma divisão territorial do trabalho) e também pela dimensão sanitária onde o território utilizado para explicação do processo saúde doença, da organização da rede de serviços e da estruturação do cuidado em saúde, de acordo com a situação de saúde e condições de vida (HAESBAERT E LIMODAD apud GONDIM E MONKEN, 2018).

O uso do território pela saúde deve, portanto, considerar sempre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Para isso, é necessário compreender as relações, as redes e as intersubjetividades produzidas no território sob o qual se pretende olhar e construir intervenções em saúde. Afinal, como aponta Milton Santos (1998, p.15),

é o uso do território e não o território em si mesmo, que faz dele o objeto da análise social. Trata-se de uma forma impura, um híbrido, uma noção que, por isso mesmo, carece de constante revisão histórica. O que ele tem de permanente é ser nosso quadro de vida. Seu entendimento é, pois, fundamental para afastar o risco de alienação, o risco da perda do sentido da existência individual e coletiva, o risco de renúncia ao futuro.

Desde a implantação do SUS, a territorialização em saúde, com toda crítica que pode sofrer no campo da saúde coletiva e da geografia por uma apropriação ainda tecnicista, se coloca como estratégia crucial para consolidação da reorganização do trabalho em saúde e do modelo de atenção. Essa perspectiva busca ampliar a ótica gerencial de organização dos serviços de saúde a partir da superação do entendimento de território como áreas meramente

político-administrativas para uso e controle da saúde. Segundo Gondim e Monken (2017, p.32), ao

incorporar as múltiplas dimensões de território (política, econômica, social, cultural, sanitária), o SUS contribui para: reconhecer singularidades espaciais e dinâmicas sociais, econômicas e políticas; decodificar múltiplos saberes (populares, técnicos, tecnológicos) que aferem sentidos e significados aos lugares e às práticas sociais; entender o processo saúde-doença; compreender os determinantes sociais da saúde; identificar formas de uso que potencializem a capacidade operacional do sistema de saúde local; organizar serviços para o enfrentamento de problemas e das necessidades da população; definir ações de cuidado à saúde.

Aos profissionais de saúde imbuídos de ofertar atenção em saúde integral e territorializada, cabe o dever de realizar o diagnóstico situacional de saúde e das condições de vida da sua população adscrita. Teixeira et al. (1998) apud Gondim e Monken (2017, p. 38) aponta que “*o processo de elaboração de diagnóstico de condições de vida e situação de saúde está relacionado ao trinômio estratégico informação-decisão-ação do planejamento*”.

A territorialização da informação estrutura o processo de vigilância em saúde e norteia a prática dos trabalhadores por meio da utilização de conhecimentos da geografia, cartografia, caracterização demográfica, epidemiológica, geomorfológica, sanitária e produtiva da população. Para isso, alguns instrumentos de pesquisa e coleta de dados tem sido amplamente utilizados, como: mapas de identificação de riscos, vulnerabilidades, doenças e agravos, mapa de famílias, grupos sociais e instituições locais de apoio social, mapeamento de meios de comunicação local, da geografia física e natural local, obtidos por meio de observação de campo e entrevistas com os atores do território visando conhecer a história de ocupação local, as organizações locais e a capacidade de ação do poder público e a existência de projetos sociais e movimentos sociais no local (GONDIM E MONKEN, 2017).

Segundo Gondim e Monken (2017), o uso da informação, colhida no território, pode servir de base para decisão no processo de planejamento participativo das ações em saúde, necessárias e prioritárias, para enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-doença. Através do uso do território como base material e espacial de representação das relações sociais, é possível compreender os conflitos decorrentes da apropriação e uso do espaço pelos atores sociais, que podem expressar potencialidade e fragilidades frente ao processo de produção de saúde e ao ambiente.

Entretanto, alguns desafios se impõem a este uso, como:

adotar delimitações sem interferir na territorialização estabelecida pela população do lugar; definir critérios para demarcar territórios de atuação da saúde, reconhecidos pelas equipes e pela população; incorporar à territorialização a dinâmica dos processos sociais e reconhecer o território como conjunto de objetos e de ações em interação que compõe um sistema indissociável (GONDIM E MONKEN, 2017, p.42).

Portanto, o processo de Territorialização na saúde, como ferramenta de efetivação da oferta de cuidados primários em saúde orientados para a comunidade, requer o exercício de refletir sobre as necessidades de saúde da população adscrita. É preciso avaliar se as mesmas são identificadas e reconhecidas pelos profissionais de saúde e, principalmente, como esses processos de diagnóstico e manejo tem sido conduzidos, além da identificação de quais estratégias têm sido adotadas para a consolidação desse caminho, pois segundo Starfield (2002, p.545):

A definição de necessidade vai variar de época para época e de lugar para lugar, dependendo dos valores da sociedade e da disponibilidade de dados. Em grande medida, a definição é uma questão de valores: quem vale o quê para quem. Como algumas necessidades são mais fáceis de medir do que outras, a definição também dependerá do que pode ser avaliado em qualquer momento ou lugar.

Com isso, depreende-se que a prática de cuidado com orientação comunitária na APS, principalmente sob os favorecimentos da ESF, de ser dotada de um potencial para construções coletivas sobre saúde e adoecimento por meio de espaços participativos que busquem o equilíbrio entre a intervenção sobre problemas sanitários, sociais, econômicos e de saúde e a valorização da cultura, história e identidade da comunidade assistida.

Ademais, é preciso ressaltar que talvez, desde a Reforma Sanitária até os dias de hoje, ainda não conseguimos incorporar o conceito vivo de espaço ao repertório da saúde. A desconstrução da homogeneização do espaço social e de sua redução aos interesses da medicina preventiva e comunitária é um processo ainda recente e amador. Neste sentido, uma tendência exploratória e prescritiva nas práticas de saúde coletiva produz risco ao desenvolvimento de um projeto médico-assistencial que sirva apenas como laboratório de políticas públicas (GURGEL, 2011).

O território ainda tem sido amplamente utilizado na saúde como uma instância físico-geográfica, sob o qual mapeamos famílias pela sua distribuição em ruas, complexo de moradores e habitações sequenciadas. Além disso, há uma atividade recenseadora de identificação de dados sobre renda, escolaridade, condições de moradia e problemas sanitários potenciais para adoecimento e uma atividade quase que comercial de apresentarmos uma carteira de serviços como uma espécie de catálogo com produtos a serem consumidos para atender a necessidade dos clientes, bastando-nos apenas manter uma porta de acesso aberta e disponível aos mesmos (GURGEL, 2011).

Por ora, fica urgente a reflexão sobre a forma como a institucionalização de conceitos e práticas em saúde coletiva vem sendo operacionalizada e por consequência, o que se tem

produzido e reproduzido dentro dessa lógica gerencial verticalizada e pré-determinada sobre os modos de produzir saúde pública.

4.2.2 Dimensão assistência: encontros individuais e coletivos na APS com os usuários adscritos ao território

A Estratégia de Saúde da Família possui forte inclinação para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional em saúde, buscando o rompimento da lógica fragmentada do modelo de saúde médico-centrado e a ampliação das possibilidades de articulação transdisciplinar de conhecimentos para produzir saúde.

O encontro entre profissionais e usuários do sistema de saúde expressam a possibilidade dos sujeitos (individual e coletivo) produzirem e reproduzirem socialmente suas condições de saúde. Na Atenção Primária à Saúde, esses encontros podem ocorrer através de consultas, visitas domiciliares, grupos educativos, rodas de conversa ou através de outras práticas coletivas.

Tradicionalmente, o acolhimento, as salas de espera, a territorialização, as visitas domiciliares, a rádio comunitária, os grupos comunitários, são consideradas ferramentas de abordagem comunitária segundo os pressupostos da Medicina de Família e Comunidade (MFC). Merhy (2002) apud Franceschini, Sampaio e Franceschini (2017) definiu a abordagem comunitária como

um conjunto de ações que permite conhecer as necessidades de saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade, coloca em perspectiva a dimensão subjetiva da produção de saúde; traz o desafio de incluir as tecnologias relacionais, as tecnologias leves e os diferentes sujeitos implicados – usuários, trabalhadores, analisadores e gestores – na Promoção de Saúde (2017, p. 53).

A partir disso é possível se perguntar: É possível realizar abordagem comunitária em consultas individuais? Arrisco dizer que a resposta é sim. Pois, mesmo num encontro individual é possível trabalhar as necessidades e os problemas de saúde do sujeito sob uma perspectiva histórico/cultural sem reproduzir a lógica da individualização, da subjetivação da vida social e do auto responsabilização.

A prática de cuidado orientada para a comunidade não diz respeito ao tipo de encontro entre profissionais e usuários do sistema de saúde, mas ao método escolhido para abordar os problemas de saúde. A lógica deve estar centrada na contextualização de que os problemas enfrentados pelos sujeitos são frutos de uma construção social e atravessados por condições de vida socialmente determinadas ao longo do tempo que carecem de intervenção de políticas intersetoriais implementadas pelo Estado.

O contato dos profissionais de saúde com os determinantes sociais de saúde, inclinam muitas vezes o trabalho na saúde para uma lógica quase que psicoterapêutica. Sob a justificativa institucionalizada de assumir uma “postura de acolhimento”, profissionais de saúde precisam buscar ferramentas e soluções para manejar o sofrimento físico e psíquico dos sujeitos que é produzido pelas condições de vida socialmente determinadas. Neste ponto, é preciso reconhecer que o trabalho em saúde nunca é um fim em si mesmo, pois o processo de produção da saúde necessita ser amparado por políticas públicas intersetoriais que busquem garantir direitos sociais e condições de vida saudáveis.

A orientação comunitária diz respeito ao potencial da prática de cuidado em ampliar o empoderamento dos sujeitos sobre o seu processo de saúde e adoecimento e em conferir-lhes autonomia para questionar as contradições societárias e a ausência de intervenção estatal sobre os problemas produzidos sócio-historicamente. A abordagem comunitária neste sentido deve buscar a superação da lógica conservadora e tradicional da adoção de ferramentas que reforçam a individualização da vida social, a auto responsabilização pelas condições de vida, a resiliência para o ajustamento social e a psicologização das demandas sociais. Além disso, é preciso romper com a naturalização de soluções pontuais, unidimensionais e focalizadas sobre o processo saúde-doença e como enfoque individual e moral de sujeitos e famílias, seja em abordagens individuais ou coletivas.

O caráter progressista da Estratégia de Saúde da Família favorece a implementação de tecnologias leves no cuidado e amplia as possibilidades de abordagem comunitária, ao descentralizar a figura do médico como ator central no manejo dos problemas de saúde. A inclusão dos agentes comunitários de saúde garantiu uma possibilidade de maior articulação entre a equipe de saúde da família e a comunidade, entretanto, a abordagem comunitária faz parte do escopo de atuação de toda a equipe de saúde na atenção primária, pois como discutido acima, é possível desenvolver práticas orientadas para a comunidade em vários espaços de encontro entre trabalhadores e usuários, sejam eles espaços convencionais ou não, como: centros de convivência, comércios, empresas, escolas, e outros (SANTOS, et al. 2016).

Para Santos et al. (2016, p.81), a equipe de saúde possui a responsabilidade de

realizar ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação baseados no diagnóstico situacional e focados na família e na comunidade; e integrar-se a instituições e organizações sociais para o desenvolvimento de parcerias.

Praticando a abordagem comunitária de maneira interdisciplinar, transversal e dialógica:

Interdisciplinar porque diz respeito às diversas profissões que interferem de maneira positiva no processo saúde-doença; transversal porque permite e exige a partilha do conhecimento sobre os processos do próprio grupo e do saber sobre o mundo; dialógica porque a condição operacional fundamental do grupo é o diálogo. Assim, o profissional que detém o saber científico deixa de representar uma autoridade, pois todos têm saberes, sejam eles populares ou técnico, que se complementam e se integram (SANTOS, et al. 2016, p. 81).

Uma pesquisa-ação realizada por Oliveira et al (2014) buscou identificar as fragilidades para a participação popular em grupos educativos em uma unidade com ESF em Fortaleza-CE. Por meio de grupos focais e observação participante, evidenciou-se a falta de prioridade na execução de ações em saúde nas agendas das equipes de saúde da família. Para além disso, constatou-se uma baixa participação dos usuários durante as atividades, que se demonstraram desinteressados e distraídos durante a atividade coletiva. As atividades ocorriam quase sempre por meio de palestras informativas e expositivas, adotando-se majoritariamente uma metodologia tradicional.

Esta pesquisa-ação identificou ainda que na perspectiva dos trabalhadores de saúde, a ideia de educação em saúde foi associada à transmissão de informações, desconsiderando o saber popular. Para os trabalhadores, as atividades educativas ocorriam dentro da unidade em grupos e consultas individuais e ganhavam valor comunitário quando desenvolvidas em território, pois acreditavam que levando o atendimento para mais próximo da comunidade a adesão e participação popular aumentaria. Entretanto os pesquisadores compreenderam a partir da observação que as ações contingenciais na comunidade representavam apenas a transferência de atendimentos clínicos para espaços do território, colocando o processo educativo em segundo plano (OLIVEIRA, et al, 2014).

Essa experiência ilustra bem o sentido que uma atividade precisa assumir para ser de fato orientada a partir da base comunitária. Não é sobre o número de participantes, sobre o tema ou sobre o local onde ocorre a ação que precisamos refletir, mas sobre a capacidade do método escolhido para promover a construção compartilhada do saber e a troca de experiências que produza um sentido mútuo para o encontro, seja ele coletivo ou individual.

Segundo Freire (2001), a educação pensada sob seu ponto de vista mais amplo pode ser compreendida como uma ação libertadora que resulta de um processo de conscientização, em que o método é a própria consciência gerada por meio de uma relação pedagógica horizontal e dialógica. Neste contexto, educadores e aprendizes assumem um papel importante nesse processo, numa tarefa dialética em que todos são sujeitos ativos frente ao exercício de refletir e criticar determinada realidade para recriar o conhecimento e transformar o objeto ou contexto que se analisa ou pretende-se compreender.

É sobre essa vertente libertadora que resulta de um encontro horizontal que se constrói o sentido comunitário e social das ações em saúde. A participação popular é fruto de uma atmosfera em que sujeitos se reconheçam pertencentes a dado contexto ou discussão.

A ação comunitária ganha sentido à medida em que a problematização do contexto coloca em evidência os aspectos que atravessam a vida dos sujeitos de forma incomum. A percepção de semelhanças entre processos individuais e coletivos confere a ação comunitária um direcionamento para o entendimento do fenômeno social que impulsiona as condições de vida e as formas de organização social.

4.2.3 Dimensão gestão: a expressão política na gestão do cuidado em saúde por meio da participação popular e do controle social nos espaços institucionalizados e não-institucionalizados do SUS

A participação social, no Sistema Único de Saúde, ficou instituída através da Lei 8.142 de 1990 que "*dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)*". Em seu primeiro artigo, esta lei institui instâncias colegiadas obrigatórias no SUS: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Nenhum dos gestores do SUS pode se recusar a compor esses foros deliberativos e a composição desses espaços deve ser ampla de modo a assegurar o máximo de representatividade e legitimidade nas deliberações (BARROS, 1998).

Segundo a Lei 8.142/90,

§ 1º a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. [...] § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Ou seja, a ocupação desses espaços políticos se dá de maneira representativa, a qual uma determinada população delega, em teoria, poderes a representantes para encaminhar as proposições que se articulam aos interesses dos grupos que os elegeram (BARROS, 1998). Entretanto, para Gomes e Orfão (2021), é indispensável a garantia da pluralidade dos membros, manutenção da transparência nas escolhas por representatividade, propagação do conhecimento das funções que cada membro tem nas instâncias, rotatividade e comprometimento dos conselheiros, pois

os espaços institucionalizados de participação – em especial, os Conselhos de Saúde, considerados arenas públicas de poder, conflito e negociação – vêm enfrentando desafios que influenciam negativamente o estabelecimento de relações horizontalizadas entre Estado e sociedade (2021, p. 1209).

A partir dessas considerações, evidencia-se os riscos desse modelo de democracia representativa formal, visto que a política deve ser fruto de relações, conjunturas e processos históricos. Com isso, sempre será necessário o processo de reanálise e indagação de a quem interessa determinada política, quem a vocaliza, como a vocaliza, quem se beneficia com ela e quem se prejudica (BAPTISTA, 2011).

O desafio da composição e representação nos espaços institucionalizados de participação social é complexo e de difícil resolução, pois,

na sociedade brasileira haveria escasso capital social – ou seja, relações de confiança, solidariedade e cooperação disseminadas– e, portanto, escassez de ingredientes indispensáveis para os Conselhos de Saúde se constituírem em efetivos canais de democratização das decisões e de controle social. Mas, por outra, os Conselhos de Saúde certamente constituem espaços públicos privilegiados para, mediante a participação, acumular capital social e formar cidadãos mais conscientes, informados e capacitados para ampliar a democracia em direção as utopias que, há três décadas, marcam as lutas pelo direito a ter direitos, pela cidadania plena (LABRA, 2006, p.219).

Obviamente que o SUS é fruto de lutas e movimentos sociais que pleitearam a redemocratização do país após um longo período de autoritarismo na história política do Brasil. A institucionalização de espaços para o exercício do controle social na saúde representa uma imensa conquista para o avanço da democracia, entretanto, sua simples idealização e legitimação jurídica não garantem a participação popular plena na construção de políticas públicas de saúde. Rolim, Cruz e Sampaio (2013, p.145) salientam que "*é preciso que o controle social aconteça na prática, para que não fique apenas em lei e que a sociedade civil ocupe de modo pleno e efetivo diversos espaços de participação social*".

Neste ponto, vale diferenciar pedagogicamente a participação popular da participação social. Travassos (2016, p. 115) destaca a participação social "*como um conceito que orienta as variadas formas de participação política (conselhos, comitês, conferências, entre outras) e o relacionamento das instituições públicas com a população.*" diferenciando-a da participação popular, a qual é concebida como "*uma prática dos movimentos sociais que gera novos saberes oriundos das classes populares como forma de ação política e garante sua autonomia para definir seu próprio destino*". Valla (1998, p.8), ainda destacou que

embora o termo participação popular seja hoje utilizado universalmente, sua aplicação tem um significado especial para a América Latina. A própria ideia de uma participação popular surge, justamente, para se distinguir de uma outra concepção de sociedade, onde quem tem estudo e recursos aponta o caminho 'correto' para as classes populares. A ambiguidade do termo não vem somente das várias

interpretações que poderiam resultar do seu uso, mas também do fato de que a tradição autoritária da América Latina, e do Brasil, contamina tanto os grupos conservadores, como também, frequentemente, os progressistas. Há uma busca de controle das populações que moram nas periferias dos grandes centros e trabalham e moram nas áreas rurais. Controle com a finalidade de pôr em prática as suas concepções de como deve ser a sociedade brasileira.

Os modos de se fazer política estão condicionados ao entendimento das construções históricas e modos de operar próprios de cada realidade, de cada Estado. Além disso é preciso compreender que são os sujeitos que fazem a história e que é necessário o reconhecimento de que nenhuma política prescinde da participação de sujeitos e que existem diferentes inserções dos mesmos no debate político (BAPTISTA, 2011).

Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (2009), a descentralização político-administrativa do SUS visa possibilitar uma melhor articulação das demandas locais - diversificadas entre as regiões do país devido a variação sociopolítica e cultural de cada localidade - a um projeto de gestão local estratégico que vá ao encontro com as necessidades de saúde para cada população e lugar. Além disso, a política expressa a necessidade da articulação do atendimento integral, com a gestão descentralizada e a participação popular com poder deliberativo, afirmando que

Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social – e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças. Igualmente, é de fundamental importância a criação de alternativas eficientes de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias, transformando-as em fontes de informações privilegiadas para fomentar a gestão do SUS nas três esferas de governo (2009, p.10)

Com isso, ao tratamos da orientação comunitária que as práticas de saúde na atenção primária precisam assumir, precisamos considerar a necessidade de articular acesso e adesão popular aos espaços de participação popular institucionalizados - como os conselhos e conferências de saúde - e os não institucionalizados - como colegiados gestores locais, rodas e assembleias comunitárias - que são aqueles criados para estabelecer um diálogo com a comunidade a fim de se estabelecer um projeto de cogestão.

Neste sentido, o colegiado gestor em uma unidade básica de saúde se coloca como um espaço potente para o desenvolvimento da gestão participativa na atenção primária à saúde. Instituído como um espaço fixo de encontro, o colegiado gestor representa importante acesso da população aos processos decisórios a nível local. A esse respeito, a Política Nacional de Humanização (PNH) afirma que

em um modelo de gestão participativa centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o

compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. A direção das unidades de saúde tem diretrizes, pedidos que são apresentados para os colegiados como propostas/ofertas que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas. Os usuários/familiares e as equipes também têm pedidos e propostas que serão apreciadas e acordadas. Os colegiados são espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos. O colegiado gestor de uma unidade de saúde é composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas (BRASIL, 2004, p.39).

Em 2016, a inquietação sobre a baixa participação da comunidade nas decisões de saúde, motivou uma equipe de Saúde da Família (eSF) do Morro Estevão, na cidade de Criciúma/SC, a criar uma assembleia comunitária. Segundo o relato da experiência local, esse espaço participativo permitiu a identificação de problemas no acesso à unidade de saúde e consequentemente impulsionou a reorganização dos processos de trabalho para ampliação do acesso à ESF a partir da lógica dos usuários do serviço. O compartilhamento dessa estratégia exitosa para o nível de gestão municipal motivou a replicação e o incentivo dessa ferramenta para outras unidades básicas com ESF do município (REUS et al. 2019).

Ainda no relato da experiência catarinense, foi constatado que

na maioria das vezes, os determinantes de saúde se tornam abstratos quando analisados somente sob a perspectiva dos gestores. Porém, ao considerar a perspectiva dos atores comunitários — usuários do sistema de saúde —, estes assumem a concretude necessária, pois se expressam por meio de um movimento real de quem vivencia os problemas de saúde-doença (REUS et al. 2019, p.349).

A experiência vivenciada pela equipe de saúde da família do estado de Santa Catarina-SC, colabora para entendermos a importância da participação popular extrapolar os espaços institucionalizados pela política de saúde - como conselhos e conferências de saúde. A capilarização dos espaços de deliberação e controle social amplia o acesso da população aos processos decisórios no SUS e permite uma interação de laços entre profissionais, gestores e usuários para o fortalecimento da cogestão da atenção primária a nível local.

Um projeto de intervenção apresentado como trabalho de conclusão de curso de residentes multiprofissionais em saúde da família, que atuam por dois anos em uma unidade básica de saúde no bairro do Jacarezinho localizado na cidade do Rio de Janeiro-RJ, buscou fomentar a participação popular direta dos usuários adscritos, atores sociais e dos trabalhadores nos processos de gestão local da unidade através de uma proposta de implementação de uma assembleia popular e evidenciou que

o processo de construção da Assembleia se deu buscando coletivizar as atividades e processos propostos. Todavia, nos deparamos com os desafios impostos pela conjuntura vivida pelos trabalhadores no município do Rio de Janeiro, bem como pela herança dos modos tradicionais de participação política representativa e seus

impasses no SUS (MOREIRA et. al, p. 110, 2020)

As residentes destacaram, durante o processo de construção das assembleias - previstas para acontecerem em cinco encontros - uma dificuldade de articular os interesses das lideranças comunitárias com os interesses dos profissionais de saúde e do serviço. Apesar do convite para a assembleia popular na unidade ter sido amplamente divulgado para a população e as lideranças no território, somente um representante das lideranças existentes compareceu aos encontros. Segundo as autoras, *"tal fato mostra-se como um reflexo do cotidiano do trabalho, visto que essa dificuldade de articulação entre os serviços também ocorre"* (MOREIRA et al, p.110, 2020).

Entretanto, a tentativa inicial de promover um espaço participativo, motivada pelo planejamento de constituir um colegiado interno gestor na unidade de saúde, as residentes destacaram que a Assembleia Popular implementada possibilitou a ampliação do conhecimento da população sobre o funcionamento da unidade, se constituiu como um espaço que motivou a organização da população junto aos profissionais para fortalecer movimentos sociais organizados na cidade que lutavam na época para a não redução de serviços de saúde. Somado a isso, suscitou a criação de uma comissão permanente para a organização de assembleias na unidade, ultrapassando timidamente os limites de um espaço informativo e se constituindo como um espaço-piloto para o desenvolvimento de uma organização coletiva permanente e mais sólida (MOREIRA et al, 2020).

Uma revisão de literatura, com aplicação dos descritores “participação popular”, “participação comunitária” e “participação social” na base de dados SciELO, realizada por André et al (2021) buscou identificar dificuldades para a participação social na Atenção Primária à Saúde. Após a análise de 59 artigos, publicados entre 2014 e 2018 no Brasil, os autores apontaram seis dificuldades para a efetivação da participação social:

tímido conhecimento da população sobre o SUS e sobre a saúde como um direito constitucional; b) limites quanto à cultura política participativa da população; c) fragilidade quanto ao pertencimento e ao conhecimento da população sobre os espaços de participação; d) obstáculos no funcionamento dos conselhos de saúde no que tange à resolutividade e propositividade; e) fragilidades quanto ao compromisso de gestores e trabalhadores em colocar em prática as deliberações e pactuações das instâncias participativas; e f) as determinações sociais do processo saúde-doença geram obstáculos significativos para a participação social em saúde (2021, p.5).

Esses obstáculos reforçam a necessidade de desburocratização dos espaços participativos na Atenção Primária à Saúde e o investimento em educação permanente e continuada⁵ para que os profissionais e gestores desenvolvam novos métodos de abordar a

⁵ A educação continuada é definida como um conjunto de atividades educativas para atualização do indivíduo,

comunidade. É importante lembrar também que a adesão da população aos espaços de cuidado e gestão da unidade de saúde está intimamente relacionada com o vínculo que o serviço e profissionais constroem com a comunidade. Além disso, segundo Cruz e Brutscher (2018, p.255), para que a participação popular seja ativa *"é recomendável que se estabeleça no serviço, de maneira perene, um ambiente propício à participação das pessoas, em que tal condição pareça natural e inerente ao cotidiano do serviço, não como algo forçado e inventado."*

Para a população, não é óbvia a possibilidade de expressar sua voz, assim como para os profissionais de saúde o caminho para gestão participativa não está dado. Ambos os atores estão submetidos a predeterminações sociais, seja por aspectos históricos marcados pela opressão, invisibilidade e silenciamento ou por uma cultura de dominação e exercício de poder alimentada por um modelo de formação em saúde ainda vigente no Brasil.

Valla (1998, p.13) afirma que

Há uma premissa de que os mediadores de formação universitária e técnica costumam ter dificuldade em interpretar a fala e o fazer das classes populares de maneira apropriada. A questão parece ser importante, pois a própria composição da participação popular com muita frequência inclui as classes populares e os mediadores. Ou seja, a própria ideia implícita de participação popular é posta em questão, uma vez que as reivindicações a nortear as manifestações não são necessariamente iguais entre os participantes. Tais questionamentos, juntamente com os da conjuntura de nova ordem mundial, contribuem para se considerarem problemáticas as relações entre os profissionais, mediadores, educadores – geralmente progressistas – e as classes populares, em virtude de dificuldades de compreensão por parte dos primeiros.

Com isso, é preciso questionar o papel dos profissionais de saúde no exercício de mediação do pensamento crítico nos espaços de participação popular em saúde. Torna-se urgente o debate sobre os limites que tangenciam as articulações entre profissionais de saúde e a comunidade para formulação de consensos e propostas, visto que os interesses entre essas classes podem divergir em certos momentos e produzir conflitos que acabam sendo, em uma escala menor, a reprodução do que acontece entre as classes populares e o Estado, sob uma ótica macropolítica.

Nesse sentido, o desejo por construir espaços democráticos para produção de saúde coletiva precisa coexistir com esforços e oportunidades para a redução desses distanciamentos

onde é oportunizado o desenvolvimento do funcionário assim como sua participação eficaz no dia a dia da instituição (CUNHA, A.C.; MAURO, M.Y.C., 2010). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, define e educação permanente como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho e propõe que, os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização da própria prática (BRASIL, 2012).

entre a falta de preparo e disponibilidade dos profissionais de saúde para construção coletiva e a noção, das classes populares, de não pertencimento a esses espaços provocada por uma história de subalternidades e negligências ainda refletidas pelas políticas de saúde pública até os dias atuais.

É urgente ultrapassar a aposta da institucionalização do acesso da comunidade a espaços deliberativos, pois

o acúmulo de força política está relacionado ao aumento da capacidade de apropriação de conhecimento e informações, que possibilita, em última instância, maior habilidade argumentativa em espaços conquistados de participação. Portanto, para o fomento do debate democrático na área da saúde, não basta garantir que os atores 'tenham acesso às informações'. Faz-se necessário, sobretudo, possibilitar a apropriação do potencial informativo intrínseco a uma determinada mensagem, de seu significado para a luta específica a ser empreendida, de sua pertinência e relevância ao objetivo que se pretende (Moraes et al, 2009, p. 880).

É preciso encarar a ação em saúde, orientada a partir da comunidade, como uma possibilidade de construir o pensamento político crítico das classes populares a respeito da sua condição social. Esse processo é efetivado à medida em que classes marginalizadas conseguem se organizar como um coletivo para expressar a sua voz, assumindo uma condição de sujeitos capazes de contrapor e reivindicar seus direitos em meio a disputa com os interesses da sociedade civil privilegiada.

Conforme descrito no documento do Ministério da Saúde (2009) intitulado as "*As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas*",

conquistar cidadania exige ação, exige sujeitos políticos e sociais. Sujeito é o ser que atua, que age, que participa das decisões que o afetam, que luta para determinar quais são os seus direitos e exigir o que for necessário para que possa usufruí-los. O autorreconhecimento como portador de direitos é essencial para que haja o reconhecimento do direito pelos outros [...]. Participar do processo decisório e exercer controle sobre a implementação de políticas públicas são meios fundamentais para alcançar a realização de direitos sociais. Se a existência de direitos pressupõe que cada pessoa tenha que se reconhecer e reconhecer o outro como portador de direitos, a participação social pressupõe a existência de sujeitos coletivos. São sujeitos coletivos os movimentos ou organizações que congregam o conjunto (ou uma parte expressiva) de pessoas de um grupo com interesses semelhantes – os moradores de um bairro, os usuários de um serviço, os trabalhadores de uma categoria ou de uma empresa – e atuam em defesa desses interesses. Essas organizações designam os representantes do grupo em foros de participação social (2009, p.9-10).

Neste processo de efetivação política, deve-se ter a ideia de que não é possível considerar que existe uma ordem cronológica dos fatos que levaram àquele “consenso”. Então, o entendimento da política deve perpassar a compreensão da trajetória dos sujeitos, considerando que existem múltiplos atravessamentos nesse encontro com o outro e que dessa interação surgem os subsídios para ação política, que aliás, deve ser produto dos conflitos e

dissensos (BAPTISTA, 2011).

Sendo a política uma construção que emerge da escuta e que nasce da ação de sujeitos heterogêneos que se organizam em grupos sociais, faz-se necessário o respeito a essas divergências para que haja reconhecimento de múltiplas soluções, de forma que uma “verdade” estrita e absoluta, seja sempre negada.

Por fim, pode-se observar que a expansão de espaços participativos, materializados por meio da consolidação de práticas na atenção primária em saúde orientadas para a comunidade, se coloca como disparador indispensável ao avanço e a transformação do controle social no SUS.

4.2.4 Intersetorialidade: intervenção coordenada indispensável para que o cuidado primário em saúde com orientação comunitária obtenha sentido e respostas

Ao entendermos a importância da participação da comunidade nos espaços terapêuticos e deliberativos no SUS, é possível perceber a correlação da orientação comunitária na APS com os princípios de equidade e integralidade no SUS. Considerando o planejamento das ações em saúde a partir da comunidade, evidencia-se que a integralidade do cuidado está condicionada à valorização da cultura e do saber popular e, por sua vez, a equidade é legitimada pela intervenção do Estado através de políticas intersetoriais de apoio à saúde coletiva na justa medida de suas necessidades.

O reconhecimento das iniquidades que atravessam a saúde comunitária precisa ser o motor dos espaços de abordagem comunitária e participação popular na APS, para que estas também se tornem visíveis a uma agenda governamental. O direito à saúde, se traduz em direito à vida, o que implica em uma série de direitos sociais já reconhecidos pela Constituição Brasileira desde 1988. Portanto, as ações desenvolvidas na APS buscam integrar e articular intervenções para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, bem como preservar os direitos dos usuários do sistema de saúde.

É nítido que a Saúde, enquanto setor, não é um fim em si mesmo. O trabalho na APS não pode se limitar ao reconhecimento e identificação de condicionantes e determinantes sociais de saúde. É preciso construir pontes, a partir da base popular, para articular movimentos que busquem e exijam respostas do Estado para o enfrentamento dos determinantes sociais em saúde, que impactam as condições de vida das pessoas. Segundo Starfield (2002, p. 534), “o ponto mais importante da atenção orientada para a comunidade é garantir que os recursos fluam para as áreas em que são mais necessários, diminuindo, assim, as iniquidades dentro das populações”.

Neste sentido, as práticas com orientação comunitária na APS precisam estar amparadas por políticas intersetoriais que sejam capazes de responder às necessidades de saúde e aos problemas sociais enfrentados pelos usuários do SUS. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), entende a intersetorialidade como uma *"articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem"* (2010, p.13) e reforça que esta articulação implica

na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida (2010, p.13-14).

Dentro dessa perspectiva, é questionável que a intersetorialidade se materialize apenas como esforços que resultem apenas da soma de olhares interdisciplinares sobre determinado problema. Para além disso, é preciso que essa articulação se materialize a partir de uma construção que envolva não apenas o Estado e seus representantes, mas também os atores envolvidos na problemática em voga, ampliando o direito ao exercício de cidadania das classes populares sem retirar a responsabilidade central do Estado na melhoria das condições de vida e na formulação de políticas públicas.

Para a REDE UNIDA, a intersetorialidade se concretiza com

a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (Feuerwerker e Costa, 2000, p. 26).

Assim como o agir em saúde, no contexto da APS e do enfrentamento de determinantes sociais da saúde, a intervenção intersetorial não pode se dar de forma fragmentada para intervir isoladamente em necessidades específicas ou pontuais. Neste ponto, podemos fazer um paralelo com a contribuição de Paulo Freire (2001) – em sua obra “Pedagogia do Oprimido” - no qual o autor argumenta que não é possível compreender e intervir sobre a realidade a partir de pedaços desconectados de sua totalidade e afirma que

a questão fundamental, neste caso, está em que, faltando aos homens uma compreensão crítica da totalidade em que estão captando-a em pedaços nos quais não reconhecem a interação constituinte da mesma totalidade, não podem conhecê-la. E não o podem porque, para conhecê-la, seria necessário partir do ponto inverso. Isto é, lhes seria indispensável ter antes a visão totalizada do

contexto para, em seguida, separarem ou isolarem os elementos ou as parcialidades do contexto, através de cuja cisão voltariam com mais clareza à totalidade analisada (Freire, 2001, p. 96).

As práticas na APS com orientação comunitária buscam a ampliação da participação popular na construção e gestão de políticas de saúde e intersetoriais. Neste sentido, fica perceptível a importância da “*intersectorialidade e diálogos multiculturais*” como eixo estratégico da PNEPS-SUS para ressignificação da prática intersetorial no SUS, visto que esse eixo tem “*por objeto promover o encontro e a visibilidade dos diferentes setores e atores em sua diversidade, visando o fortalecimento de políticas e ações integrais e integralizadoras*” (BRASIL, 2012b, Art. 4º e § 4º).

O reconhecimento da Educação Popular em Saúde como referência para a construção de ações intersetoriais nas políticas públicas é um objetivo específico da PNEPS-SUS. Fica fácil compreender o quão estratégica e potente se torna essa articulação, ao reconhecermos que a EPS possui compromisso com a construção de uma sociedade justa e democrática sob a ótica da desconstrução do exercício tutelado de cidadania.

4.3 OS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E SUAS REVERBERAÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE SAÚDE COM ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NA APS

A Educação Popular em Saúde, nasceu de movimentos contra-hegemônicos de sujeitos não conformados com a submissão da organização social a ideologias dominantes e desumanizantes. Pouco a pouco, esses movimentos foram se organizando em projetos com propostas e práticas comunitárias na década de 1970 que expandiram novas possibilidades de atuação em saúde. Para isso, foi necessária uma série de diálogos interculturais e transdisciplinares para dar corpo e identidade aos movimentos populares em saúde espalhados pelo Brasil (CRUZ, 2020).

Após cinco décadas,

os protagonistas dos movimentos e das práticas de EPS vivenciaram e participaram de conquistas e desafios, dentre os quais: o estabelecimento da Constituição Cidadã, em 1988; a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no mesmo ano; a criação e progressiva ampliação da Estratégia Saúde da Família e o protagonismo em projetos, programas e espaços institucionais desde 2003, no contexto do Governo do presidente Lula, confluindo na criação da Política Nacional de EPS (PNEPS-SUS), no ano de 2013, após ampla articulação, mobilização e organização nacional dos movimentos e coletivos de EPS. No seio das iniciativas da área da saúde, a educação popular configura um trabalho social, no qual a atividade é orientada pelo diálogo, no compartilhamento de conhecimentos comprometidos

com a transformação social, assentada em utopias como direitos iguais para todos, emancipação humana, social e material (CRUZ, 2020, p.8).

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde (PNEPS-SUS), instituída por meio da portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, é orientada pelos seguintes princípios: diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação; e compromisso com a construção do projeto democrático e popular, definidos da seguinte maneira:

Diálogo é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização (BRASIL, 2013, Art. 3, § 1º).

Amorosidade é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas (BRASIL, 2013, Art. 3, § 2º).

A problematização implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade (BRASIL, 2013, Art. 3, § 3º).

A construção compartilhada do conhecimento consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas (BRASIL, 2013, Art. 3, § 4º).

A emancipação é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento (BRASIL, 2013, Art. 3, § 5º).

O compromisso com a construção do projeto democrático e popular é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados (BRASIL, 2013, Art. 3, § 6º).

Diante disso, apresento a seguir uma discussão que busca analisar os possíveis reflexos da articulação dos princípios da EPS, enquanto política instituída no Brasil, com as dimensões contidas no conceito de orientação comunitária na APS (QUADRO 4).

Quadro 02 - Resultados da articulação das dimensões do conceito de orientação comunitária na atenção primária à saúde com os princípios da educação popular em saúde

DIMENSÕES DO CONCEITO DE ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NAS PRÁTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE					
	DIÁLOGO	AMOROSIDADE	PROBLEMATIZAÇÃO	CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO CONHECIMENTO	EMANCIPAÇÃO	COMPROMISSO COM A CONSTRUÇÃO DO PROJETO DEMOCRÁTICO E POPULAR
PLANEJAMENTO <ul style="list-style-type: none"> • Territorialização em Saúde 	CO-PRODUÇÃO DE SENTIDO PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE	PLANEJAMENTO SENSÍVEL AS NECESSIDADES COMUNITÁRIAS	EXPRESSÃO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE COMUNITÁRIA	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARTICIPATIVO	POSSIBILIDADE DE RUPTURA COM VERTICALIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES EM SAÚDE	PLANEJAMENTO COOPERATIVO DA SAÚDE COMUNITÁRIA
ASSISTÊNCIA <ul style="list-style-type: none"> • atendimentos Individuais • Encontros Coletivos • Visitas Domiciliares 	ESCUÇA ATIVA E ACOLHIMENTO	VÍNCULO QUE PERMITE O PROTAGONISMO DOS SUJEITOS NA DEFINIÇÃO DE SUAS NECESSIDADES EM SAÚDE	PENSAMENTO CRÍTICO EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA	VALORIZAÇÃO DA AUTONOMIA DOS SUJEITOS FRENTE AO PROCESSO DE CUIDADO EM SAÚDE	SUPERAÇÃO DA LÓGICA DE PATOLOGIZAÇÃO DA VIDA SOCIAL	FORTALECIMENTO DE UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE CONTRA-HEGEMÔNICO
GESTÃO <ul style="list-style-type: none"> • Conselhos • Conferências de Saúde • Assembleias • Colegiado Gestor 	AMPLIFICAÇÃO DA VOZ POPULAR (VOCALIZAÇÃO DA DEMANDA POPULAR)	TRANSGRESSÃO DO MODELO PARTICIPATIVO PRÉ-DETERMINADO	CONSTRUÇÃO DE AÇÕES POLÍTICAS POTENCIALMENTE EMANCIPATÓRIAS	GESTÃO PARTICIPATIVA E DESCENTRALIZAÇÃO DO PODER DECISÓRIO	EXPANSÃO DO EXERCÍCIO DE CIDADANIA	PROMOÇÃO E AMPLIAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL

Fonte: PRODUÇÃO AUTURAL

4.3.1 Diálogo

O princípio do diálogo - na PNEPS - se materializa por meio da aproximação de saberes, sentidos, visões, culturas e perspectivas diferentes sobre realidades e conjunturas. Neste sentido, por meio da dialogicidade nos espaços de saúde é possível problematizar e questionar fatos, bem como levantar dúvidas e averiguar circunstâncias. Portanto, o diálogo surge da intersubjetividade das relações entre pessoas, serviços e usuários, como mediação da realidade do mundo, representando a base central da Educação Popular (CRUZ, 2018).

Para o planejamento territorial em saúde, orientado a partir da comunidade, o diálogo permite a construção de um planejamento que faz sentido para profissionais, população e para o serviço, uma vez que essa co-produção mediada pelo diálogo aproxima perspectivas, saberes e culturas em uma rede de pensamentos que produzem sentido mútuo na elaboração de estratégias para produção de saúde. Com isso, torna-se fundamental a utilização de metodologias ativas para o planejamento em saúde, de modo que o diálogo não seja suprimido e o planejamento seja horizontalizado entre o serviço e a comunidade.

No combate a esse planejamento autoritário, o planejamento participativo se coloca como alternativa, porque amplia a comunicação por meio do diálogo coletivo e da integração, comprometimento e autonomia das pessoas na formulação das propostas de estruturação dos serviços de saúde locais, na execução orçamentária, nas atividades de educação popular em saúde e, até mesmo, nas políticas públicas de saúde (TRAVASSOS, 2016, p.55).

Nos espaços assistenciais da APS, o diálogo promove o acolhimento de pessoas, demandas, saberes através de um ambiente marcado pela escuta ativa para compreender perspectivas e fenômenos a partir do outro. O acolhimento produz conforto, reciprocidade e promove vínculo. Com isso, o diálogo é essencial para os encontros individuais e coletivos na APS, pois a criação de vínculo é o passo inicial para o desenvolvimento de práticas em saúde democráticas e longitudinais.

Segundo Freire (1980, p.82),

o diálogo é o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo. Se ao dizer suas palavras, ao chamar ao mundo, os homens o transformam, o diálogo impõe-se como o caminho pelo qual os homens encontram seu significado enquanto homens; o diálogo é, pois, uma necessidade existencial (FREIRE, 1980, p.82).

A EPS tem por base central o diálogo e, desta forma, pode contribuir muito também para a desconstrução de espaços políticos hierarquizantes e silenciadores. Em um estudo realizado por Wendhausen e Caponi (2002), evidenciou-se um caráter monológico marcado pela falta de diálogo em um conselho de saúde em Santa Catarina – SC, na qual

a relação assimétrica entre os conselheiros usuários e os demais representantes, é um

dos aspectos que denuncia o uso de uma estratégia de silenciamento, através de discursos considerados “verdadeiros” ou “autorizados”, principalmente pelo segmento governamental, que reforça seu poder. A demarcação de lugares dos conselheiros, em determinados espaços de poder/saber expõe um jogo (uma rede) que coloca, principalmente a representação dos usuários, num lugar de silenciamento, no qual sua “verdade” nunca (ou quase nunca) pode ser pronunciada. Esse silenciamento é possível graças ao uso de algumas estratégias que o dispositivo permite, dentre elas, o uso de determinada linguagem extra codificada que tende a impossibilitar uma reação por parte dos que não possuem o seu domínio ou temem explicitá-la. A consequência é uma circunscrição dos sujeitos em espaços demarcados a partir dos quais já há, a priori, uma expectativa do que deve e pode ser dito (2002, p.1627).

Sardinha (2017) em uma pesquisa que buscou investigar “*a natureza e a dinâmica dos fluxos de informação e o modelo de comunicação no processo deliberativo da política pública de saúde no Brasil*”, por meio da avaliação da comunicação e informação no rito deliberativo do Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, trouxe como uma de suas constatações que nesse espaço

os sentidos constroem-se por meio de um complexo processo de semiose social envolvendo discursos produzidos a partir de uma gramática de produção (ideologia) e outra de reconhecimento de sentido (poder) permeada de circulação. O diálogo, portanto, como substrato para a deliberação, ao invés de orientar (e ser orientado) para o entendimento ou consenso pelos recursos da ação racional (a partir da tentativa de decifrar códigos), torna-se um espaço de disputa por sentidos em um cenário marcado por relações de visibilizar-invisibilizar discursos, saberes, informação e conhecimento (2017, p.11).

Na esfera política, onde se insere a gestão da saúde coletiva e o controle social, a amplificação da voz popular é proporcional ao grau de dialogicidade que se estabelece nestes espaços, sejam eles avaliativos e/ou deliberativos. O diálogo permite a circulação do conhecimento através do protagonismo coletivo no processo político de pensar e avaliar práticas, necessidades e conjunturas através de uma atmosfera político-emancipatória, democrática e participativa.

4.3.2 Amorosidade

Um outro elemento, essencialmente freireano, ao pensarmos a Educação Popular enquanto práxis que orienta vivências, relações sociais e culturais estabelecidas no mundo é a amorosidade. Para além da afetividade, já implícita no termo, a amorosidade é uma extensão do diálogo e se expressa por meio do reconhecimento da capacidade do outro em se transformar e produzir transformação. Por meio do exercício da amorosidade, potencializa-se sujeitos e relações para a transformação da vida, bem como permite-se a construção de projetos em saúde sensíveis à cultura e a diversidade de saberes que dão sentido à vida das pessoas (CRUZ, 2018).

Muitos pensam na amorosidade como um conjunto de atitudes simplistas, como dar carinhos, abraços e afagos. Mas não é isso. Por amorosidade, na acepção fundamentada por Paulo Freire, denota-se a habilidade de enxergarmos, em todo ser humano, alguém cheio de capacidade e de vocação de ser mais, de produzir coisas boas, úteis para a humanização do mundo e das pessoas, um ser bonito no sentido de ser que é transformador, que tem riqueza, que tem potência, que tem a capacidade de mudar esse mundo. Ter uma abordagem amorosa é, portanto, dedicar-se incessantemente à promoção autônoma e protagonista desse outro, de modo que possa desenvolver plenamente todas essas capacidades e vocações acima mencionadas. Envolve o amor porque o processo de promoção do outro deriva, fundamentalmente, de um sentimento profundo e rico de cuidado, carinho e desejo de sucesso, desenvolvimento e bem viver com dignidade para esse outro (CRUZ, 2018, p.160).

Um planejamento de saúde territorializado, pautado na amorosidade, pressupõe um processo diagnóstico da realidade a partir de trocas emocionais e sensíveis com a comunidade e seus modos de existir e expressar-se socialmente. Destacar as potencialidades comunitárias é também um exercício para reconhecer a cultura popular, as práticas sociais estabelecidas e os saberes antepassados que construíram ao longo do tempo a identidade comunitária. O uso da amorosidade no processo de planejamento do cuidado confere sensibilidade à realidade comunitária sob a qual se pretende construir um projeto democrático de assistência à saúde, pois nesta lógica é possível de fato identificar redes, construções e necessidades na comunidade para a transformação das condições de vida e saúde.

A abordagem amorosa nos espaços - individuais e coletivos - de produção de saúde se concretiza à medida que os envolvidos no processo dialógico se dispõem a se ouvirem e ao ouvirem o outro, despidos de preconceções e inflexibilidades e abertos para estabelecer um diálogo integral com outro, valorizando quem ele é, de onde ele vem e o que ele traz consigo. Nos espaços de atendimento e conversas da APS, a amorosidade não se revela somente na troca de afetos, mas se traduz por meio do estabelecimento de relações que produzem a valorização das subjetividades, a autonomia e o protagonismo das pessoas. Neste sentido, a amorosidade é também uma postura ética diante das sociabilidades e do mundo (CRUZ, 2018).

Para Bornstein et al (2013, p.43-44),

A convivência com amorosidade pressupõe a valorização do afeto como elemento estruturante da busca pela saúde e leva a um vínculo, uma compreensão mútua e uma solidariedade. [...] reafirmando a autonomia e ressignificando o cuidado em saúde. A prática da amorosidade pode estabelecer relações de confiança e acolhimento entre as pessoas, possibilita o conhecimento de dimensões importantes para a estruturação dialogada de práticas de cuidado que incorporam aspectos mais sutis da realidade subjetiva e material da população.

Os espaços decisórios e deliberativos na gestão do SUS carecem do exercício desse princípio, para que as vozes nesses espaços sejam profundamente ouvidas e acolhidas e para

que de fato a cultura do povo, suas práticas sociais e o saber de seus antepassados, sejam compreendidos e tomados como realidade para a gestão da saúde comunitária. Uma abordagem amorosa nesses espaços pode contribuir para transgressão de modelo participativo pré-determinado, abrindo um caminho de possibilidade para a concretização de uma atmosfera de diálogo e escuta atenta ao povo, sua história, sua cultura e, conseqüentemente, suas múltiplas vozes.

4.3.3 Problematização

Para conhecer a realidade e contexto histórico e cultural de uma comunidade a fim de compreender sua identidade cultural, é necessário problematizar processos, contextos, situações vivenciadas pelas pessoas. Com isso, a problematização se torna uma ferramenta essencial para a manutenção das práticas dialógicas na APS.

Para Dantas e Linhares (2013, p.75),

a ação de problematizar em Paulo Freire impõe ênfase no sujeito práxico que discute os problemas surgidos da observação da realidade com todas as suas contradições, buscando explicações que o ajudem a transformá-la. O sujeito, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade e assim sucessivamente. Nesse sentido, a problematização emerge como momento pedagógico, como práxis social, como manifestação de um mundo refletido com o conjunto dos atores, possibilitando a formulação de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas.

Diante disso, a problematização só tem sentido quando desenvolvida de forma coletiva, buscando dar espaço para a expressão dos problemas, inquietações, desentendimentos e obstáculos para que as pessoas e grupos vivenciem plenamente a sua identidade. Para o planejamento em saúde, o olhar atento sobre os determinantes e condicionantes de saúde precisa estar associado às contribuições das pessoas, de modo que o plano seja horizontal e a partir da perspectiva compartilhada de conhecimento para o enfrentamento de situações-limite. O protagonismo dos sujeitos nesse processo dialógico em que se problematiza uma realidade pode garantir uma expressão mais real dos determinantes e condições da saúde daquela comunidade, que possui uma identidade cultural que deve ser o ponto de partida para o estabelecimento de qualquer planejamento.

Problematizar a realidade nos espaços de cuidado na APS é indispensável para a construção do pensamento crítico dos sujeitos frente ao seu processo saúde-doença. Para além disso, é preciso haver espaço para reflexão crítica sobre planejamentos, terapêuticas e acordos estabelecidos nos espaços de encontro na APS, pois dessa maneira é possível rompermos com as práticas de cuidado prescritivas e normativas e assumirmos que as formas de cuidar e ser

cuidado são dinâmicas e poderão sempre estar em transformação pela ação-reflexão-humana.

A experiência prévia e a realidade vivida pelos sujeitos são a base de um processo de análise crítica chamado de problematização na busca da identificação das situações-limite, suas causas e potencialidades de transformação. Nesse sentido, a problematização emerge como momento pedagógico, como práxis social, como manifestação de um mundo refletido com o conjunto dos atores, possibilitando a formulação de conhecimentos com base na vivência de experiências significativas. Contudo, não apenas identifica problemas, mas sim, no processo de superação das situações limite vivenciadas pelos sujeitos, são resgatadas potencialidades e capacidades para intervir (BORNSTEIN, 2016, p 18).

Para os espaços decisórios e de gestão na APS e no SUS, a problematização é indispensável para que as deliberações em saúde não sejam fruto de repressões, silenciamentos e apagamento dos saberes e das vozes populares, como frequentemente acontecem em espaços de participação social. Problematizar requer também romper com excesso de formalismos nos espaços de gestão compartilhada e com métodos conservadores e insuficientes para a promoção da participação popular ativa.

As formas de lutas mais diretas das classes populares diante de problemas concretos e imediatos da vida social nutrem a participação popular. São formas de lutas independentes e autônomas de organização e de ação política. É um aprendizado de militância, no qual negociar e dialogar com as instâncias de governo, em determinados momentos, conforme decisão coletiva, enriquece o processo de conscientização das classes populares. Ademais, nas formas de luta diretas, não estão subordinadas aos organismos governamentais e nem às suas regras e regulamentos, elas aprendem no embate político. Podemos dizer que a participação popular tem uma dimensão pedagógica de formar para o exercício da cidadania ativa, além de uma função política de intervir na tomada de decisões. As classes populares muitas vezes são impedidas de participar de conselhos de políticas públicas por não terem formação adequada (TRAVASSOS, 2016, p. 116-117).

A problematização no planejamento e na assistência aumentam o grau de acesso ao conhecimento das classes populares, bem como estimula o pensamento crítico para expressarem suas necessidades nos espaços de controle social. Pode-se esperar como resultado maior engajamento popular pelo direito à saúde e conseqüentemente maior aproximação do planejamento e das políticas de saúde com a realidade sociocultural sobre a qual se desenvolvem as relações e os modos de vida em comunidade e sociedade. Portanto, a problematização pode contribuir para que as políticas em saúde sejam frutos de processos emancipatórios, pois desta maneira elas serão resultado da reflexão crítica - com valorização do protagonismo dos sujeitos - no processo de análise contextual da realidade.

4.3.4 Construção compartilhada de conhecimento

A construção compartilhada do conhecimento é um princípio alimentado pela efetivação do diálogo e da problematização. Esta abordagem construtivista requer o estímulo

da reflexão crítica de todos os sujeitos envolvidos no processo produtivo/educativo. Segundo Acioli et al (2002, p.19), apontam-se como pré-requisitos à construção compartilhada:

a prática metodológica dialética; o trabalho desenvolvido a partir da realidade local; a ênfase em processos de desconstrução de conceitos, valores e posturas; o uso de múltiplas linguagens; a postura permanente de estudo e pesquisa durante o processo educativo; o planejamento coletivo das ações educativas e a avaliação processual.

A partir disso, compreende-se que o planejamento de saúde territorializado precisa ser compartilhado e construído com a comunidade e a partir dela, a fim de obtermos diagnósticos situacionais participativos que reflitam as vivências, saberes e identidade culturais de determinada comunidade. Ao buscarmos compreender um território e a expressão dos modos de vida neste espaço, precisamos antes de tudo enxergar nossos poderes simbólicos enquanto profissionais e nossas limitações devido uma inserção periférica a tal realidade e espaço. Essa postura favorece a redução da arrogância e prepotência instrumentalizadas pelos modelos de formação profissional no Brasil, os quais estimulam uma atuação profissional vertical, prescritiva e até impositiva muitas vezes.

Desse modo, a cada encontro entre usuários, gestores e profissionais na APS, as ações precisam estar voltadas para promoção da autonomia e emancipação dos sujeitos frente ao reconhecimento dos determinantes socioculturais do seu processo saúde-doença. O cuidado prestado com orientação comunitária, a luz da construção compartilhada, visa sempre o processo de transformação de usuários, gestores e profissionais. O resultado que se espera é que os usuários sejam capazes de refletir criticamente sobre suas escolhas, limitações, determinações e condição social e entender sua condição de saúde através de uma lente histórico-sociocultural e que os profissionais e gestores sejam capazes de revisar papéis e se disponibilizarem para construção coletiva de ações, com horizontalidade nos processos decisórios. Desta forma produz-se autonomia e empoderamento dos sujeitos, independente da rotatividade ou mudança dos profissionais com os quais se estabelece relações terapêuticas.

Vale destacar, que ações com alto grau de orientação comunitária são as que alcançam intervenções construídas de forma compartilhada e que possuem o compromisso de emancipar e empoderar⁶ pessoas frente a sua condição de adoecimento e aos seus direitos

⁶ Prática ancorada ao conceito de *empowerment* ou, em português, empoderamento, como um dos conceitos estruturantes da Promoção da Saúde, com potencial para a transformação das práticas comunitárias e profissionais em saúde. Sua origem encontra-se na “*psicologia comunitária, movimentos de autoajuda e, em especial, práticas sociais surgidas a partir das reivindicações e lutas dos novos movimentos sociais ocorridas nas décadas de 1960 a 1980 em diversos países*”. (CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D., p. 2031, 2008). Destaca-se, a título de análise, dois sentidos principais do empoderamento: o psicológico e o social/comunitário. Neste estudo, trabalha-se sob a perspectiva do empoderamento social que ~ “*não significa a negação dos elementos que compõem o empoderamento psicológico, uma vez que reconhece a importância do agenciamento humano e, indo além, procura destacar a importância de buscarmos enfrentar as raízes e causas da iniquidade*

sociais. O cuidado desenvolvido e construído coletivamente deve resultar em maior independência individual e comunitária de mecanismos tecno-assistenciais para promoção de saúde e mais estímulo à mobilização comunitária na compressão e exigência de seus direitos. Neste processo de conscientização, o trabalho comunitário sobrevive ao longo do tempo independente dos atores e sujeitos envolvidos na assistência primária à saúde, pois o poder decisório e reflexivo para pensar intervenções em saúde estará descentralizado e a assistência não ficará centrada em saberes especializados e que não se sustentam ao longo do tempo.

Segundo Vasconcelos (2004, p.71), *“no trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza”*.

4.3.5 Emancipação

As práticas de cuidado e saúde na APS, comprometidas com o diálogo, a amorosidade, a problematização e a construção compartilhada de conhecimento, favorecem a superação do fosso cultural entre a equipe e a população, através da construção de uma relação de mútua compreensão sobre si e sobre o outro. Essa convivência pressupõe uma aprendizagem significativa e a construção de vínculo com alto potencial para entendimento das sociabilidades e para organização social.

Nesta direção, a EPS traz ferramentas importantes para a abordagem da saúde comunitária, uma vez que seus fundamentos agregam potencial para rupturas dos processos verticalizados de intervir na saúde coletiva. Além disso, o exercício da EPS na atenção primária pode ser promissor para abordar o processo saúde-doença a partir de uma análise ampliada dos determinantes sociais da saúde.

As ferramentas e estratégias para a abordagem da saúde familiar e comunitária não podem se reduzir ao reconhecimento das condições de vida que geram maior ou menor grau de adoecimento, nem podem servir como método para estabelecer padrões de normalidade,

social. Teorias que dão suporte a este conceito nos ajudam, por exemplo, a refletir criticamente sobre o uso reducionista de estratégias e ações de empoderamento que levam muitas vezes à culpabilização das vítimas de mazelas sociais ao hiper dimensionar a responsabilidade individual sobre os problemas de saúde. Para que o empoderamento social se efetive, é necessário ter ciência de que se as macroestruturas condicionam e determinam o cotidiano dos indivíduos, estes, através de suas ações, influenciam e significam o plano macrossocial em um movimento circular e interdependente”. (CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D., p. 2032, 2008).

sem respeitar às singularidades das vivências em família e em comunidade. É preciso que as ações estejam atravessadas por intenções que tenham por objetivo a conscientização coletiva a respeito dos problemas sócio-histórico-culturais - de responsabilidade do Estado - que estruturam e perpetuam as causas do adoecimento individual, e sobretudo, coletivo. Pois, quando superamos a lógica da individualização do sofrimento e da responsabilização individual pelo enfrentamento dessa condição, atingimos o ponto crucial para desenvolvermos ações em saúde com maior potencial para promoção da cidadania e emancipação dos sujeitos frente ao seu direito à saúde.

Para Bornstein et al (2013, p.45),

A emancipação é um processo coletivo e compartilhado de conquista das pessoas e dos grupos no sentido da superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência, que ainda separam o país que temos do que queremos. Fortalece o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática onde as pessoas e grupos radicalizam o conceito da participação nos espaços de construção das políticas da saúde na perspectiva do inédito viável.

Neste sentido, a Educação Popular em Saúde traz subsídios para as práticas de saúde decoloniais⁷ na APS, pois através de seus fundamentos é possível a construção de uma lógica de abordagem comunitária que permita que os usuários do sistema de saúde se conscientizem da sua condição de oprimido e reconheçam as negligências do Estado frente ao enfrentamento das desigualdades sociais, de classe, raça e gênero. Portanto,

a Educação Popular (EP) não apenas pressupõe uma boa comunicação, uma amizade profunda entre diferentes, e tampouco uma “conversa-fiada”; requer, de modo muito explícito, de todos os seus sujeitos, a clareza de onde se quer chegar, e para que realmente se está procedendo com a EP (CRUZ, 2018, p. 163-164)

Entretanto, vale lembrar que é preciso partir do pressuposto de que a história de silenciamento e apagamento da voz popular, especialmente dos grupos marginalizados, é desproporcional à concepção de que EPS sozinha pode revolucionar a luta social por mais inclusão e equidade. Vasconcelos, Vasconcelos e Silva (2015, p.102) destacam que

a possibilidade de associar a rotina de trabalho da APS com projetos mais amplos de emancipação da sociedade tem gerado expectativas ilusórias em alguns profissionais de saúde que anseiam por resultados revolucionários, em curto prazo, na realidade local. A opressão, a injustiça e a marginalização de muitos grupos sociais têm raízes complexas e profundas. O trabalho em saúde pode participar de sua superação, mas é apenas uma das inúmeras frentes deste amplo processo. A pretensão de ser o centro das complexas mudanças locais e de que elas ocorram no período de sua atuação

⁷ A atitude decolonial se traduz em uma espécie de subversão e desobediência epistêmica através do exercício da transdisciplinaridade decolonial apontada como uma consciência que busca decolonizar, des-segregar e des-generar o poder, o ser e o saber. Isto é feito ao criar laços e novas formas entre esferas que a Modernidade ajudou a separar: a esfera da política ou do ativismo social, a esfera da criação artística e a esfera da produção de conhecimento. A consciência decolonial acarreta formas de atuar, de ser e de conhecer que se alimentam dos encontros entre estas áreas (MALDONADO-TORRES, 2016, p. 93-94).

revela uma atitude valiosa e gera tensões com a população que tem um ritmo próprio e outros modos de caminhar.

4.3.6 Compromisso com o projeto democrático e popular

A partir da discussão já realizada, constata-se que o exercício do diálogo, da amorosidade, da problematização e da construção compartilhada de conhecimentos no desenvolvimento de ações em saúde conferem um caráter emancipatório às práticas com orientação comunitária na APS. A manutenção desses métodos de trabalho, demonstra compromisso com o projeto democrático e popular de construção do SUS, pois

fortalece o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática onde as pessoas e grupos sejam protagonistas por meio da reflexão, do diálogo, da expressão da amorosidade, da criatividade e da autonomia, afirmando que a libertação somente acontece na relação com outro. (Brasil, 2012b, p. 17)

Então, faz-se necessário ainda ressaltar que a EPS é uma pedagogia fundamentada pela abordagem conscientizadora na perspectiva freireana que - através dos seus conteúdos e práticas - busca fomentar um projeto societário integrativo e emancipatório por meio da disponibilidade para operar um novo fazer em saúde e através da ocupação dos postos de trabalho. Por isso, para se comprometer com a EPS é necessária uma transformação pessoal de dentro para fora. Cruz (2018, p.24), aponta que neste sentido,

as experiências pautadas pela EPS vêm sendo desenvolvidas, nos serviços de saúde e em outros vários espaços do SUS, por pessoas compromissadas e também inconformadas com as práticas desumanizantes, autoritárias e antidemocráticas no setor de saúde; pessoas engajadas em transformar sua inconformação e capacidade de indignação em uma postura propositiva. Por meio desta, desdobram-se atitudes, procedimentos e abordagens comunicativas relacionais, culturais e fundamentalmente educativas para construir novos horizontes no SUS; para sensibilizar, sobretudo, novos atores, pela provocação do diálogo de saberes, pelo incentivo a conhecer outras práticas possíveis em saúde, que não sejam apenas as pautadas pelo modelo biomédico, e pelas perspectivas de medicalização em saúde.

Praticar a Educação Popular em Saúde, requer o entendimento de que esta pedagogia fundamenta ações processuais para a transformação de realidades. Entretanto, é preciso compreender que a resistência, a insistência e a paciência são indispensáveis para que os fins não justifiquem os meios, ou seja, para que não haja uma corrupção dos princípios e valores do processo educacional democrático em detrimento de soluções rápidas para os problemas enfrentados. São necessários um compromisso e uma postura ética para que o processo que visa alcançar a humanização da assistência e gestão em saúde não seja desumanizante (RODRIGUES E CRUZ, 2020).

Portanto, o compromisso com um projeto de saúde democrático e popular,

indissociável às práticas e valores da EPS, reflete um planejamento cooperativo da saúde comunitária, fortalece a constituição de um modelo de atenção à saúde contra-hegemônico, além de ampliar as formas de inserção da população em espaços possíveis para o desenvolvimento do controle social no SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste estudo teórico e bibliográfico, evidenciou-se que o conceito de orientação comunitária é amplo e permeável a outros conceitos. Com isso, fica nítido que sua compreensão teórica e aplicação prática demanda investimento em formação profissional contínua e permanente. Neste sentido, chamo atenção para a escassez de materiais com essa finalidade de aumentar as discussões e o acesso de profissionais da saúde ao tema discutido por esse estudo.

No Brasil, o principal instrumento avaliativo, instituído a nível federal, da concretização da orientação comunitária na APS brasileira é o PCATool, conforme demonstrado pelas análises bibliográficas desenvolvidas nesta dissertação. A adoção do PCATool como única forma de avaliar a Orientação Comunitária é um indício revelador de uma avaliação insuficiente do atributo, que reforça apenas o modelo tecno-assistencial na APS. Este instrumento demonstra ser insuficiente para avaliar todas as dimensões conceituais contidas no conceito ampliado de orientação comunitária, proposto por Barbara Starfield e reforçado por documentos políticos a nível nacional e internacional, como a carta de Ottawa. O instrumento incorpora apenas alguns aspectos pontuais circunscritos ao conceito, demonstrando superficialidade para avaliar o avanço do planejamento, assistência e da gestão com orientação comunitária no contexto da Atenção Primária brasileira.

Essa insuficiência se deve ao fato do PCATool se realizar por meio de um método objetivo e quantitativo que não é capaz de mensurar ou avaliar as relações, as redes e as intersubjetividades produzidas no território sob o qual se pretende construir intervenções em saúde. Outrossim, ele não se apresenta como uma ferramenta capaz de registrar e caracterizar como tem se dado o encontro entre profissionais de saúde e a comunidade para a produção de caminhos emancipatórios que favoreçam o protagonismo da mobilização popular na conquista do direito à saúde.

As produções científicas acerca da orientação comunitária na APS, até o momento, estão majoritariamente reduzidas a estudos de campo com aplicação do PCATool para medir o avanço dos atributos da atenção primária, demonstrando insuficiência no debate sobre os obstáculos e articulações necessárias para se avançar com as práticas com orientação comunitária na APS. Cabe aqui, uma sugestão acerca da necessidade da elaboração de instrumentos complementares ao PCATool para avaliarmos a concretização da orientação comunitária de forma menos padronizada, tendo em vista a heterogeneidade das regiões brasileiras e seus diversos processos histórico-culturais que podem requerer caminhos

singulares para o avanço de práticas com orientação comunitária em cada localidade.

Quanto aos desafios para o avanço do debate sobre orientação comunitária e a concretização dessa prática na APS, destaco os seguintes: 1- A perpetuação do modelo biomédico e medicalocêntrico ao longo da trajetória do SUS desde a Reforma Sanitária, 2- A história da formação em saúde marcada por um modelo formativo que induz e/ou favorece a verticalização das relações no processo de produção de saúde, 3- A fragilidade do uso da Educação Popular como abordagem para expansão das relações democráticas e participativas nas práticas de produção de saúde, 4- A superação do excesso de formalismo dos procedimentos do planejamento em saúde no Brasil e 5- Os riscos produzidos pela sustentação de um modelo de democracia representativa formal sem base de fomento para ampliação dos movimentos populares em saúde.

O rompimento com o modelo biomédico na estruturação dos serviços e da assistência à saúde primária é pré-requisito indissociável ao avanço das práticas em saúde - com orientação comunitária - para a promoção de uma atenção primária integral e equânime. O rompimento com a lógica da patologização da vida social e, conseqüentemente, a busca por caminhos que superem a medicalização do sofrimento, são imperativos para a transformação das práticas em saúde coletiva.

Desde que o saber cuidar do outro foi expropriado da sociedade e configurado em determinadas técnicas produzidas por determinados atores legalmente reconhecidos como tais, exercidas em determinados lugares e acessível somente a alguns, a dinâmica da vida se reduziu a estar ou não estar doente e esta situação definida com base em normas que determinam o normal e o patológico. E o agenciamento da saúde, como ausência de doença, e desta, como sendo a falta de algo para fazer a máquina humana funcionar (o corpo), reproduz, no imaginário popular, a ideia de saúde restrita ao consumo de serviços e de medicamentos. (BONETTI; PEDROSA; SIQUEIRA, 2011, p. 402)

É preciso construir um modelo de saúde que legitime as competências culturais dos territórios e problematize a determinação social da saúde para além da identificação e reconhecimento de causas de adoecimento. Portanto, torna-se urgente a substituição do modelo tecno-assistencial para produção de saúde por um modelo que favoreça a manutenção de espaços que visem a emancipação dos sujeitos frente ao processo saúde-doença com desvinculação da individualização e auto culpabilização frente ao adoecimento.

Na Atenção Primária à Saúde, é inegável a importância do trabalho multiprofissional e é visível que cada categoria profissional desempenha um papel indispensável para a abordagem integral da saúde comunitária. Entretanto, a depender da lógica de organização dos processos de trabalho pela gestão local e municipal, o trabalho pode ficar mais propício a abordagens conservadoras ou mais próximo de uma assistência emancipatória.

A direção e o sentido que o trabalho pode assumir na prática não é somente dependente das escolhas gerenciais e administrativas, mas também se relaciona diretamente com a implicação política e a identificação que os profissionais de saúde têm com o serviço, o sistema de saúde e com o seu fazer profissional. Contudo, a perspectiva do trabalho na APS orientado para comunidade e à luz dos fundamentos da EPS não pode ser imposto institucional e administrativamente. Portanto, a efetivação das práticas com orientação comunitária e da PNEP-SUS, necessita de investimento institucional diferenciado para sua expansão, uma vez que o processo para profissionais e gestores deve ser também educativo e longitudinal a fim de ampliar-se a qualificação do cuidado na APS sem contradizer o próprio método a ser alcançado.

Neste sentido, tornam-se questionáveis os métodos de formação em saúde - adotados majoritariamente no Brasil até o momento - pautados no modelo flexneriano que induz a atuação profissional para uma lógica individual, fragmentada, com predomínio de práticas hierarquizadas e desiguais entre as diferentes categorias profissionais. Ainda precisamos avançar para um modelo de formação profissional e de produção de conhecimento que sejam potentes para a Estratégia de Saúde da Família, através de uma formação que subsidie o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais para a atuação por meio do acolhimento, vínculo, trabalho em equipe interdisciplinar e do compromisso/corresponsabilidade com as lutas e demandas populares.

Entretanto, torna-se mister reconhecer que a incorporação de métodos pedagógicos para a reformulação de currículos para a formação profissional na área das ciências da saúde é essencial para a mudança de caminhos. A formação em saúde não pode ter como resultados apenas o desenvolvimento de competências técnicas, mas também precisa desenvolver, nos profissionais, habilidades socioafetivas para entender e mediar as diferenças de pensamento, conferindo-lhes a capacidade crítica e reflexiva para entender que a construção do conhecimento é mutável, contínua e se dá através de um processo permanente de desconstrução e ressignificação. Desta forma, seria possível termos profissionais com a capacidade de problematizar a saúde a partir do que o outro é, vive e traz consigo.

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido embasada no uso de metodologias conservadoras, numa perspectiva biologicista de adoecimento e numa abordagem reducionista e fragmentada do conhecimento, com estímulo à disciplinariedade. Assim, diversos profissionais de saúde tem adotado em sua práxis no SUS uma postura decorrente desse processo de formação, assumindo uma posição unilateral, colocando-se no centro do processo educativo em saúde e desconsiderando a autonomia dos sujeitos sociais. As atuais propostas de reorientação da formação em saúde destacam a importância da integralidade, da articulação entre teoria e prática e da compreensão da saúde como resultante de

múltiplos determinantes, das condições de vida da população. E se essa formação mais ampla e integral constitui hoje um grande desafio, uma formação para atuação na perspectiva contra hegemônica da educação popular, em sintonia com os princípios trazidos na PNEPS-SUS, simboliza um desafio ainda maior (LEAL; STHAL, p.15, 2015).

A centralização do papel do médico para dar respostas a problemas econômicos, sociais, culturais e econômicos ainda é notória na APS brasileira e a dificuldade em romper radicalmente com essa estrutura inviabiliza a transformação dos modos tradicionais de trabalho na APS. Ademais, para que o trabalho na atenção básica assuma um caráter horizontal, emancipatório e construtivista, é preciso contrapor a lógica gerencialista da saúde que requer dos trabalhadores uma produção baseada apenas em diagnósticos, tratamentos e intervenções assistenciais e sanitárias pontuais sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde.

A saúde não é um fim em si mesma. Obviamente que as ações em saúde precisam estar amparadas não só pelas políticas públicas de saúde, mas também por políticas sociais e econômicas, pois para além da identificação de problemas de saúde e da abordagem democrática da saúde comunitária, os diagnósticos situacionais em saúde precisam encontrar respostas do Estado, para que o trabalho e a construção coletiva tenham sentido. Não foi ao acaso que a articulação de políticas intersetoriais tem demonstrado ser um dos grandes entraves para a consolidação da orientação comunitária nas práticas de cuidado na APS, segundo a maioria dos estudos analisados na revisão bibliográfica sobre a orientação comunitária, tratados na seção 4.1 desta dissertação.

No que tange a gestão em saúde no SUS, vale destacar também que o excesso de formalismo pode gerar um processo de burocratização que leva a supervalorização dos meios em detrimento dos fins. O planejamento de saúde no Brasil é feito com base em uma série de pactos, agendas, políticas, programações e programas especiais, definidos pelo Ministério da Saúde e acordados com as instâncias colegiadas, porém muitas vezes não reflete a realidade local devido o distanciamento das políticas de centro com as realidades locais e em detrimento da formalidade no processo participativo - por meio da representatividade - nos espaços colegiados de participação social.

Para Paim (2006, p.780),

muito do planejamento em saúde existente no Brasil é vertical, ritualístico, um fazer-de-contas, uma espécie de “pra-não-dizer-que-não-falei-de-flores”, sem compromisso com a recomposição das práticas, com a emancipação dos sujeitos e com a saúde da população.

Neste sentido, a EPS se revela como prática pedagógica/educativa não só para

usuários do sistema de saúde, mas também para profissionais e gestores, pois o processo de transformação e emancipação ocorre mutuamente para ambas as partes envolvidas neste percurso dialógico/construtivista. A revisão de papéis, significados, ideias e saberes impulsiona um processo de transformação individual e coletivo. Neste ponto, pode-se observar então que a EPS pode contribuir muito para efetivação da humanização da saúde na atenção primária, na medida em que ela estimula o protagonismo, a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

Por isso, as práticas de saúde alicerçadas nos princípios da EPS podem favorecer a manutenção de relações horizontais entre profissionais e usuários, onde suas divergências e proximidades potencializam movimentos para a consolidação de um sistema de saúde democrático e universal. A adoção da EPS como um importante referencial das práticas de cuidado com orientação comunitária na APS, amplia as possibilidades rumo à materialização de um modelo de saúde ainda distante, mas vislumbrado pelo movimento da Reforma Sanitária no Brasil.

Por meio da Educação Popular em Saúde e das ações em saúde com orientação comunitária, é possível ampliar os espaços de participação popular na saúde para além dos espaços institucionalizados através das políticas de saúde. O avanço das relações democráticas na APS é crucial para a reformulação do caráter participativo no SUS e para o estabelecimento de novas formas de controle social para além do modelo de democracia representativa formal, vigente até o momento. A ampliação da voz popular e dos movimentos populares por meio de espaços na APS pode contribuir para a transformação do modelo de participação social no SUS.

A educação popular precisa ser entendida não exclusivamente como uma prática social, mas também como um campo epistemológico, teórico. Faz-se necessário entendermos este campo como um espaço vivo, marcado de saberes e experiências que constituem a identidade de um povo, de luta e de resistência, como também pensar sobre ele e assim poder ressignificar os nossos conhecimentos. As práticas populares e comunitárias, constitui-se como um processo político, emancipador, com intencionalidades, proposições e organização, rompendo com qualquer visão romantizada das ações praticadas nos setores populares. [...] As ações executadas nas comunidades é um ato político, tendo intencionalidade e valorização do espaço como um setor de potencialidades, sentidos e significados. Logo, para romper-se com a concepção assistencialista ainda presente em muitas práticas, é fundamental o pensamento coletivo e a dialogicidade como preconiza Paulo Freire, por meio de objetivos comuns ou não. Não se constrói conhecimento libertário-emancipador com bases desarticuladas e sem planejamento (BERNARDO, 2020, p.196-197).

O SUS nasceu através de movimentos da sociedade civil e se estruturou numa perspectiva construtivista e inclusiva. É preciso olhar para as relações estabelecidas, para escolhas feitas no cotidiano, para as prioridades elencadas, para as necessidades colocadas,

para que seja possível entender onde estamos e para onde queremos caminhar. As arenas políticas a qual estamos imersos são conflitivas, pois nelas se expressam as relações de poder. Estas por sua vez devem ser vistas como uma realidade mutável pela ação-reflexão-ação humana, ponderada pelo reconhecimento de nossas heranças históricas e impulsionada por perspectivas de futuro a ser construído.

Entretanto, não é tarefa fácil analisar os processos de organização dos grupos e movimentos sociais, expondo seus potenciais e limites de forma a torná-las visíveis e passíveis de transformação. Ainda assim, é preciso reconhecer que é ao olhar para essas formas de organização para entendê-las que encontramos os pontos de mediação dos processos de empoderamento e fortalecimento das ações para superação de conflitos, ressignificação de espaços e relações. Por fim, se torna inegável a urgência em promover inclusão e participação social efetiva através da experiência contínua de revisar papéis e sentidos na produção da vida cotidiana.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G.G. **Depois da Reforma**: contribuição a crítica da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2013.

ACIOLI, S. Et al. Reflexões Sobre a Construção Compartilhada do Conhecimento em Saúde na Localidade do Alto Simão/Vila Isabel-RJ. **R. Interagir: Pensando a extensão**. Rio de Janeiro, n.2, ago/dez, p.17-21, 2002.

ALENCAR, M. N.; COIMBRA, L. C.; MORAIS, A. P. P.; SILVA, A. A. M; PINHEIRO, S. R. A.; QUEIROZ, R. C. S. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 19, n. 2, fev., p. 353–64, 2014.

ANDRÉ, A.N.; RAMOS, J. V. B.; CRUZ, P. J. S. C.; VASCONCELOS, A. C. C. P. Dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa / Difficulties of social participation in Primary Health Care: a systematic qualitative review. **Revista Saúde em Redes**. Ed Rede Unida. v.7, n.2, 2021.

ARANTES, L. J; SHIMIZU, H. E; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p.1499-1510, 2016.

BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (org). **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, p. 29-60, 2007.

BAPTISTA, T. W. F; MATTOS, R. A. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. p. 52-91, 2011b. Disponível em: <www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps>. Acesso em: 15 Dez 2021.

BARROS, M. E. D. O Controle Social e o processo de descentralização dos serviços de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Incentivo à participação popular e Controle Social no SUS**: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1998. 69p.

BERNARDES, E. J.; DUTRA, K.; RIBEIRO, N. C. Mapas conceituais como suporte a pesquisa científica. **Ciência da Informação Express**, v.2, n. 3, 2021.

BERNARDO, K.F. Educação Popular: Para Uma não romantização das práticas populares e comunitárias. In: ARAÚJO, RS.; CRUZ, P.J.S.C.(org). **Educação Popular E Construção Compartilhada Do Conhecimento**: Debates Teóricos.1. ed. João Pessoa: Editora do CCTA, 2020.

BONETTI, O. P.; PEDROSA, J. I. S.; SIQUEIRA, T. C. A. Educação Popular em Saúde como política do Sistema Único de Saúde. **Rev APS**, v. 14, n. 4, p. 397-407, 2011.

BORNSTEIN, V. J. et al. Educação popular em saúde e o protagonismo dos sujeitos sociais. In: SANTOS, S. A.; WIMMER, G. (org.). **Curso de Educação Popular em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, p. 36-47, 2013.

BORNSTEIN, V. J. Princípios pedagógicos do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde. In: BORNSTEIN, V. J. et al (org.). **CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE** Textos de apoio. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, p. 15-20, 2016.

BOTTOMORE, Tom (Org.). **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. **Constituição Federal**. Artigos 196, 197, 198, 199 e 200. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm > Acesso em: 12 Jan 2022.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde**. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. 3. ed. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031>> Acesso em 25 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (Cneps). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, ed. 2, 2012.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. suppl 2, p. 2029–2040, 2008.

CRUZ, et al. Educação Popular em Saúde: concepção para o agir crítico ante os desafios da década de 2020. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, Edição Especial, p. 6-28, jul. 2020.

CRUZ, P.J.S.C. (org). **Educação popular em saúde: desafios atuais**. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 2018.

CARTA DE OTTAWA. In: **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf> Acesso em 02 jul. 2020.

CORDEIRO, A.M.; OLIVEIRA, G.M.; RENTERIA, J.M. GUIMARÃES, C.A., GERS-RIO Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev Col Bras Cir**, v.34, n.6, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/CC6NRNtP3dKLgLPwcmV6Gf/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em 31 jul. 2021.

COSTA, S. M; SOUZA, L. P. S; SOUZA, T. R; CERQUEIRA, L. R. N; BOTELHO, B. L; ARAÚJO, E. P. P; RODRIGUES, C. A. Q. Práticas de Trabalho No Âmbito Coletivo: Profissionais Da Equipe Saúde Da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, Set, p. 292–299, 2014.

CRUZ, P.J.S.; BRUTSCHER, V.J. Participação popular e Atenção Primária à Saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção. In: **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**, 231–64. Editora FIOCRUZ, 2018.

CUNHA, A.C.; MAURO, M.Y.C. Educação Continuada e a Norma Regulamentadora32: utopia ou realidade na enfermagem? **Rev. Bras. Saúde Ocup.** v. 35, n. 122, p. 305-313. São Paulo-SP. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/a13v35n122.pdf> Acesso em: 11 abr. 2021.

DANTAS, V. L.; LINHARES, A. M. B. **Círculos de Cultura: problematização da realidade e protagonismo popular.** Caderno de educação popular em saúde; volume 2 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013, p. 73-76.

DEMARZO, M. M. P. **Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde.** São Paulo: UNIFESP/UNASUS, 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_3.pdf> Acesso em 25 mar. 2021.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico.** São Paulo: Atlas, 2000.

DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

FARIA, R. O TERRITÓRIO E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: INTERCAMBIAMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL. **Bol. geogr.** Maringá, v. 32, n. 2, p. 173-191, 2014.

FAUSTO, M. C. R; MATTA, G. C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas.** In: Morosini, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (org). Modelos de Atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, p. 43-64, 2007.

FERREIRA, V. D.; OLIVEIRA, J. M.; MAIA, M. A. C.; SANTOS, J. S.; ANDRADE, R. D.; MACHADO, G. A. B. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um município mineiro. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2016.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na REDE UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, 2000.

FRANCESCHINI, A.B.C.; SAMPAIO, S.S.; FRANCESCHINI, T.R.C. Abordagem Comunitária: Uma Perspectiva para a Promoção de Saúde Universal, Integral e Equânime. In: FORSTER, A.C.; FERREIRA, J.B.B.; VICENTINE, F.B. (org). **Atenção à Saúde da Comunidade no Âmbito da Atenção Primária à Saúde na FMRP-USP.** Ribeirão Preto-SP: Funpec Editora, 2017.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação - uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** 4. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 31. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública.**, v.34, n.8, 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Capítulo 16: Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L; ECOREL, S; LOBATO, L.V. C; NORONHA, J.C; CARVALHO, A.I (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 493-549, 2012.

GONDIM, G.M.M.; MONKEN, M. O Uso do Território na Atenção Primária à Saúde. In: MENDONÇA, MHM et al (orgs). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Território e territorialização. In: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. (Org.). **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 21-44, 2017.

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

GUIMARÃES, E.M.S. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. **Serv Social Soc.**, p. 564-582, 2017.

HARZHEIM, E.; PINTO, L. F.; HAUSER, L; SORANZ, D. Avaliação Dos Usuários Crianças e Adultos Quanto Ao Grau de Orientação Para Atenção Primária à Saúde Na Cidade Do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1399–408, 2016.

LABRA, M.E. Conselhos de saúde: visões “macro” e “micro”. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, Porto alegre, v. 6, n. 1, p. 199-221, 2006.

LEAL. C.R.A.A.L.; STHAL, H.C. **POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO SUS: INTERFACES COM A FORMAÇÃO EM SAÚDE**. 7a Reunião Nacional da ANPEd – Florianópolis: UFSC, 2015. Disponível em: <http://37reuniao.anped.org.br/wp-content/uploads/2015/02/Pôster-GT06-4251.pdf> Acesso em 15 Abr. 2022.

MALDONADO, A. E. Pesquisa em comunicação: trilhas históricas, contextualização, pesquisa empírica e pesquisa teórica. In: MALDONADO, A. E. **Metodologias de Pesquisa em Comunicação**. Porto Alegre: Sulina, p. 279-303, 2011.

MALDONADO-TORRES, N. Transdisciplinaridade e decolonialidade. **Revista Sociedade e Estado**, v. 31, n. 1, jan/abr, 2016.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** [online], Florianópolis, vol.17, n.4, p.758-764, 2008.

MORAES, et al. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009.

MOREIRA, A.C. et. al. **“QUANDO OS PACIENTES PERDEREM A PACIÊNCIA”: A IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ASSEMBLEIA POPULAR EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.** 2020. 127 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Residência (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/49217>> Acesso em: 10 Jan 2022.

MOREIRA, D. ; SOARES, D. A. ; CASTRO, C. P. ; BISPO JÚNIOR, J.P. Atuação Do Núcleo de Apoio à Saúde Da Família No Fortalecimento Da Atenção Primária: Experiências Dos Agentes Comunitários. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 29, n. 3, p. 290-304, 2019.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Capítulo 12: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. In: GIOVANELLA L, ESCOREL S, LOBATO LVC, NORONHA JC, CARVALHO AI (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 368-393, 2012.

OLIVEIRA, L. C.; AVILA, M.M.M.; GOMES, A. M. A.; SAMPAIO, M.H.L.M. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Interface**, UNESP: Botucatu-SP, v.18, supl. 2, p.1389-1400, 2014.

OLIVEIRA, V. B. C. A.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 30-36, 2015.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, Gastão Vagner. **Tratado de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, p. 767-782, 2006.

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

PAULA, W. K. A. S; SAMICO, I. C; CAMINHA, M. F. C; FILHO, M. B; FIGUEIRÔA, J. N. Orientação Comunitária e Enfoque Familiar: Avaliação de Usuários e Profissionais Da Estratégia Saúde Da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.25, n.2, Jul, p. 242–48, 2017.

PEDROSA, J.I.S. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re) conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 25, e.200190, 2021.

PIRES, M.R.G.M.; DEMO, P. Políticas de Saúde e Crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v.15, n.2, p.56-71, 2006.

PRATES, M. L.; MACHADO, J. C.; SILVA, L. S; AVELAR, P. S.; PRATES, L. L.; MENDONÇA, E. T.; COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M. Desempenho Da Atenção Primária à Saúde Segundo o Instrumento PCATool: Uma Revisão Sistemática.” **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1881–93. 2017.

RÉUS, D. M. A. et al. Assembleia comunitária como promoção da gestão participativa em saúde. **Rev Bras Enferm [Internet]**. Supl.1, v.72, p.346-350, 2019.

RODRIGUES, J.A.S.; CRUZ, P.J.S.C.(org). **Educação Popular e promoção da saúde na atenção primária: ideias, saberes e experiências**. João Pessoa: Editora do CCTA, 2020.

ROLIM, L.B et al. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa Social control and popular participation as a guideline of SUS: a narrative review** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, M. L. **Território: Globalização e fragmentação**. 4a. Ed., São Paulo: Hucitec/Anpur, 1998.

SANTOS, N.C; TOSO, B.R; COLLET, N; REICHERT, A. P. Orientação familiar e comunitária segundo três modelos de atenção à saúde da criança. **Acta Paul Enferm.**, v. 29, n. 6, p.610-627, 2016.

SARDINHA, A. Práticas e protocolos comunicativos na deliberação de políticas públicas de saúde: um estudo da comunicação no processo decisório em um conselho deliberativo. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. v. 11, n. 4, 2017.

SILVA, A. N.; SILVA, S. A.; SILVA, A. R. V.; ARAÚJO, T. M. E.; REBOUÇAS, C. B. A.; NOGUEIRA, L. T. A avaliação da atenção primária à saúde na perspectiva da população masculina. **Rev Bras Enferm**. v. 71, n. 2, p.236-43, 2018.

SILVA JUNIOR, A. G. da; ALVES, C. A. **Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas**. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (org). Modelos de Atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, p. 27-41, 2007.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. I. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n.1, p. 47-53, 2016.

SILVA, S. A.; BAITILO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 979–87, 2015.

SIMON, E.; JEZINE, E.; VASCONCELOS, E.M.; RIBEIRO, K.S.Q.S. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu. Supl. 2, v.18, p.1355-1364, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p. 533-562, 2002.

TAVARES, R. Animações interativas e mapas conceituais: uma proposta para facilitar a aprendizagem significativa em ciências. **Ciências & Cognição.**, v.13, p. 99-108, 2008.

TRAVASSOS, R.S. O círculo de cultura e o planejamento participativo na educação popular em saúde. In: BORNSTEIN, Vera Joana et al (Org.). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 53-56, 2016.

TRAVASSOS, R.S. Participação popular ou participação social: qual é a diferença? In: BORNSTEIN, Vera Joana et al (Org.). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 115-119, 2016.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. In: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 14, p.7-18, 1998.

VASCONCELOS, E. M.; VASCONCELOS, M. O. D.; SILVA, M. O. A contribuição da educação popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. **Revista da FAEBA-Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 24, n. 43, p. 89-106, 2015.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 6. ed. São Paulo: Hucitec; 2015.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.18, n.6, p. 1621-1628, 2002.

APÊNDICE A – QUADRO 03

QUADRO 03 – DISTRIBUIÇÃO DE ARTIGOS POR ANO DE PUBLICAÇÃO, PERIÓDICO E ABORDAGEM METODOLÓGICA DO ESTUDO			
	TÍTULO E AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO e LOCAL DE PUBLICAÇÃO	METODOLOGIA DO ESTUDO
1.	A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária FURTADO, M.C.C. BRAZ, J.C. PINA, J.C. MELLO, D.F. LIMA, R.A.G.	2013 Revista Latino Americana de Enfermagem	Estudo transversal, descritivo e exploratório. Estudo avaliativo dos atributos da atenção primária, de abordagem quantitativa através da aplicação da ferramenta PCATool - Brasil para coleta de Dados com mães usuárias de uma unidade básica de saúde no interior de São Paulo.
2.	Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores LEÃO, C.D.A. CALDEIRA, A.P. OLIVEIRA, M.M.C.	2011 Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	Pesquisa transversal, descritiva, de abordagem quantitativa, realizado no município de Montes Claros, ao Norte do Estado de Minas Gerais. Para coleta de dados utilizou-se questionário validado no Brasil denominado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária na versão infantil (PCATool infantil). O instrumento foi aplicado aos cuidadores das crianças residentes e cadastradas nas áreas de abrangência das equipes de saúde da família.
3.	Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no fortalecimento da atenção primária: experiências dos agentes comunitários MOREIRA, D.C. SOARES, D.A. CASTRO, C.P.	2019 Physis: Revista de Saúde Coletiva	O objetivo do estudo foi analisar o trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a metodologia do apoio matricial como elementos de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir das perspectivas e vivências dos agentes comunitários de saúde (ACS). Estudo qualitativo, realizado em seis municípios da Bahia. Os dados

	JÚNIOR, J.P.B.		foram obtidos por entrevistas semiestruturadas com 43 ACS e observações de campo. Utilizou-se matriz analítica fundamentada nos atributos da APS abrangente: acesso, longitudinalidade do cuidado, resolutividade e orientação para a comunidade.
4.	Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária OLIVEIRA, V.B.C.A. VERÍSSIMO, M.L.O.R.	2015 Revista da Escola de Enfermagem da USP	Estudo transversal, com abordagem quantitativa, com familiares de crianças atendidas no Serviço Público de Saúde de Colombo, Paraná. O Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool) foi aplicado aos responsáveis de 482 crianças, 235 de unidades ESF e 247 de UBS, abrangendo todas as unidades de atenção primária do município, entre junho e julho de 2012. Os resultados foram analisados segundo o manual do PCA-Tool. Objetivo: Comparar o modelo assistencial de Unidades Básicas Tradicionais (UBS) com as unidades Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto à presença e extensão dos atributos da Atenção Primária de Saúde (APS), no atendimento de crianças.
5.	A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina SILVA, N.A. SILVA, S.A. SILVA, A.R.V. ARAÚJO, T.M.E. REBOUÇAS, C.B.A.	2017 Revista Brasileira de Enfermagem	Estudo descritivo, avaliativo com delineamento transversal, realizado em unidades básicas de saúde da família, de Teresina, Piauí, Brasil, com a população masculina entrevistada seguindo o Primary Care Assessment Tool. Objetivo: avaliar a qualidade da atenção primária à saúde na perspectiva da população masculina.

	NOGUEIRA, L.T.		
6.	Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família SILVA, S.A. FRACOLLI, L.A.	2015 Revista Brasileira de Enfermagem	Estudo avaliativo, quantitativo e transversal no qual se utilizou o Primary Care Assessment Tool – Versão Criança. Os participantes foram pessoas maiores de 18 anos, responsáveis pelo cuidado de crianças de 0 a 2 anos de idade, residentes e cadastradas há mais de um ano em área de abrangência de unidades da ESF de zona urbana, que funcionassem ininterruptamente há pelo menos cinco anos, em municípios, com cobertura populacional pela ESF superior a 50%, na região de saúde de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. Objetivo: avaliar a assistência à criança menor de dois anos de idade prestada na Estratégia de Saúde da Família.
7.	Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família SILVA, S.A. BAITELO, T.C. FRACOLLI, L.A.	2015 Revista Americana de Enfermagem Latino de	Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem quantitativa, com delineamento transversal. O cenário de pesquisa foi a microrregião de saúde de Alfenas, Minas Gerais. Objetivo: avaliar os atributos da atenção primária à saúde quanto a acesso; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar e orientação comunitária na Estratégia de Saúde da Família, triangulando e comparando o ponto de vista de atores sociais implicados no processo assistencial.

			Na população descrita acima, buscou-se os sujeitos da pesquisa: profissionais, usuários adultos e usuários adultos responsáveis por crianças de 0 a 2 anos.
8.	Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família no Distrito Federal SHIMIZU, H.E RAMOS, M.C	2018 Revista Brasileira de Enfermagem	<p>Pesquisa avaliativa, voltada para o julgamento de valor das práticas sociais, especialmente das que resultam de uma ação social planejada. O estudo foi realizado junto às equipes de Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.</p> <p>Incluíram-se usuários que frequentavam regularmente a unidade da ESF há mais de três meses e que possuíam mais de 18 anos de idade, e excluíram-se aqueles que apresentavam condições físicas e mentais afetadas. A unidade de análise contemplou 353 usuários das 25 unidades básicas de saúde das dez Regiões Administrativas do Distrito Federal.</p>
9.	Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática PAULA, W.K.A.S. SAMICO, I.C. CAMINHA, M.F.C, BATISTA FILHO, M. SILVA, S.L.	2016 Revista da Escola de Enfermagem da USP	<p>Pesquisa realizada a partir de uma revisão sistemática da literatura publicada entre os anos 2000 e 2013 tendo em vista que foi no início da década passada que surgiram as primeiras publicações sobre o instrumento PCATool</p>
10.	Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família ALENCAR, M.N COIMBRA, L.C MORAIS, A.P.P	2014 Revista Ciência e Saúde coletiva	<p>Trata-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa realizada no período de janeiro de 2010 a março de 2011 no município de São Luís (MA).</p> <p>Este estudo tem como objetivo avaliar o enfoque familiar e a orientação para a comunidade como</p>

	SILVA, A.A.M PINHEIRO, S.R.A. QUEIROZ, R.C.S.		atributos da APS na perspectiva de três grupos: usuários, profissionais e gestores da ESF.
11.	Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde SILVA, S.A NOGUEIRA, D.A. PARAIZO, C.M.S FRACOLLI, L.A	2014 Revista da Escola de Enfermagem da USP	Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, com delineamento transversal, que utilizou o banco de dados da pesquisa Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em Municípios do Sul de Minas Gerais. Objetivo deste estudo foi avaliar, na perspectiva dos profissionais de saúde, se os atributos de acesso de primeiro contato, de integralidade, de coordenação da atenção, de longitudinalidade, de orientação familiar, de orientação comunitária estão incorporados às práticas das equipes de ESF
12.	Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança ARAÚJO, J.P, VIEIRA, C.S, TOSO, B.R, COLLET, N. NASSAR, P.O.	2014 Revista Acta Paulista de Enfermagem	Estudo transversal, descritivo e avaliativo, com abordagem quantitativa dos modelos de atenção em saúde dos serviços de ESF e Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais no cuidado à saúde da criança em um município situado no estado do Paraná, região sul do Brasil. Faz parte de um projeto multicêntrico, envolvendo a Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Universidade Estadual de Londrina e Universidade Federal da Paraíba. Este estudo teve como objetivo identificar em que extensão ocorre a inserção da família e da comunidade no processo de cuidar na APS à criança.

13.	<p>Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro.</p> <p>FERREIRA, V.D. OLIVEIRA, J.M. MAIA, M.A.C. SANTOS, J.S. ANDRADE, R.D. MACHADO, G.A.B.</p>	<p>2016</p> <p>Revista Escola Anna Nery</p>	<p>Pesquisa avaliativa, quantitativa, realizada com 27 enfermeiros a partir da coleta de dados levantados pelo PCATool-Brasil, versão profissionais, e tabulados em planilha eletrônica.</p> <p>O estudo foi realizado em Passos, MG, no período de março a agosto de 2015.</p> <p>Objetivo: Avaliar a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde convencionais (UBS) de Passos, MG.</p>
14.	<p>Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura</p> <p>ARANTES, L.J. SHIMIZU, H.E. MERCHÁN-HAMANN, E.</p>	<p>2016</p> <p>Revista Ciência & Saúde Coletiva</p>	<p>Trata-se de uma revisão de literatura, com pesquisa de publicações no site da Bireme (www.bireme.br) do período de 2002 a 2011, abrangendo base de dados como Lilacs, IBECs, Medline, Biblioteca Cochrane e SciELO. Para descritores, fez-se uso dos termos: “Atenção Primária à Saúde” e “Estratégia Saúde da Família” e, como filtro, as publicações do tipo artigo, cujo assunto principal era a “Estratégia Saúde da Família”.</p> <p>O estudo analisou as contribuições e os desafios da Estratégia Saúde da Família no desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde do Brasil. Foi realizada revisão de literatura e análise de artigos segundo as dimensões: político-institucional, organizativa e técnico-assistencial.</p>
15.	<p>Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil</p>	<p>2016</p> <p>Revista Ciência &</p>	<p>O estudo teve um desenho de estudo transversal, com amostras aleatórias independentes de usuários dos serviços para cada uma das dez áreas de planejamento</p>

	HARZHEIM, E. PINTO, L.F. HAUSER, L. SORANZ, D.	Saúde Coletiva	do município do Rio de Janeiro. No total, a amostra realizada para crianças foi de n1 = 3.145, e de adultos, n2 = 3.530 pessoas. Com isso, 6.675 usuários adultos e cuidadores de crianças usuárias dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) do Rio de Janeiro foram entrevistados por meio do Instrumento de Avaliação da APS, Primary Care Assessment Tool, o PCATool-Brasil. O objetivo era ter um panorama rigoroso, por meio da experiência real dos usuários, do grau de extensão dos atributos essenciais e derivados da APS para todas as Áreas de Planejamento (AP) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).
16.	Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática PRATES, M.L. MACHADO, J.C. SILVA, L.S. AVELAR, P.S. PRATES, L.L. MENDONÇA, E.T. COSTA, G.D. COTTA, R.M.M.	2017 Revista Ciência & Saúde Coletiva	O objetivo deste trabalho foi analisar os estudos que avaliaram o desempenho dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) mediante uso do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool) na perspectiva do usuário, em âmbito mundial. Estudo de revisão sistemática, seguindo o modelo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), a partir das seguintes bases: Lilacs, MedLine, SciElo, PubMed e Portal de Periódicos da Capes. Os descritores utilizados foram: Primary Care Assessment Tool e PCATool.
17.	Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e	2015 Caderno de Saúde Pública	Trata-se de um estudo avaliativo realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, utilizando o questionário PCATool entre enfermeiros das equipes de saúde da família e gerentes.

	<p>enfermeiros</p> <p>TURCI, M. A LIMA-COSTA, M. F MACINKO, J</p>		<p>Objetivo: avaliar o desempenho da APS, por meio dos seus atributos, na opinião de gestores e profissionais de saúde. O segundo objetivo foi examinar a influência das características estruturais (disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos e treinamento dos profissionais) e organizacionais (número de equipes da ESF por unidade básica de saúde – UBS –, tempo do médico na equipe) nesse desempenho.</p>
18.	<p>Integralidade e Atenção Primária à Saúde:avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo</p> <p>SALA, A LUPPI, C. G SIMÕES, O MARSIGLIA, R. G</p>	<p>2011</p> <p>Saúde Sociedade São Paulo</p>	<p>Trata-se de estudo transversal que envolveu a realização de entrevistas com usuários de unidades de APS selecionadas, localizadas nas regiões Norte e Centro-Oeste do município de São Paulo, realizadas no segundo semestre de 2007.</p> <p>Objetivo: avaliar os processos de integralidade na APS em um conjunto de unidades localizadas em uma região do Município de São Paulo, sob o ponto de vista dos usuários dos serviços, a partir de critérios de porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, e orientação comunitária.</p>
19.	<p>Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à saúde da criança</p> <p>REICHERT, A. P. S LEÔNICO, A. B. A TOSO, B. R. G SANTOS, N. C. C. B VAZ, E. M. C COLLET, N</p>	<p>2016</p> <p>Ciência & Saúde Coletiva</p>	<p>Pesquisa avaliativa, quantitativa, realizada com 344 familiares e/ou cuidadores de crianças menores de 10 anos, atendidas nas 53 unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário III de João Pessoa.</p> <p>Objetivo: identificar o princípio de orientação familiar e comunitária nas Unidades de Saúde da Família, referente ao cuidado à saúde de crianças menores de dez anos.</p>

20.	Orientação familiar e comunitária segundotrês modelos de atenção à saúde da criança SANTOS, N.C.C.B. TOSO, B.R.G.O. COLLET, N. REICHERT, A.P.S.	2016 Acta Paulista de Enfermagem	Foi realizada de outubro de 2012 a fevereiro de 2013, em 22 Unidades Básicas de Saúde tradicionais no município de Cascavel, e em 40 Unidades Básicas de Saúde mista em Londrina, todas no Paraná, Região Sul do Brasil; e 53 Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário III no município de João Pessoa, Paraíba, na Região Nordeste. Foram selecionados para responder ao questionário, familiares e/ou cuidadores residentes na área urbana dos municípios.
21.	Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família PAULA, W. K. A. S SAMICO, I. C CAMINHA, M. F. C FILHO, M. B FIGUEIRÔA, J. N	2017 Caderno de Saúde Coletiva	Estudo quantitativo de corte transversal em unidades da ESF de três municípios de Pernambuco, sendo um recorte da pesquisa intitulada “Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde da criança em unidades da Estratégia Saúde da Família em Pernambuco” Objetivo: avaliar a presença e extensão da orientação comunitária e do enfoque familiar na atenção primária à saúde da criança em unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Pernambuco, sob a ótica dos usuários e profissionais.
22.	Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família COSTA, S.M SOUZA, L.P.S SOUZA, T.R CERQUEIRA, L. R. N BOTELHO, B. L	2014 Caderno de Saúde Coletiva	Trata-se de estudo transversal, quantitativo e de cunho censitário, conduzido, no período de 2010 a 2011, no âmbito do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) proposto pelo Ministério da Saúde. O PET-Saúde envolve professores universitários (tutor e coordenador), profissionais vinculados à Saúde da Família (preceptores) e acadêmicos de diferentes cursos de graduação em

	ARAÚJO, E. P. P RODRIGUES, C. A. Q		saúde. Este artigo analisou as práticas de trabalho no âmbito coletivo dos profissionais de nível superior vinculados à EstratégiaSaúde da Família (ESF) de Montes Claros (MG), Brasil. Objetivo: analisar as práticas de trabalho no âmbito coletivo dos profissionais de nível superior vinculados à equipe saúde da família.
23.	Qualidade da Atenção Primária à Saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV NASCIMENTO, L. PAULA, C.C. MAGNAGO, T.S.B.S. PADOIN, S.M.M, HARZHEIM, E. SILVA, C.B.	2016 Revista Americana de Enfermagem Latino de	Estudo transversal, desenvolvido na rede de serviços de APS de Santa Maria, RS. Objetivo: avaliar a qualidade da atenção à saúde da criança e adolescente vivendo com HIV, entre os diferentes tipos de serviço de APS em Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS), Brasil (BR), por meio do PCATool-Brasil, versão Profissionais

APÊNDICE B – QUADRO 04

QUADRO 04 – PRINCIPAIS RESULTADOS E IMPRESSÕES DO ARTIGO ANALISADO			
	TÍTULO E AUTORES	PRINCIPAIS RESULTADOS	IMPRESSÕES SOBRE O ARTIGO
1.	<p>A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária</p> <p>FURTADO, M.C.C. BRAZ, J.C. PINA, J.C. MELLO, D.F. LIMA, R.A.G.</p>	<p>Em relação à orientação familiar, o escore obtido foi acima de 3,0. As mães relataram que os médicos e enfermeiros conhecem suas famílias, seus problemas e seus principais problemas de saúde. As mães relataram que recebiam visitas domiciliares da equipe de saúde da família; a maioria dessas visitas eram realizadas pelo(a) Agente Comunitário da Saúde, seguido por enfermeiros(as) e médicos(a). As mães também acreditam que a equipe de saúde está interessada em saber dos problemas de saúde da comunidade.</p>	<p>O estudo utiliza o PCATool como ferramenta para avaliação dos atributos da APS e demonstra um escore alto para orientação comunitária, entretanto esta ferramenta se trata de uma escala likert com perguntas fechadas para questões específicas, que segundo a Barbara Starfield, possuem relação com a concretização da orientação comunitária. Cabe destacar, que vale a crítica ao instrumento devido a proposta de avaliação dos atributos derivados ser reducionista e muitas vezes focalizada na doença e práticas curativas, não permitindo a tradução de resultados que contemplem a identidade da Estratégia de Saúde da Família.</p>

2.	<p>Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores</p> <p>LEÃO, C.D.A. CALDEIRA, A.P. OLIVEIRA, M.M.C.</p>	<p>Apenas duas dimensões apresentaram valores satisfatórios para as crianças que utilizavam a ESF como fonte regular de atenção à saúde. Em geral os dados não apresentam diferenças significativas entre as crianças que utilizam a ESF para as que utilizam outros tipos de serviço, exceto para a integralidade (serviços complementares disponíveis), orientação familiar e comunitária. As médias dos escores dos atributos da integralidade (serviços complementares disponíveis), da orientação familiar e da orientação comunitária das eSF alcançaram escores superiores quando comparados aos obtidos outros modelos de atenção, tendo a diferença sido estatisticamente significativa. Contudo, no presente estudo, verificou-se que o escore do atributo da orientação familiar não apresentou valor satisfatório em nenhum dos serviços avaliados, apesar de elevados escores de longitudinalidade.</p>	<p>O estudo demonstrou objetivamente baixa avaliação do atributo de orientação comunitária nos serviços de atenção primária tradicional e com ESF, porém foi possível observar que na ES essa avaliação foi um pouco mais alta. Com esse estudo infere-se que a ESF pode ter características que favoreçam a concretização da orientação comunitária como atributo da atenção primária. Porém, é preciso destacar que o uso do PCATool apenas avalia através de perguntas com respostas fechadas a realização de visitas domiciliares, o grau de conhecimento da equipe de saúde sobre os problemas da comunidade e se a equipe convida a população a participar de espaços de deliberação (conselhos).</p>
----	--	--	---

3.	<p>Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no fortalecimento da atenção primária: experiências dos agentes comunitários</p> <p>MOREIRA, D.C. SOARES, D.A. CASTRO, C.P. JÚNIOR, J.P.B.</p>	<p>Os resultados evidenciaram barreiras no acesso e limitações na aceitabilidade das ações coletivas.</p> <p>Evidenciaram-se atuação restrita na longitudinalidade e comprometimento no vínculo entre apoiadores e usuários.</p> <p>Destacou-se o incremento de atividades na saúde da família, embora tais ações contribuam timidamente para a resolutividade dos casos.</p> <p>As especificidades do território foram pouco consideradas e a participação comunitária não é devidamente estimulada.</p> <p>Por sua vez, o trabalho dos núcleos fortalece a intersetorialidade. As vivências dos agentes comunitários revelaram potencialidades e novos desafios na atuação do NASF.</p>	<p>A orientação comunitária foi analisada sob 03 dimensões: atuação baseada no território, intersetorialidade e participação social / empoderamento comunitário.</p> <p>O atributo orientação para a comunidade demonstrou ser pouco considerado na organização do trabalho dos núcleos. As três dimensões analisadas sinalizaram importantes limitações.</p> <p>Sobre o atributo da orientação para a comunidade, os agentes de saúde destacaram a reduzida valorização das demandas locais no processo de planejamento e organização do trabalho.</p> <p>Evidenciou-se a priorização de ações programáticas definidas pelos níveis centrais de gestão em detrimento da atenção às realidades locais.</p>
----	---	---	--

4.	<p>Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária</p> <p>OLIVEIRA, V.B.C.A. VERÍSSIMO, M.L.O.R.</p>	<p>Com relação à Orientação Familiar, as unidades com ESF obtiveram escore 6,5 e as UBS, 3,5. A aproximação das famílias nos cuidados e orientações às crianças é insuficiente nas UBS e um pouco abaixo do esperado na ESF.</p> <p>Na avaliação do atributo Orientação Comunitária, a diferença entre os escores foi grande, porém as unidades com ESF obtiveram 5,6, enquanto as UBS alcançaram somente 1,8. Nos dois serviços nota-se que há um conhecimento insuficiente dos profissionais quanto à comunidade em que está inserido; portanto, não vincula o atendimento das crianças à realidade da comunidade</p>	<p>Este estudo permitiu identificar que a orientação comunitária ainda representa um desafio para a assistência à saúde das crianças na Atenção Primária à Saúde e que o modelo da ESF parece ter mais aspectos que favoreçam o desenvolvimento desse atributo em relação ao modelo tradicional da atenção básica.</p>
----	--	---	--

5.	<p>A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina</p> <p>SILVA, N.A. SILVA, S.A. SILVA, A.R.V. ARAÚJO, T.M.E. REBOUÇAS, C.B.A. NOGUEIRA, L.T.</p>	<p>Os atributos da APS, em sua maioria, atingiram escore baixos para os atributos essenciais, derivados e gerais para os serviços da APS em Teresina, implementados por meio da ESF.</p> <p>Na avaliação da Orientação Comunitária, os homens entrevistados atribuíram escore baixo.</p>	<p>Este estudo reflete e reforça o quanto a Orientação Comunitária ainda permanece distante de sua idealização enquanto atributo da atenção primária. porém ele não é traz uma avaliação que seja suficiente para entender os entraves para expansão das práticas voltadas para concretização da orientação comunitária no atendimento à população masculina que acessa a APS na cidade de Teresina no Piauí. O estudo ainda aponta para a necessidade de novas pesquisas para investigar novos cenários e diagnosticar os possíveis limitadores para o avanço da abordagem comunitária na APS.</p>
----	--	--	---

<p>6.</p>	<p>Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família</p> <p>SILVA, S.A. FRACOLLI, L.A.</p>	<p>A avaliação foi positiva para os atributos longitudinalidade e coordenação, e negativa para o acesso, a integralidade, a orientação familiar e orientação comunitária.</p> <p>A avaliação para os atributos Orientação Familiar e Orientação Comunitária foram de baixo escore, assim como em outros estudos sinalizados pelos pesquisadores.</p> <p>Com relação especificamente ao atributo orientação comunitária, verifica-se o alto percentual negativo recebido sobre a busca dos profissionais do serviço em conhecer os problemas da comunidade da qual faz parte, bem como a participação comunitária e o controle social nas ações e nos serviços de saúde da ESF na região de Alfenas - MG.</p>	<p>O estudo evidencia a fragilidade na avaliação dos atributos derivados da atenção primária e faz uma discussão acerca da maior realização de abordagens individuais em consultórios em detrimento de abordagens coletivas. Os autores destacam que a concretização dos atributos derivados está condicionada ao desenvolvimento dos atributos essenciais e ainda apontam que a predominância de práticas curativas e preventivas consagradas e individuais, a verticalização na organização das ações, a falta de comunicação adequada entre profissionais e usuários e o pouco espaço para a participação e inclusão de novas demandas de saúde da população, contribuem para a fragmentação da assistência à criança e a família.</p>
-----------	--	--	---

7.	<p>Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família</p> <p>SILVA, S.A. BAITELO, T.C. FRACOLLI, L.A.</p>	<p>Nos atributos Orientação Familiar e Orientação Comunitária, os escores médios dos usuários foram abaixo do valor de referência e dos profissionais, foram acima. A avaliação de gestores e dos profissionais em relação aos serviços é sempre maior e melhor que a do usuário e, especificamente, o enfoque familiar e a orientação comunitária atingem altas avaliações pelos profissionais e as maiores divergências com a opinião do usuário. Os resultados do atributo Orientação Comunitária apontam que a participação e o controle social não estão incorporados nas ações da ESF na região estudada.</p>	<p>O estudo permitiu a conclusão de que a qualidade autorreferida por profissionais da ESF diverge da avaliação dos usuários. Embora, a APS não seja capaz de dar respostas a todas as demandas e necessidades dos usuários do SUS, a reflexão que este estudo deixa é de que pode haver uma compreensão inadequada ou insuficiente dos profissionais de saúde da família acerca dos atributos ao desenvolverem suas práticas e isso se reflete na avaliação que os usuários fazem do serviço e da abordagem que recebem.</p>
----	--	---	---

8.	Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família no Distrito Federal SHIMIZU, H.E RAMOS, M.C	<p>Das oito dimensões da atenção básica, as relacionadas à organização dos serviços: acesso e orientação para a comunidade foram as mais mal avaliadas. E as dimensões elenco de serviços, coordenação e porta de entrada foram as mais bem avaliadas.</p> <p>As dimensões relativas à prestação de cuidados: profissionais e vínculo foram bem avaliados, contudo o enfoque familiar foi avaliado negativamente.</p>	<p>A partir desse estudo foi possível notar que a orientação comunitária ainda é um atributo frágil na APS, pois apesar da ESF almejar o enfoque na família e comunidade, constatou-se que ambas continuam sendo relegadas em detrimento de um cuidado com foco no indivíduo e na doença. Portanto o reconhecimento de que as necessidades de saúde da população ocorrem num determinado contexto social e não apenas no campo individual é fundamental para que a orientação comunitária ocorra de fato.</p>
----	--	---	---

9.	<p>Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática</p> <p>PAULA, W.K.A.S. SAMICO, I.C. CAMINHA, M.F.C, BATISTA FILHO, M. SILVA, S.L.</p>	<p>Os estudos apontaram que a Atenção Básica tem bom desempenho nos atributos longitudinalidade, integralidade e coordenação e pior desempenho nos atributos acesso de primeiro contato, orientação familiar e orientação comunitária</p>	<p>O artigo demonstra que os usuários ainda avaliam como insatisfatória orientação comunitária realizada nas unidades básicas de saúde e o quanto é fundamental pensar em estratégias que envolvam a comunidade no processo de planejamento das ações adoção do acolhimento, a melhoria na qualidade clínica e humana dos profissionais, assim como a integração com outros serviços e competência cultural.</p>
----	--	---	--

<p>10.</p>	<p>Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família</p> <p>ALENCAR, M.N COIMBRA, L.C MORAIS, A.P.P SILVA, A.A.M PINHEIRO, S.R.A. QUEIROZ, R.C.S.</p>	<p>As análises evidenciam que as percepções dos gestores em todos os indicadores estudados estiveram sempre em percentuais e escores mais elevados em comparação aos outros dois grupos estudados, principalmente em relação aos usuários</p> <p>Na avaliação dos usuários há pouco ou nenhum interesse dos profissionais de saúde da ESF quanto às suas condições de vida e de seus familiares, se caracterizando, por exemplo, pela inexistência de questionamentos sobre fatores de risco social e ausência de discussões com outros membros da família sobre os problemas de saúde encontrados. Já na análise dos profissionais e gestores uma alta porcentagem dos prontuários médicos está considerando o núcleo familiar.</p> <p>A realização de visitas domiciliares como uma prática constante nas atividades realizadas pela equipe de saúde também não teve uma avaliação satisfatória pelos usuários.</p> <p>Dos indicadores avaliados com os usuários no atributo da orientação para a comunidade três destes (estímulo da SEMUS para a participação social em reuniões de direção da USF ou conselho local; a oferta de serviços nas escolas pela equipe da ESF e a intersetorialidade, discutida no parágrafo anterior) tiveram uma alta porcentagem de “não sabe” como resposta</p>	<p>Através desse estudo foi possível perceber que existe uma discrepância entre o que os profissionais acreditam estar fazendo, em relação aos atributos da APS, e o que os usuários classificam como tal. Nesse sentido podemos inferir que as reais necessidades da comunidade e famílias estão sendo colocadas em segundo plano, demonstrando um distanciamento dos profissionais com a população que atende, sendo que tal fato fica ainda mais evidente em relação a gestores.</p>
------------	---	---	---

11.	<p>Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde</p> <p>SILVA, S.A NOGUEIRA, D.A. PARAIZO, C.M.S FRACOLLI, L.A</p>	<p>Optou-se por analisar particularmente os itens que compõem os atributos acesso de primeiro contato – acessibilidade, coordenação – integração de cuidados e integralidade – serviços disponíveis, visto que estes receberam avaliações de baixo escore.</p> <p>Sendo assim, os seguintes resultados foram encontrados: profissionais sem especialização avaliaram melhor os atributos acesso de primeiro contato, coordenação – integração de cuidados e escore essencial.</p> <p>O atributo coordenação – integração de cuidados recebeu alto escore médio. Não obstante, ressalta-se a avaliação negativa do item que aborda a contrarreferência dos serviços de maior complexidade para a APS.</p> <p>Ocorreram muitas avaliações negativas no atributo integralidade</p>	<p>A partir da leitura do artigo não foi possível realizar uma análise sobre o atributo orientação comunitária, pois apesar de pretender tal análise, o estudo se deteve a descrever apenas os resultados mais altos na avaliação por meio do PCATool, não fazendo a discussão das maiores fragilidades encontradas no estudo, o acesso de primeiro contato, a orientação familiar e a orientação comunitária, mesmo os autores concluindo que existe um descompasso entre a oferta de serviços e as necessidades da população que compromete a qualidade da Atenção Primária a Saúde.</p>
-----	--	---	--

<p>12.</p>	<p>Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança</p> <p>ARAÚJO, J.P, VIEIRA, C.S, TOSO, B.R, COLLET, N. NASSAR, P.O.</p>	<p>Com relação ao vínculo nos serviços estudados, os cuidadores fizeram maior referência ao profissional médico (41,1%) quando comparado ao profissional enfermeiro (6,4%).</p> <p>No município estudado, destaca-se ainda o cuidado centrado no indivíduo, pois o cuidado com enfoque familiar não ficou evidenciado ao longo do acompanhamento do ciclo de vida das crianças de zero a 12 anos.</p> <p>Não se observa em toda sua extensão o atributo orientação familiar da APS como parte do cotidiano do processo de trabalho no atendimento à criança.</p> <p>Destaca-se que os serviços avaliados obtiveram média abaixo do ideal na avaliação do atributo da orientação comunitária. Demonstrando fragilidade dos serviços com relação à integração com a comunidade adscrita. A realização de pesquisas na comunidade para identificação de problemas, também apresentou média insatisfatória.</p> <p>Fica evidente, dessa forma, que o escore dos atributos de orientação familiar e comunitária (4,4 e 5,1, respectivamente), não atende os pressupostos da APS, de incluir a família e a comunidade no cuidado da criança, fortalecendo a cultura de assistência centrada no indivíduo.</p>	<p>De acordo com o artigo os atributos de orientação familiar e comunitária tiveram baixo escore na atenção à saúde da criança na avaliação do usuário, o que por sua vez pode comprometer o cuidado prestado às famílias, uma vez que não existe um olhar direcionado para suas particularidades e contexto social e demonstra ainda que existem dificuldades operacionais e demandas pendentes para que educação permanente em serviço possa contribuir com a transformação das práticas na APS regida sob a lógica ESF, permitindo o caminho dos atores sociais rumo ao alcance dos amplos objetivos idealizados por essa política pública.</p>
------------	---	---	--

13.	<p>Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro.</p> <p>FERREIRA, V.D. OLIVEIRA, J.M. MAIA, M.A.C. SANTOS, J.S. ANDRADE, R.D. MACHADO, G.A.B.</p>	<p>A ESF apresentou maiores escores em todos os atributos, com exceção do Acesso de Primeiro Contato. Apenas para Orientação Comunitária e Sistema de Informações são grandes as diferenças entre as fontes. O atributo Integração de Cuidados apresentou a menor diferença entre UBS e ESF, enquanto a Orientação Comunitária recebeu a maior diferença entre as unidades.</p> <p>No presente estudo, supõe-se que os baixos escores pelas UBS em relação à Orientação Comunitária seja decorrente da ausência dos ACS nessa atividade. Visto que, esse profissional representa um elo entre a comunidade na qual vive com o sistema de saúde, e está presente somente na ESF, fazendo parte da equipe mínima desse serviço.</p> <p>Acredita-se que a ausência de Conselhos Locais de Saúde no Município de Passos - MG dificulta a participação dos usuários no planejamento, implementação e avaliação das ações em saúde na APS.</p>	<p>O estudo demonstra que a ESF favorece o desenvolvimento da orientação comunitária, entretanto, ressalta que em ambas as lógicas da atenção básica, a assistência deve funcionar em conformidade com as demandas levantadas pela comunidade, oferecendo uma assistência construída a partir da realidade local e com base na construção coletiva de diagnósticos situacionais.</p>
-----	--	--	--

<p>14.</p>	<p>Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura</p> <p>ARANTES, L.J. SHIMIZU, H.E. MERCHÁN-HAMANN, E.</p>	<p>Na dimensão técnico-assistencial, a ESF foi melhor do que o modelo de APS em UBS tradicional quanto ao desempenho, ao trabalho multidisciplinar, ao enfoque familiar, ao acolhimento, ao vínculo, à humanização e à orientação comunitária.</p> <p>Quanto à orientação comunitária, a ESF também apresentou resultados favoráveis quando comparada com as UBS tradicionais. Ressaltou-se novamente a visita domiciliar como um veículo favorecedor da orientação comunitária na ESF. No entanto, apesar dessa constatação, os esforços precisam ser contínuos devido à possibilidade de grande variabilidade de conduta entre as USF.</p>	<p>A revisão de literatura permitiu aos autores concluírem que a ESF tem favorecido a universalização dos cuidados primários agregando princípios fundamentais para uma APS abrangente, além de constatar que na dimensão técnico-assistencial tem se destacado ao obter melhor desempenho do que o modelo de APS tradicional devido ao trabalho multidisciplinar e com enfoque familiar, que valoriza o acolhimento, o vínculo, a humanização e a orientação comunitária. No entanto, aponta o subfinanciamento e a necessidade de maior investimento na formação e qualificação de recursos humanos como desafios para consolidação dos atributos da APS, da intersectorialidade e fortalecimento do combate à racionalidade do modelo biomédico.</p>
------------	---	--	---

<p>15.</p>	<p>Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil</p> <p>HARZHEIM, E. PINTO, L.F. HAUSER, L. SORANZ, D.</p>	<p>As unidades tipo A – Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família que possuem apenas Equipes de Saúde da Família - obtiveram desempenho superior quando comparadas às unidades tipo B, na avaliação de adultos e crianças que utilizam os serviços de APS.</p> <p>Os escores dos atributos “acesso – primeiro contato/acessibilidade”, “integralidade – serviços prestados”, “orientação comunitária” e “orientação familiar” ainda precisam obter melhor desempenho. Por outro lado, a “coordenação do cuidado” e “longitudinalidade” encontram-se em trajetória de qualidade, pois invariavelmente obtiveram escores próximos ou superiores a 6,0.</p> <p>A “orientação comunitária” e “orientação familiar” também se revelaram atributos em construção, embora os resultados nas unidades tipo A tenham sido invariavelmente superiores ao modelo tipo B.</p>	<p>No que concerne a orientação comunitária, a pesquisa aponta que este atributo ainda está em construção na cidade do Rio de Janeiro e dispara a reflexão de que este atributo vai muito além da presença e ação do Agente Comunitário de Saúde, sendo necessário incrementar o planejamento das Unidades de Saúde com base em dados epidemiológicos e também nas preferências e valores dos usuários.</p> <p>Um ponto que chama atenção são as sugestões dos pesquisadores à gestão municipal. Alegando que em áreas programáticas que possuem maior consolidação de programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade foi observado maiores escores de avaliação dos atributos da APS, sugerem em suas primeiras proposições o fortalecimento dos programas de residência médica e a expansão na formação de preceptores para este programa, porém não mencionam a necessidade de investir em formação e qualificação profissional da equipe multidisciplinar e agentes comunitários de saúde, tão indispensáveis para a concretização dos atributos da APS mal avaliados ou ainda em</p>
------------	---	---	--

16.	<p>Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática</p> <p>PRATES, M.L. MACHADO, J.C. SILVA, L.S. AVELAR, P.S. PRATES, L.L. MENDONÇA, E.T. COSTA, G.D. COTTA, R.M.M.</p>	<p>Os atributos mais bem avaliados foram competência cultural, acesso de primeiro contato subitem utilização e longitudinalidade. Enquanto os piores desempenhos encontrados foram acesso de primeiro contato, acesso de primeiro contato subitem acessibilidade, orientação familiar, orientação comunitária e integralidade. Grande parte dos serviços avaliados eram brasileiros, aplicados nas Unidades Básicas de Saúde e nas Estratégia de Saúde da Família. Os atributos orientação comunitária e orientação familiar apresentaram as piores porcentagens de desempenho de todo o estudo.</p>	<p>O Estudo permitiu inferir que o distanciamento da APS do modelo produção social da saúde produz dificuldades para a oferta de atenção integral voltada para famílias e comunidade e pode estar refletindo baixos escores de avaliação nos atributos de orientação familiar e comunitária.</p> <p>Segundo os autores, faz-se necessário o fortalecimento dos componentes de estrutura e processo para melhor desempenho dos atributos derivados na APS.</p> <p>Os autores destacam que a revisão de estudos avaliativos dos atributos da APS permitiu identificar que muitas vezes os instrumentos avaliativos são limitados e que a heterogeneidade dos serviços na APS dificultam a análise da qualidade da APS de forma padronizada, como pretende o PCATool na versão brasileira.</p>
-----	---	--	---

17.	<p>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</p> <p>TURCI, M. A LIMA-COSTA, M. F MACINKO, J</p>	<p>O escore total da APS foi 0,75 (bom); o primeiro contato (0,95), a longitudinalidade (0,83), a integralidade (0,83) e a coordenação (0,78) apresentaram melhor desempenho. O enfoque familiar, a orientação comunitária e o acesso receberam as piores pontuações (0,68, 0,56 e 0,45). Os fatores associados ($p < 0,05$) à melhor performance da APS foram: disponibilidade de equipamentos e outros insumos (RP ajustada = 1,57), formação dos profissionais em saúde da família (RP = 1,44), presença do médico por mais de 30 horas semanais (RP = 1,42) e quatro ou mais equipes por unidade básica de saúde (RP = 1,09).</p>	<p>O estudo identificou que o enfoque familiar, a orientação comunitária e o acesso receberam as piores pontuações (0,68, 0,56 e 0,45).</p> <p>Esses resultados revelaram a importância do investimento em fatores estruturais, como sistemas logísticos adequados e formação da equipe de saúde da família e em fatores organizacionais como disponibilidade integral de profissionais, número adequado de equipes de saúde da família para atender um número populacional razoável, para se garantir a melhoria na qualidade da performance na APS.</p>
-----	---	---	---

18.	<p>Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo</p> <p>SALA, A LUPPI, C. G SIMÕES, O MARSIGLIA, R. G</p>	<p>Os resultados principais apontaram para o bom desempenho nas categorias de porta de entrada, elenco de serviços e coordenação. Enfoque familiar, orientação comunitária e acessibilidade receberam as piores avaliações. Diferenças significantes entre os dois modelos envolvem melhor registro em prontuário, melhores atividades orientadas à comunidade, menor referenciamento ao especialista e horário de atendimento mais adequado no modelo do PSF. Questões mais imediatamente relacionadas à prestação direta de serviços foram mais bem avaliadas, enquanto as relacionadas com a organização e a cultura dos serviços receberam piores pontuações</p>	<p>Neste artigo podemos observar que os usuários mais uma vez avaliaram de maneira negativa a realização de ações que contemplem a orientação comunitária dentro da APS. O que nos leva a pensar que é necessário realizar uma revisão do processo de trabalho das equipes de saúde da família para melhorar a práxis relacionada aos atributos derivados da APS, apesar de na lógica da ESF estes atributos estarem mais concretizados segunda avaliação dos usuários do serviço.</p>
19.	<p>Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à saúde da criança</p> <p>REICHERT, A. P. S LEÔNICO, A. B. A TOSO, B. R. G SANTOS, N. C. C. B VAZ, E. M. C COLLET, N</p>	<p>Os escores médios para os componentes analisados obtiveram valores 3,7 e 5,7, inferiores ao determinado para que estes atributos estejam orientados à atenção primária, que é de 6,6. Existe uma fraca orientação dos atributos orientação familiar e comunitária na atenção primária nos serviços avaliados.</p>	<p>Neste artigo podemos observar que os usuários mais uma vez avaliaram de maneira negativa a realização de ações que contemplem a orientação comunitária dentro da APS. O que nos leva a pensar que é necessário realizar uma revisão do processo de trabalho das equipes de saúde da família para melhorar a práxis relacionada aos atributos derivados da APS.</p>

20.	<p>Orientação familiar e comunitária segundo três modelos de atenção à saúde da criança</p> <p>SANTOS, N.C.C.B. TOSO, B.R.G.O. COLLET, N. REICHERT, A.P.S.</p>	<p>Isoladamente, todos os modelos de Atenção Primária à Saúde apresentaram escore insatisfatório para os atributos avaliados. Quando comparados, houve diferença estatisticamente significativa para os atributos derivados em favor dos modelos que operam com a Estratégia Saúde da Família em relação ao modelo tradicional.</p>	<p>Ficou evidente que a Estratégia de Saúde da Família possui princípios que favorecem maior desenvolvimento das práticas de orientação comunitária em relação a lógica tradicional e por conta disso, as unidade que trabalham com lógicas mistas ainda assumem maior grau de afiliação com as práticas orientadas para comunidade do que a UBS tradicional.</p>
21.	<p>Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família</p> <p>PAULA, W. K. A. S SAMICO, I. C CAMINHA, M. F. C FILHO, M. B FIGUEIRÔA, J. N</p>	<p>Os atributos orientação familiar e orientação comunitária foram considerados de baixo escore ($< 6,6$), mediante o julgamento dos cuidadores das crianças que utilizavam a ESF como fonte regular de atenção, diferentemente da avaliação realizada pelos profissionais (escores $> 6,6$). Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) entre os municípios.</p>	<p>A partir do leitura do artigo podemos compreender que os profissionais possuem uma leitura diferente dos usuários a respeito da orientação comunitária. Tal fato aponta para uma necessidade de uma melhor comunicação entre profissionais e usuários na construção de práticas de cuidado mais voltadas para as reais necessidades da comunidade e sendo fruto de vínculo e uma relação mais próxima entre ambos.</p>

22.	<p>Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família</p> <p>COSTA, S.M SOUZA, L.P.S SOUZA, T.R CERQUEIRA, L. R. N BOTELHO, B. L ARAÚJO, E. P. P RODRIGUES, C. A. Q</p>	<p>A maioria realiza educação em saúde para gestantes (86,8%), hipertensos (81,0%) e diabéticos (79,0%). Os profissionais realizam visitas domiciliares, sendo o critério mais destacado a condição de acamado (33,0%). A maioria (90,0%) destina tempo na agenda para ações administrativas, gerenciais, para reflexão em equipe e educação permanente.</p>	<p>No âmbito da saúde da família, os resultados demonstram superação de práticas tecnicistas e biologicistas mais frequentemente enraizadas no modelo tradicional de atenção à saúde. Este estudo aponta que as práticas na Estratégia de Saúde da Família potencializam a reorientação dos modelos tradicionais de assistência à saúde.</p>
23.	<p>Qualidade da Atenção Primária à Saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV</p> <p>NASCIMENTO, L. PAULA, C.C. MAGNAGO, T.S.B.S. PADOIN, S.M.M, HARZHEIM, E. SILVA, C.B.</p>	<p>Os profissionais da Estratégia Saúde da Família, quando comparados aos de Unidades Básicas de Saúde, obtiveram maior grau de orientação à atenção primária, tanto pelo escore geral quanto derivado, assim como nos atributos integralidade e orientação comunitária. Especialização em Atenção Primária à Saúde, outro emprego, vínculo estatutário mostraram-se associados à qualidade da atenção.</p>	<p>Este artigo apresentou um escore alto para o atributo orientação comunitária o que diverge da maioria dos cenários já vistos em outras regiões do país. Uma característica interessante é que os sujeitos pesquisados possuem especialização em atenção primária e vínculo empregatício estatutário o que pode colaborar para tal.</p>