



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

**CARLA TARGINO BRUNO DOS SANTOS**

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A INTEGRALIDADE: ESTUDO  
COMPARADO ENTRE O BRASIL E A VENEZUELA**

**BRASILIA  
2016**



**CARLA TARGINO BRUNO DOS SANTOS**

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A INTEGRALIDADE: ESTUDO  
COMPARADO ENTRE O BRASIL E A VENEZUELA**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Fátima de Souza

BRASILIA  
2016

# **CARLA TARGINO BRUNO DOS SANTOS**

## **A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A INTEGRALIDADE: ESTUDO COMPARADO ENTRE O BRASIL E A VENEZUELA**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília,

Aprovada em 02 de setembro de 2016

### **BANCA EXAMINADORA:**

---

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa (presidente)  
Departamento de Saúde Coletiva - PPG Ciências da Saúde - Universidade de Brasília

---

Prof. Dra. Janeth de Oliveira Silva Naves  
Departamento de Farmácia - PPG Ciências da Saúde - Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Ana Valéria Machado de Mendonça  
Departamento de Saúde Coletiva - PPG Saúde Coletiva - Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Tania Cristina M. S. B. Rehem  
Departamento de Enfermagem – FCE - Universidade de Brasília

---

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade  
Departamento de Saúde Comunitária - Universidade Federal do Ceará

---

Profa. Dra. Leides Barroso de Azevedo Moura (Suplente)  
Departamento de Enfermagem – FS - Universidade de Brasília

*Dedico esta tese ao meu esposo, Junior, meus filhos João e Maria, e meus pais  
Carlos Rubens e Maria José.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus, que me sustentou durante todo o processo de construção desta tese, e permitiu que eu tivesse força e foco, para sua conclusão.

Ao meu esposo e filhos, por compreenderem a minha ausência, apesar da presença física, e por meu sustentarem em todas as minhas empreitadas.

Aos meus pais, por sempre apoiarem e acreditarem no meu potencial e capacidade de crescer profissional e intelectualmente.

A minha querida orientadora, pela oportunidade de aprender com sua experiência e conhecimento, pela sua paciência e direcionamentos, sempre oportunos e afáveis.

A toda a equipe de pesquisadores do Estudos Comparados e do NESP, coordenados pela professora Ana Valéria Mendonça Machado, pelo apoio e carinho recebido.

As minhas colegas de trabalho, Valéria Bertonha, Monica Chiodi, Thatianny Paranaguá, Andrea Mathes, Keila Cruz, pela compreensão, amparo e amabilidade.

As minhas colegas e parceiras de pós-graduação Anne Caroline, Ione Barros e Analy Machado, pelo companheirismo e compartilhamento de ansiedades e desejos.

Ao meu Chefe de Departamento Pedro Sadi e as Coordenadoras do Curso de Enfermagem Gisele e Rejane, pelo apoio e compreensão.

Aos meus alunos, estudantes de graduação em Enfermagem, que foram o combustível motivador para esta caminhada.

Enfim, a todos cruzaram meu percurso e deixaram um pouco de si, permitindo que eu aprendesse mais, melhorasse mais, crescesse mais, como professora, como pesquisadora, como estudante, como gente.

**“A mente que se abre para um nova ideia jamais voltará a ser do tamanho original”**

**Albert Einstein**

## RESUMO

**Introdução** O Programa Saúde da Família mostra-se como principal estratégia coordenadora de um sistema de saúde pautado na integralidade, equidade e universalidade da atenção. Reconhecendo a importância dos Sistemas Universais de Saúde da América Latina e entendendo que o Brasil e a Venezuela expressam tendências semelhantes, principalmente no que se refere à universalização e democratização dos seus sistemas de proteção social e de saúde, analisou-se as experiências do Brasil e da Venezuela, de forma a nos ajudar a pensar estratégias para a construção de um Sistema Único de Saúde que atenda aos princípios e diretrizes constitucionais, e proporcione mais qualidade de vida e de cuidado à população brasileira. **Objetivo** Comparar a Atenção Primária à Saúde no Brasil e na Venezuela, sob a ótica da integralidade. **Metodologia** Estudo qualitativo, metodologia de estudo de casos múltiplos, utilizando as técnicas de análise documental, entrevistas semi-estruturadas, e observação. São consideradas unidades de análise, ou participantes de pesquisa, seis experiências em Programa Saúde da Família premiadas no Brasil e informantes chave gestores dos Serviços Públicos de Saúde do Estado, na APS, desenvolvida por equipes multiprofissionais, com a vinculação de agentes comunitários de saúde, ou função similar na Venezuela. Foi realizado levantamento documental, visitas e entrevistas nas unidades de análise da pesquisa. Para a organização e análise das informações apreendidas utilizou-se o software NVIVO 9.0<sup>®</sup> e Análise de Conteúdo. A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Resultados** Em revisão integrativa sobre as abordagens da integralidade, evidenciou-se que a mesma começa na abordagem do indivíduo como ele é, único, passando para o atendimento das suas necessidades, num fluxo contínuo de cuidados multiprofissionais e de diferentes tecnologias, permeando diferentes espaços, intra e inter institucionais, de forma a solucionar seu problema de saúde, chegando à articulação intersetorial extra-muros. O estudo comparativo da Atenção Primária à Saúde, o Brasil e a Venezuela demonstraram a mesma tendência universal e democrática enquanto política de Estado e quanto ao arcabouço político e legislativo de saúde. Refletiram em diferentes arranjos organizacionais, seja Estratégia Saúde da Família no Brasil, seja Missão Barrio Adentro I na Venezuela. A

presença de um ator social similar ao Agente Comunitário de Saúde no Brasil aproxima e reforça a cultura democrática e participativa vigente. O estudo comparativo da integralidade mostrou a necessidade de uma articulação com os mais diversos níveis de atenção à saúde, o que, no Brasil, conhecemos como “organização da rede de atenção à saúde”. Na Venezuela, as *Missiones Barrio Adentro* expandem-se, de forma a ofertarem serviços de saúde em todos os níveis de atenção, uma vez que as pactuações com as estruturas tradicionais não são efetivas. **Conclusão** Políticas sociais, com as *Missiones* (Venezuela) e os Programas Ministeriais (Brasil), voltadas para as populações mais vulneráveis, ocasionam um impacto sistêmico nos processos de trabalho em saúde, fortalecendo ainda mais a APS como ordenadora e coordenadora de sistemas nacionais de saúde. Esta tese demonstra os avanços brasileiros na oferta de serviços de atenção primária à saúde universais, equânimes e integrais em relação à Venezuela, bem como aponta estratégias venezuelanas que poderão auxiliar no desafio do SUS em consolidar o princípio da integralidade.

**Palavras-chave:** integralidade em saúde; assistência integral à saúde; atenção primária à saúde; estratégia saúde da família; estudo de casos; estudo comparativo.

## ABSTRACT

**Introduction** Family Health Program presents as the main coordinator strategy for a health system founded on completeness, equality and universality of care. Recognizing the importance of Universal Health Systems in Latin America and understanding that Brazil and Venezuela have similar trends, especially in regard to the universalization and democratization of their social protection and health systems. The experiences, Brazil and Venezuela, were analyzed in order to help us consider excellence strategies for the construction of a National Health System that meets the constitutional principles and guidelines, and provide better quality of life and care to the Brazilian population. **Objective** Comparing Primary Health Care (PHC) in Brazil and Venezuela from the perspective of completeness. **Methodology** Qualitative study, multiple case study method, using techniques such as documentary analysis, semi-structured interviews and observation. Units of analysis, or research participants, are considered as well as six experiments in the Family Health Program awarded in Brazil and key informants managers of Public Healthcare Services, in PHC, developed by multidisciplinary teams, including community health agents, or a similar function in Venezuela. It was carried out documentary survey, visits and interviews with the research unit analysis. In order to organize the obtained information NVivo 9.0® software was used, supported by the theoretical framework of Content Analysis. All ethical measures for the implementation of this proposal were adopted. **Results** The integrative review brought some completeness that begins with approaching the individual as he/she is, unique, meeting his/her needs in a continuous flow of multidisciplinary care and different technologies; permeating different spaces, intra and inter-institutional, to solve his/her health problem, reaching the extramural intersectoral articulation. Brazil and Venezuela have the same universal and democratic trend as state policy and in regard to the policy and legislative framework for health. They reflect in different organizational arrangements, both Family Health Strategy in Brazil and *Mission Barrio Adentro I* in Venezuela caused promising epidemiological and health impacts. The presence of a social actor similar to the Community Health Agent in Brazil approaches and reinforces the current democratic and participatory culture. The comparative study of completeness brought the need for an articulation with different levels of health care, which, in

Brazil, we call "networking" and "care line". In Venezuela, *Misiones Barrio Adentro* expand in order to cover all levels of care, since the pacts with traditional structures are not effective. **Conclusion** Social policies such as *Misiones* (Venezuela) and Ministry Programs (Brazil), focused on the most vulnerable populations, cause a systemic impact on health work processes, strengthening PHC more as organizer and coordinator of national health systems. This pursuit of equity leads to reflection on the advances and difficulties involving the concepts and practices of completeness.

**Key words:** health completeness; integral health care; primary health care; family health strategy; case study; comparative study.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro No</b>	<b>Descrição</b>	<b>Página</b>
Quadro 1	Evolução das Políticas de Saúde no Brasil	21
Quadro 2	Características das Normas Operacionais Básicas do SUS	23
Quadro 3	Cidades dos países participantes segundo data de viagem, distância da capital e pesquisadores, 2010 a 2012	46
Quadro 4	Cidades do Brasil participantes segundo data de viagem, distância da capital e pesquisadores, maio a setembro de 2012	47
Quadro 5	Tarefas da fase de Pré-análise da Análise de Conteúdo	52
Quadro 1 Artigo 1	Estudos encontrados em pesquisa base de dados, 2014	60
Quadro 2 Artigo 1	Distribuição das teses analisadas por conceito abordado	61
Quadro 1 Artigo 2	Características das Missões Barrio Adentro	86
Quadro 2 Artigo 2	Quadro Comparativo entre a APS do Brasil e da Venezuela	90

### LISTA DE SIGLAS

<b>Sigla</b>	<b>Descrição</b>
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
UEPSF	Unidade de Estudos e Pesquisa em Saúde da Família
NESP	Núcleo de Estudos de Saúde Pública
CEAM	Centro de Estudos Avançados Multidisciplinar
RAS	Rede de Atenção à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência e Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
CFB	Constituição Federal Brasileira de 1988
LOS	Lei Orgânica de Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
USP	Universidade de São Paulo
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PNaPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
SPNS	Sistema Público Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
AVSS	Instituto Venezuelano de los Seguros Sociales
IPSFA	Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas
IPASME	Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes
MBA	Missões Barrio Adentro
UBV	Universidade Bolivariana da Venezuela
MS	Ministério da Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
UnB	Universidade de Brasília
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DECS	Descritores em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
UBS	Unidade Básica de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
MBA I	Mission Barrio Adentro I
ACS	Agente Comunitário de Saúde
MPPS	Ministério do Poder Popular para a Saúde
TICS	Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde
SI	Saúde Indígena
UCV	Universidade Central da Venezuela
ACAPS	Agentes Comunitários de Atendimento Primário em Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
FAE	Fator de Apoio ao Estado
FAM	Fator de Apoio ao Município
PAB	Piso Assistencial Básico
FAE	Fração Assistencial Especializada
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
TFVS	Teto Financeiro de Vigilância Sanitária
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFA	Teto Financeiro de Assistência
ICVR	Incentivo de Avaliação de Resultados
TFGE	Teto Financeiro Global do Estado

## SUMÁRIO

<b>Descrição</b>		<b>Página</b>
Introdução		16
Referencial Teórico	História das Políticas de Saúde no Brasil	21
	História da Atenção Primária à Saúde no Brasil	25
	A Atenção Primária à Saúde na Venezuela	28
	As Redes de Atenção e a Integralidade na Atenção Primária à Saúde	32
Objetivos da Tese		39
Métodos e Técnicas	A Pesquisa Original	41
	Desenvolvimento da Tese	47
Resultados e Discussão	Artigo 1: Os Caminhos da Integralidade no Sistema de Saúde Brasileiro: uma revisão integrativa.	56
	Artigo 2: Atenção Primária à Saúde no Brasil e na Venezuela: estudo de casos comparados	79
	Artigo 3: A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades	97
Conclusões		122
Referências Bibliográficas		126
Apêndices	Apêndice 1	133
	Apêndice 2	139
Anexo 1		143

# INTRODUÇÃO

Considerou-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como ação coordenadora do cuidado do indivíduo, família e comunidade de forma integral, sob a ótica da organização dos serviços de saúde, para o desenvolvimento desta tese de doutorado em Ciências da Saúde

Esta obra é parte de uma pesquisa mais ampla, intitulada “Da Política Institucional aos Processos de Cuidar: Estudos Comparados sobre as Práticas de Promoção da Saúde nas Equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil e seus similares em Chile, Cuba, Colômbia, Canadá, Portugal, Peru e Venezuela”, inserida no âmbito da Unidade de Estudos e Pesquisa em Saúde da Família (UEPSF), do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP), do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinar (CEAM), da Universidade de Brasília, com a participação de docentes da Faculdade de Ciências da Saúde, mestrandos e doutorandos desta universidade.<sup>1</sup> Para fins desta tese, esta pesquisa será denominada “pesquisa original”.

Tratou-se de um estudo de casos múltiplos<sup>2</sup>, que busca comparar as experiências exitosas em Promoção da Saúde no Brasil com experiências similares em outros países de forma a contribuir no enfrentamento de desafios atuais e fortalecimento e consolidação de modelos de atenção à saúde integrais e interprofissionais (vinculados à agentes comunitários de saúde).

Dentre as categorias do estudo original, tomou-se a subcategoria Integralidade na categoria Organização. Almejou-se nesta tese de doutorado identificar e comparar as características da Atenção Primária à Saúde (APS) e os sinais da integralidade desenvolvidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, no caso brasileiro e por estratégias similares na Venezuela.

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde tem sua base na APS, considerada como pilar de um sistema de saúde pensado na perspectiva de Rede. Enquanto o SUS não estabelece uma APS muito bem estruturada, não conseguimos pensar em redes integradas de atenção à saúde efetivas, eficientes e de qualidade.<sup>3</sup>

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), por sua vez, é definida, para fins deste estudo, como “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”.<sup>4</sup>

As RAS constituem-se de três elementos básicos: a população, a estrutura

operacional e o modelo de atenção à saúde. O primeiro elemento das RAS e seu principal motivo de existência é uma população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica e cadastrada na atenção primária à saúde<sup>3</sup>. A estrutura operacional é constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Já os modelos de atenção são definidos como:

“Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.”<sup>3</sup>

Este estudo envolve informações da APS brasileira e venezuelana resultando na integralidade da atenção à saúde do indivíduo, família e comunidade. Inicia-se pela política nacional e forma de organização do sistema de saúde, chegando ao que os dados empíricos demonstram, tomando como base comparativa o Sistema Único de Saúde (SUS), suas evidências e experiências semelhantes na Venezuela.

O problema de estudo caracteriza-se pelo contexto brasileiro de reserva técnico-política na implantação de estratégias de APS, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, componentes fundamentais para a reorientação do modelo de atenção. Permite-se a identificação de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado “Atenção Básica à Saúde” no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema.

O principal questionamento de estudo reside nas características da Atenção Primária à Saúde no Brasil e na Venezuela quanto à aplicação do princípio da integralidade no seu processo de trabalho vivo em saúde.

Esta obra justifica-se pelo desafio de fortalecer um modelo de atenção a saúde focado na qualidade de vida quando ainda observa-se a presença de um paradigma caracterizado pela medicalização, centrado na doença e cada vez mais dependente de tecnologia que não consegue contemplar os desafios propostos.

Os princípios do SUS, neste caso a integralidade, continua desafiando a contemporaneidade e traz a necessidade crescente de identificar experiências

brasileiras onde, num modelo de atenção à saúde, o alicerce é a família e a promoção da saúde é orientadora de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, com vistas à qualidade de vida. Justifica-se pela necessidade de analisar a integralidade na prática da APS, nos complexos contextos políticos, sócios, culturais e ambientais dos seus territórios de atuação.

A tese estruturou-se de forma a primeiramente trazer um referencial teórico que abrangesse os pilares conceituais do objeto de estudo. Tentou-se consolidar os temas referentes à história da saúde pública brasileira, fortalecendo aspectos da reforma sanitária até a configuração atual. No tema que discorre sobre a atenção primária à saúde no Brasil, tomou-se uma configuração histórica, trazendo seus avanços e desafios atuais. Aspectos básicos sobre o sistema de saúde e atenção primária na Venezuela foram descritos, trazendo o contexto geral da saúde neste país investigado. Por último, discorreu-se sobre a atenção primária à saúde e a integralidade, aprofundando conceitos e discussões acerca destes temas, pilares desta tese.

Seguimos com a apresentação dos objetivos de pesquisa e dos métodos empregados no estudo original, intitulado “Da Política Institucional aos Processos de Cuidar: Estudos Comparados sobre as Práticas de Promoção da Saúde nas Equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil e seus similares em Chile, Cuba, Colômbia, Canadá, Portugal, Peru e Venezuela”, e dos métodos e técnicas utilizados para fins desta tese.

Os resultados estão organizados no formato de artigos científicos, num total de três obras: a revisão integrativa intitulada “Os Caminhos da Integralidade no Sistema de Saúde Brasileiro: uma revisão integrativa”; o artigo original intitulado “Atenção Primária à Saúde no Brasil e na Venezuela: estudo de casos comparados”; e o artigo original “A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades”, este último já aceito para publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva e os demais serão encaminhados para publicação em periódicos.

Por fim, discorreu-se sobre as conclusões desta tese, e apresentou-se as referências bibliográficas. Esta última foi organizada da seguinte forma: referências da tese ao final da obra, referências dos artigos ao final de cada artigo.

Espera-se que esta tese possa contribuir com os avanços e desafios enfrentados pelo Brasil e outros países, no que se refere à atenção primária à saúde e a prática do princípio constitucional da integralidade.

# **REFERENCIAL TEÓRICO**

## História das Políticas de Saúde no Brasil

No século XIX, período colonial, predominavam no Brasil as doenças pestilenciais com a varíola, febre amarela, malária e tuberculose. A assistência à população pobre e indigente ficava com as instituições filantrópicas e beneficentes. As outras parcelas da população procuravam auxílio dos médicos, cirurgiões, barbeiros, sangradores, curandeiros, parteiros, entre outros<sup>5</sup>.

A Diretoria-Geral de Saúde Pública foi criada em 1897, hierarquicamente inferior ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, e foi reformulada em 1904 coordenada pelo sanitarista Osvaldo Cruz. Nesta ocasião desenvolveu-se campanhas sanitárias, produção de soros e vacinas, bem como a instalação dos Institutos Butantan e Manguinhos<sup>6</sup>.

Do início do século à década de 1960 o Sistema de Saúde brasileiro passou por uma reestruturação denominada Sanitarismo Campanhista, voltada principalmente para uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e o controle de doenças que prejudicassem a exportação.

No decorrer de décadas, avançamos em estruturas médico-centradas num formato de CAPs (caixas de aposentadorias e pensões), INPS (Instituto Nacional de Previdência e Saúde), INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), passando por complexos médico-hospitalares, enfrentando crises econômicas que cada vez mais sufocavam a assistência médica.

Quadro 1: Evolução das Políticas de Saúde no Brasil<sup>6</sup>.

Período	Características
Década de 1920	Com a Lei Elói Chaves surge a Previdência Social no Brasil com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). A assistência médica é incorporada as CAPs.
Década de 1930	Numa lógica de contenção de gastos, organiza-se os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) por categorias profissionais. Assistência médica apenas para os segurados.
Década de 1950	Expansão do Modelo médico-assistencial privatista.
Década de 1960	Os IAPs são substituídos pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Amplia-se a cobertura previdenciária para quase toda população urbana e rural. Privilegia-se a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada em detrimento sa Saúde Pública. Criação de um complexo médico-industrial. Prática médica orientada pela lucratividade do setor saúde.
Década de	Lei 6.229/75: dicotomiza oficialmente o setor saúde deixando o Ministério da Saúde

1970	responsável pelas ações coletivas e o Ministério da Previdência e Assistência Social pelas individuais. Alma-Ata estabelece a doutrina da Atenção Primária. Criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) e a assistência médica fica com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Esboça-se um referencial doutrinário e conceitual de regionalização, hierarquização e integração de serviços. Com isso, cria-se em 1976 o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass).
Década de 80	Nasceu e desenvolveu-se o Movimento Sanitário. VIII Conferência Nacional de Saúde (1986): transformação das Ações Integradas de Saúde (AIS) em Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds). Constituição de 88: incorpora a proposta da Reforma Sanitária brasileira.

O Brasil estava prestes à dar origem ao SUS, em sua Constituição Federal Brasileira (CFB), na Seção II da Saúde, Art. 196, quando torna “a saúde como direito de todos e dever do Estado”. O Poder Público fica ainda responsável pela regulamentação, fiscalização e controle de qualquer ação e serviço de saúde em todo território nacional, e que estas integrariam uma rede regionalizada e hierarquizada, obedecendo às diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.<sup>7</sup>

Os princípios doutrinários do SUS são: a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade garante à todos os cidadãos brasileiros o direito à atenção à saúde e o acesso à todas as ações e serviços ofertados pelo SUS. A integralidade considera o indivíduo em várias dimensões do processo saúde-doença e assegura ações e serviços de saúde direcionados para a promoção, proteção, cura e reabilitação dos usuários e coletividades. A equidade propõe a oferta de ações e serviços pelo SUS, de forma a priorizar os segmentos populacionais com maiores riscos de adoecer e morrer devido as desigualdades na distribuição de renda, bens e serviços.<sup>8</sup>

As diretrizes organizativas do SUS são: a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. A descentralização atribui ao município a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços, colocando um gestor na direção única em cada esfera do governo (secretário municipal de saúde, secretário estadual de saúde, ministro da saúde). A regionalização objetiva distribuir de forma racional e equânime os recursos

assistenciais do território, com base na distribuição populacional, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais garantindo o acesso oportuno, a continuidade do cuidado e a economia de escala. A hierarquização visa organizar o sistema de saúde por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços.<sup>8</sup>

Em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica de Saúde (LOS), a Lei 8.080/90, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”<sup>9</sup>. No mesmo ano, foi sancionada a Lei 8.142/90, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”<sup>10</sup>.

Nos anos subsequentes, foram elaboradas Normas Operacionais Básicas (NOBs), na tentativa de executar as ações e serviços de saúde na perspectiva dos princípios e diretrizes do SUS.

Quadro 2: Características das Normas Operacionais Básicas do SUS<sup>11</sup>.

<b>Legislação</b>	<b>Descrição</b>
NOB 91	Criados os SIH (Sistema de Informação Hospitalar) e SIA (Sistema de Informação Ambulatorial); Definidas quantidades de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e criou-se a UCA (Unidade de Cobertura Ambulatorial), dimensionadas com base populacional, capacidade, desempenho e história de custeio; Repasse por meio de convênio entre gestores mediante a formação de conselhos de saúde, criação dos fundos de saúde e elaboração dos planos municipais.
NOB 92	Alocação dos recursos do INAMPS para constituir o Fundo Nacional de Saúde; Mantido pagamento por meio do SIH e SIA
NOB 93	Resultado do trabalho do Grupo Especial de Descentralização; Cria as modalidades de gestão: incipiente, parcial e semi-plena; Criou para os Estados e Municípios que enquadraram-se nas modalidades de gestão o FAE (Fator de Apoio ao Estado) e o FAM (Fator de Apoio ao Município) Financiamento voltado para assistência médica curativa.
NOB 96	Incentiva mudanças no modelo assistências via PSF (Programa Saúde da Família) e PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); Substitui as modalidades de gestão da norma anterior por: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal à nível municipal; e Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual, à nível estadual;

	<p>Financiamento: foram criados os pisos/tetos PAB (Piso Assistencial Básico), FAE (Fração Assistencial Especializada), Remuneração de Internações Hospitalares, e Tetos Financeiros para a Vigilância Sanitária (TFVS), epidemiologia e controle de doenças (TFECD), de assistência (TFA), avaliação de resultados (ICVR), e Global do Estado (TFGE);</p> <p>Ampliou os recursos financeiros fundo a fundo;</p> <p>Mecanismo de avaliação: impactos positivos sobre a saúde da população.</p>
NOAS 2001	<p>Buscou compatibilizar três princípios organizativos: regionalização e organização da assistência, fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, e atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios;</p> <p>Estabeleceu competências à gestão em nível estadual;</p> <p>Definiu o Processo de Programação da Assistência, as responsabilidades de cada nível de governo na garantia de acesso, e o processo de controle, avaliação e regulação da assistência;</p> <p>Atualizou os critérios de habilitação para Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual para os Estados, e Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal para os Municípios.</p>
NOAS 2002	<p>Estabelece mecanismos de acompanhamento pelo Gestor Estadual dos recursos federais destinados aos municípios para atendimento da população não residente.</p>
Pacto pela Saúde 2006	<p>Define os recursos federais direcionados às ações e serviços de saúde organizados e transferidos conforme os seguintes blocos: atenção básica, atenção de alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS.</p> <p>Divide-se em: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS</p>

Após o Pacto pela Saúde, foi aprovado o Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei no 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”<sup>12</sup>. Esta norma coloca que a atenção básica deve contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde nas seguintes linhas:

- Ser a modalidade assistencial com maior descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária<sup>12</sup>;
- Ser resolutiva, ou seja, identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos

positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais<sup>12</sup>;

- Coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e gerindo projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS<sup>12</sup>;
- E, ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde aconteçam a partir das necessidades de saúde dos usuários<sup>12</sup>.

O Decreto nº 7.508 atribui à atenção primária de saúde brasileira uma responsabilidade primordial para o funcionamento do sistema de saúde como um todo. Além de porta de entrada para o sistema com imensa capilaridade populacional, deve dar resolutividade aos problemas de saúde dos usuários e da comunidade operando, ordenando e coordenando as demandas para os demais níveis de atenção, com uma atenção centrada no usuário.

### **História da Atenção Primária à Saúde no Brasil**

A Atenção Primária em Saúde foi inicialmente percebida como nível de atenção à saúde em meados de 1910, nos Estados Unidos, ao compreenderem a necessidade de um foco administrativo para ofertar serviços a uma população delimitada, com uma área definida, denominando este equipamento de Centro de Saúde. Aproximaram-se, então das primeiras definições de APS, considerando-a como a oferta de assistência médica de nível primário, preventiva e curativa, que ocorre no primeiro contato do indivíduo com o Centro de Saúde e assume a responsabilidade continuada de manutenção da saúde e tratamento das doenças da população<sup>13</sup>.

No Brasil, com a criação do primeiro Centro de Saúde na Universidade de São Paulo (USP) em meados de 1924, e do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde na década de 40, vem se construindo a Atenção Básica social e historicamente no Brasil com a criação de Unidades de Atenção Básica de Saúde que ofertavam assistência preventiva e curativa, mesmo que ainda de forma fragmentada e episódica<sup>14</sup>.

Na década de 70, durante a Conferência de Alma-Ata, inclui-se o papel sanitário e social, imposto pelo multideterminismo do conceito de saúde, para a APS, que foi definida como peça chave para alcançar em todo o mundo um nível aceitável de saúde, e que fizesse deveria integrar o desenvolvimento econômico e social das comunidades<sup>15</sup>.

O Brasil, até a década de 70, ofertava predominantemente uma assistência à saúde curativa e episódica, com algumas iniciativas de caráter sanitário pontuais e delimitadas, por meio de programas. A partir da Conferência de Alma-Ata e do movimento de reforma sanitária brasileira que toma força na década de 80, a APS e as ações de Promoção da Saúde tomam destaque na formulação de Políticas Públicas de Saúde no país<sup>13</sup>.

Em 1988, com a conquista constitucional da “saúde direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do Estado”, que culminaram nas Leis 8.080/90 e 8.142/90, o país toma força constitucional e legislativa para iniciar uma luta em prol dos princípios da universalidade, integralidade, preservação da autonomia, equidade, direito à informação, participação da comunidade, descentralização político-administrativa com ênfase na descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços<sup>7,9,10</sup>.

Iniciada a discussão internacionalmente na década de 70 na conferência de Alma-Ata, as discussões no Brasil caminharam na direção da estruturação da Atenção Primária em Saúde e do fortalecimento de uma rede básica de serviços, atendendo à nova constituição e ao sistema nacional de saúde.

A APS possui 3 interpretações. Como atenção primária seletiva é compreendida como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo. Como o nível primário do sistema de saúde, é interpretada como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns. E como estratégia de reordenamento do sistema de saúde, é compreendida como uma forma singular de apropriar, recombina e reorganizar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte de uma rede de atenção à saúde<sup>3</sup>.

Alguns países da América Latina, entre eles o Brasil, foram induzidos por agências internacionais, entre elas Organização Pan-americana de Saúde e

UNICEF, a reduzir os valores, princípios e bases conceituais instituídas em Alma-Ata referentes às ações e serviços da APS a programas seletivos, simplificados e desvinculados das ações realizadas em outros níveis de atenção. Para denominar a concepção seletiva da APS, o Brasil passou a utilizar o termo Atenção Básica de Saúde, apesar de que a APS nunca foi concebida de forma seletiva, adotando-se a Atenção Básica para fazer uma contraposição a esta concepção<sup>14</sup>.

Em 2012, por meio da Portaria 2.488 de 21 de outubro deste ano, foi aprovada a versão mais recente Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A PNAB conceitua atenção básica, no seu anexo 2, como:

“...um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.”<sup>16</sup>

A PNAB especifica a atuação da estratégia saúde da família (ESF), da estratégia de agentes comunitários de saúde, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do Programa Saúde na Escola (PSE), bem como inova com as equipes de atenção básica para populações específicas, como consultório de rua e ESF para atendimento da população Ribeirinha, além de descrever os princípios e diretrizes gerais da atenção básica, a sua função na rede de atenção à saúde, as responsabilidades das esferas de governo, quando trata da infraestrutura e funcionamento da atenção básica. Determina ainda a forma de implantação, credenciamento e do financiamento das equipes de atenção básica, e da implantação dos NASFs<sup>16</sup>.

A Atenção Primária à Saúde, seja no formato de Estratégia Saúde da Família, seja no de Programa de Agentes Comunitários de Saúde, atuam no campo da Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos, sendo a principal ação e de maior impacto na situação saúde da população adscrita. Para operacionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil utiliza-se da estratégia nacional prioritária, que é a Saúde da Família, e o entrelaçamento dessas duas políticas ocorre no campo das práticas, nos municípios e nas equipes de APS<sup>17</sup>.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS), revisada em 2014, tem por objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Trabalhará como temas transversais os determinantes sociais da saúde, o desenvolvimento sustentável, a produção de saúde e cuidado, os ambientes e territórios saudáveis, a vida no trabalho, e a cultura da paz e direitos humanos. Como eixos operacionais, teremos a territorialização enquanto estratégia operacional, a articulação e cooperação intra e intersetorial e as Redes de Atenção à Saúde<sup>18</sup>.

Na rediscussão da PNaPS, observou-se a necessidade de incorporar as intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, principalmente no cotidiano dos serviços de atenção básica, por meio de ações intersetoriais; e de organizar os processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, fortalecendo e promovendo a implantação da PNaPS na RAS, de modo transversal e integrado, construindo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais<sup>18</sup>.

Enfim, a APS como estratégia de direcionamento e coordenação do SUS envolverá um conjunto integrado de intervenções: aumentar a cobertura das equipes de saúde da família no Brasil, o número de instituições promovendo e apoiando a APS e o seu fortalecimento, infraestrutura adequada para a APS, profissionalização da gestão e melhoria dos processos educacionais, inovar os sistemas de educação permanente dos profissionais de saúde, relações de trabalho mais estáveis e satisfatórias, implantar equipes multiprofissionais, investir na APS. E, desta forma, favorece-se o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como estratégia central para a efetivação das redes de atenção no SUS<sup>3</sup>.

### **A Atenção Primária à Saúde na Venezuela.**

A República Bolivariana da Venezuela está situada na América do Sul, fronteira com o Brasil, Guiana e Colômbia. Possui uma população total (2013) de aproximadamente 30 milhões de habitantes, menos que o Estado de São Paulo (41 milhões – IBGE 2010). Apresenta esperança de vida ao nascer de 72/80 anos em 2013, semelhante ao Brasil, com 72/79 anos, experimentando a transição

demográfica ocasionada pelo envelhecimento populacional, como os demais países em desenvolvimento<sup>19</sup>.

É um estado federal descentralizado formado por 23 estados. Na década de 90 iniciou um processo de descentralização dos serviços de saúde dos Estados venezuelanos (17 de 23 estados estão descentralizados), o que contribuiu para a fragmentação do sistema<sup>20</sup>.

Os principais avanços no setor saúde observados na última década foram<sup>21</sup>:

- O fortalecimento e consolidação da disponibilidade e acesso da população ao Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS);
- O incremento na rede especializada com a Misión Barrio Adentro II;
- Investimentos no Programa Nacional de Vacinação;
- Interrupção na transmissão de Oncocercose;
- Avanços no Convenio Marco/OMS para controle do tabagismo;
- Acesso universal às terapias antirretrovirais;
- Diminuição na mortalidade por fibrose cística por meio do abastecimento de medicamentos especiais;
- Acesso ao tratamento gratuito por meio do Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Publica;
- Implementação do Sistema Público Nacional para el Tratamiento de las Adicciones.

O sistema de saúde da Venezuela encontra-se em transição desde 1999, com a aprovação da nova Constituição da República Bolivariana da Venezuela. Neste marco, o Ministério da Saúde passou a se reorganizar para implementar um modelo de atenção integral à saúde da população, apoiados nos princípios da gratuidade, universalidade, integralidade, equidade, integração social e co-responsabilidade social, e seu financiamento e gestão ficariam sob responsabilidade do Estado<sup>20</sup>.

O sistema público de saúde foi constituído pelo Ministério da Saúde, pelas Direcciones Estatales de Salud y Desarrollo Social (instâncias descentralizadas do MS), o Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (AVSS), o Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) e o Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME); além de empresas do Estado que oferecem seguros aos seus empregados, como a Petróleos de Venezuela (PD-VSA)<sup>20</sup>.

Em dezembro de 2006, foi aprovada a nova estrutura organizativa do Ministério do Poder Popular para a Saúde, composta por três vice-ministros: rede de serviços de saúde, rede de saúde coletiva e recursos para a saúde<sup>21</sup>. A nova constituição bolivariana foi considerada como o primeiro passo na direção de uma nova institucionalidade democrática na Venezuela, e as *misiones* no caminho de impulsionar o poder popular, ampliando e massificando as políticas sociais do país. As *misiones* são definidas como:

“...alternativas viáveis de satisfação coletiva e desmercadorizadora das necessidades sociais a partir da massificação das políticas socioassistenciais no país, cuja centralidade é o impulso ao protagonismo popular e a radicalização democrática, com forte processo de socialização da política, elemento fundante de uma democracia de novo tipo<sup>22</sup>.”

Esse reordenamento nos arranjos organizacionais de serviços e gestão permitiu a institucionalização das Missões Barrio Adentro (MBA) como estratégia para ampliar o acesso aos serviços de saúde às populações mais fragilizadas social e economicamente, constituindo-se alicerce do novo modelo de atenção primária venezuelana<sup>21</sup>. A MBA tem como objetivos priorizar as necessidades sociais da população excluída, apoiados nos princípios da equidade, universalidade, acessibilidade, gratuidade, bem como inclusão, participação e co-responsabilização social.

Na ocasião, o governo da Venezuela propôs aos médicos venezuelanos que se inscrevessem no Programa Barrio Adentro, apenas cinquenta médicos se inscreveram, destes trinta se recusaram por considerarem os bairros perigosos<sup>23</sup>. Em seguida foi firmado um convênio com a República de Cuba para implementação de assistência médica nos bairros mais despossuídos de Caracas, como parte de um Plano Integral de Desenvolvimento Local que tem como objetivo fomentar o desenvolvimento local por meio de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida da comunidade assistida. O Acordo Cuba-Venezuela assinado em 14 de dezembro de 2004, na cidade de Havana, tem as seguintes contribuições<sup>24</sup>:

“Este convênio trata, em seus doze artigos, de questões econômicas e comerciais entre os dois países, e traz as ações propostas por parte de Cuba à Venezuela. Entre elas, a 11a e a 12a ações tratam da Misión Barrio Adentro, informando que o governo Cubano disporá de 15 mil profissionais médicos para atuar na MBA e contribuir com a formação de médicos venezuelanos para o setor<sup>24</sup>.”

A MBA foi implantada em três fases: a primeira como período de adaptação e avaliação do impacto, da receptividade das comunidades e das necessidades da população; a segunda e terceira fases foram de expansão com a instalação de 13 mil médicos cubanos, 2.500 enfermeiras e 797 odontólogos venezuelanos, sob administração do presidente da Venezuela Hugo Chavez Frias.<sup>24</sup>

A idéia inicial da MBA era desenvolver uma rede de centros de atenção e encontro comunitário denominados “Casas de la Salud y la Vida”, posteriormente denominadas “Consultórios Populares”, onde desenvolveriam-se atividades de atenção, prevenção e promoção da saúde, com atuação permanente de médicos, odontólogos e comitês de saúde, e o fornecimento de medicações à comunidade à preços acessíveis. Os consultórios populares são definidos como:

“...espacios donde los médicos y los odontólogos atienden a los pacientes con el apoyo de la comunidad, también en donde se discuten las formas de participación para la prevención de la salud; y sitio de concentración y encuentro para las personas del barrio<sup>25</sup>.”

Em 2003 foi criada a Universidade Bolivariana da Venezuela (UBV) com o objetivo de formar profissionais vinculados com as comunidades, comprometidos com o projeto de “refundação do Estado venezuelano” e com a reconstrução da “Venezuela bolivariana”. Foram criados 10 cursos, dentre eles os de Gestão em Saúde Pública e Medicina Integral Comunitária<sup>26</sup>.

Além do atendimento médico dispensado à população venezuelana, os médicos cubanos também participavam da formação de médicos venezuelanos no curso de medicina integral comunitária. A sua criação em outubro de 2005 constituiu um objetivo estratégico nacional e resultou do acordo firmado entre Cuba-Venezuela.

O programa de formação de medicina integral comunitária prevê a formação do aluno inserido em sua própria comunidade, a partir dos problemas reais de saúde, e com isso formar profissionais com competência diagnóstica e terapêutica integral, com ênfase na aprendizagem empírica. O curso ocorre de segunda à sábado, e destes, três dias são realizados nos consultórios populares e na Mission Barrio Adentro, constituído como pólo central da formação<sup>26</sup>.

## **As Redes de Atenção à Saúde e a Integralidade na Atenção Primária à Saúde**

Como resultante do movimento de reforma sanitária brasileira na década de 80 o Brasil reformulou a sua constituição federal em 1988. Neste momento, o setor da saúde ganhou princípios e diretrizes que o tornava um país que oferece assistência à saúde de forma universal, integral e equânime. Todos os brasileiros teriam acesso aos serviços de saúde independente da sua origem, sexo, idade, raça, cor, religião, posição partidária, time de futebol, profissão, enfim, todos têm direito à assistência no Sistema Único de Saúde - SUS. Adquirimos ainda o direito de acesso aos serviços das mais diferentes complexidades, seja da atenção primária, secundária, terciária ou até quartenária, direito à uma assistência integral, dentro da sua polissemia. A equidade vem para assistir os iguais igualmente e os diferentes diferentemente, sem categorizar as pessoas, mas traz a idéia da singularidade, que cada indivíduo/comunidade é peculiar e possui as suas necessidades em saúde específicas, e devem ser ofertados serviços direcionados para tal. A partir de então, o cidadão brasileiro adquiriu direito sanitário, o direito à saúde.

Em 20 anos de criação da Lei Orgânica de Saúde foram realizadas algumas tentativas de regular e normatizar o funcionamento do sistema de saúde brasileiro, o SUS. Na década de 90 com as Normas Operacionais Básicas, e agora mais recentemente com o Decreto 7.508 de 2011, mas sempre caminhando em direção à uma assistência que contemple os princípios e diretrizes do SUS, tentando organizar o sistema de forma que se ampliasse o acesso, foram criados programas e ações direcionadas às populações mais vulneráveis, organização dos serviços de forma a garantir assistência ao maior número de brasileiros que necessitassem deste cuidado, e a ampliação e qualificação da participação popular.

Na tentativa de reorganizar a atenção primária em saúde, como é reconhecida internacionalmente, em março de 1994 foi criado o Programa Saúde da Família que seria responsável pelas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, partindo de uma proposta anterior conhecida como PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Hoje, 20 anos depois, toma a força de uma estratégia política governamental de reorganização da atenção primária em saúde deste país continental, digamos que toma a proporção de pilar organizativo de todo o sistema de saúde nacional.

“O Programa de Saúde da Família, desde sua origem, foi concebido como uma estratégia para a reorganização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde<sup>27</sup>.”

A Estratégia Saúde da Família, como hoje é reconhecida e trabalhada no SUS, é a assistência que está mais próxima da família e dos indivíduos nas suas casas e meio o qual vivem em sociedade, portanto, trata-se da atenção mais próxima da realidade a qual vive uma comunidade, tendo oportunidade de atuação de forma mais antecipada e nas que incluem a promoção da saúde e prevenção de agravos, direcionados ao território de referência. Trata-se do nível de atenção do SUS com maior resolubilidade dos problemas de saúde da população, e maior poder de organização e direcionamento do sistema como um todo.

Esta estratégia permite ainda a utilização de tecnologias mais complexas e leves, com a participação de uma equipe multiprofissional e atuação intersetorial, algo que se aproxima mais consideravelmente do que lutamos na década de 80: universalidade, integralidade e equidade. Reforçando a lógica de uma alta complexidade com a utilização de tecnologias leves na atenção primária à saúde.

A Saúde da Família abrangente, quando pensada como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e modelo de atenção primária de saúde (APS), necessita de integração à rede municipal e estadual, com os demais níveis de atenção à saúde e atuação intersetorial bem definida. Implementar uma concepção abrangente ou integral de APS implica a construção de sistemas de saúde orientados pelos cuidados primários em saúde, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades da população. E a atuação intersetorial é condição para uma APS abrangente, pois ela envolve a compreensão da saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, equivalendo a necessidade de confrontação dos determinantes sociais dos processos saúde-doença.<sup>28</sup>

A estratégia saúde da família avança no Brasil, ampliando o acesso à atenção primária, e ao mesmo tempo identifica fragilidades para que alcance os seus reais objetivos que envolvem a estruturação dos sistemas locais de saúde. Em relação às práticas dos profissionais, ainda não conseguimos atender às novas necessidades de prestação dos cuidados em saúde (integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe), e

quanto à gestão dos sistemas, e lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contra-referência<sup>29</sup>.

Quanto às práticas desenvolvidas no cotidiano de cuidado, o método Paidéia traz uma proposta de clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local, com a ampliação da capacidade da rede básica de resolver problemas de saúde individuais e coletivos<sup>30</sup>.

A Atenção Primária à Saúde numa concepção ampla de porta de entrada e coordenadora do sistema, leva-se a pensar na estruturação das Redes de Atenção, de forma a atender ao Decreto 7.508/11 regulamentador da Lei 8.080/90, e a própria Constituição Brasileira (1988) em seu Art.196, quando caracterizam as ações e os serviços públicos de saúde como integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada e constituindo um único sistema.

O Brasil, assim como a Venezuela, experimentam uma forte mudança no seu perfil socio-demográfico, implicando em alterações no perfil de morbi-mortalidade de sua população. Com o envelhecimento populacional rápido e progressivo que vivenciamos, as necessidades em saúde do brasileiro passa de condições agudas, relacionadas às doenças infecto-contagiosas, para condições crônicas, ou melhor dizendo, para a coexistência das duas condições. As doenças crônicas tomam um espaço significativo na agenda de saúde do Brasil, exigindo adequações nos serviços e sistemas de saúde a fim de dar conta desta especificidade. Partimos de um sistema de saúde voltado para atender às necessidades episódicas e fragmentadas da população para um que possa assistir às condições crônicas instaladas e crescentes, por meio de mudanças em sua base organizativa.

Faz-se necessário restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde (RASs), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira. A implantação das RASs exige mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, alguns vivenciados com sucesso em outros países e que devem e podem ser adaptados à realidade de nosso sistema público<sup>31</sup>.

Compreendeu-se que o conceito de rede já está determinado pela própria Constituição quando refere-se ao conceito de integralidade da assistência à saúde do cidadão, o mesmo conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços e relações, no seu Art. 198 que menciona que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um único sistema. Reconhecemos que a discussão doutrinária sobre o que são RAS é mais recente, faltava levar a discussão teórica para o âmbito da normatividade do SUS, o que ocorreu recentemente. Estudos apontam no sentido de que estruturar sistemas em redes é o mais eficiente caminho para a concretização da integralidade como princípio fundamental do SUS constitucional brasileiro<sup>32</sup>.

Apontamos como conceitos de Rede a convergência de Silva (2013) e o direcionamento dado pelo Ministério da Saúde (MS) na Portaria que estabelece as diretrizes para organização das RAS no âmbito do SUS:

“...uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e promoção da saúde<sup>33</sup>.”

“São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado<sup>34</sup>.”

As redes temáticas que foram pactuadas e passaram a ser implantadas de 2011 a 2014 foram as seguintes: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência e Rede de Atenção à saúde de Pessoas com Doenças Crônicas. A consolidação desse conjunto de experiências, certamente o seu maior número e com maior impacto em um período histórico, avança na discussão do próprio arcabouço conceitual, que estava muito refém de teoria baseada em outras experiências externas e agora tem um grande material empírico para análise e discussão<sup>35</sup>.

Sobre os elementos constitutivos das RASs, a população e regiões de saúde, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde, estabelecidos na Portaria no 4.279/2010, tem o primeiro elemento como razão de ser das RASs. A população colocada sob responsabilidade sanitária e econômica marca uma atenção à saúde baseada na comunidade, e o vínculo de uma população com uma RAS dá-se na

Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que não estamos falando da população IBGE, mas da população cadastrada na APS. O segundo elemento, a estrutura operacional, é melhor definida como componentes estruturais transversais, como a APS, os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas logísticos, os sistemas de apoio e o sistema de governança. O terceiro elemento constitutivo das RASs, os modelos de atenção à saúde, constituem-se em elementos verdadeiros de mudança das práticas sanitárias, de forma a estruturar modelos de atenção à saúde inovadores, superando os modelos tradicionais que não são coerentes com a situação de saúde brasileira atual de tripla carga de doenças, com forte predomínio relativo das condições crônicas<sup>36</sup>.

A doença crônica está caracterizada como de longa duração e forte inter-relação com os hábitos de vida das pessoas, exigindo a adoção de um modelo de atenção que dê conta de um cuidado coordenado, continuado, organizado, proativo, integrado e que ainda tenha capacidade de apoiar a pessoa nas mudanças de vida que a doença exige e que o indivíduo deseja. Este cuidado deve ser principalmente realizado pela atenção primária (APS) e para que obtenha-se resolutividade, ela obrigatoriamente necessitará de apoio diagnóstico e terapêutico dos pontos de atenção especializados (ambulatoriais e hospitalares). Assim, o cuidado integral de pessoas com doenças crônicas coloca no centro do debate a questão da regionalização do SUS. O desenvolvimento da rede regionalizada de atenção à saúde para as pessoas com doenças crônicas e a regionalização do SUS são processos interdependentes<sup>37,38</sup>.

O Decreto 7.508/2011 que regulamenta a Lei 8.080/90 define as Redes de Atenção à Saúde no seu artigo 1º:

“...conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde<sup>12</sup>.”

São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os seguintes serviços: atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial, e especiais de acesso aberto. As RASs estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores. A integralidade da Atenção à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas

Comissões Intergestores<sup>12</sup>.

O Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na RAS, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde<sup>12</sup>.

A governança é inerente à organização do sistema de saúde, tendo em vista que é um dos componentes das Redes de Atenção à Saúde (RASs). A governança das RASs é composta por três dimensões: desenho institucional, sistema gerencial, sistema de financiamento. Na prática, o COAP induz à mudanças no sistema gerencial do sistema de saúde para atendendo ao princípio da integralidade. O sistema gerencial é composto por cinco elementos principais: territorialização, planejamento estratégico, contratualização, monitoramento e avaliação, acreditação, os quais estão diretamente vinculados aos aspectos do Decreto 7.508/2011<sup>39</sup>.

A experiência de Minas Gerais na adequação ao sistema estadual de saúde às exigências do COAP levou à compreensão de que a cooperação entre os níveis de governo tem como objetivo principal integrar as redes, e a figura dos contratos é fundamental para delimitar competências e inter-relações entre eles. Nesse sentido, as partes acordam obrigações, fundamentais na criação de incentivos/estímulos para que os objetivos compartilhados sejam atingidos, são eles a divisão de responsabilidades, permissão quanto ao monitoramento do desempenho, e a retroalimentação do processo de planejamento, fortalecendo a cultura de aprendizado<sup>39</sup>.

Um contrato administrativo plurilateral ou organizacional, como o COAP, constitui um acordo de vontades de que participa uma ou mais pessoas administrativas, em que os contratantes se obrigam reciprocamente a promover determinado tipo de conduta, visando à obtenção de um resultado de interesse conjunto<sup>40</sup>.

## **OBJETIVOS DA TESE**

**OBJETIVO GERAL**

Analisar a Atenção Primária à Saúde no Brasil e na Venezuela por meio de uma comparação, sob a ótica da integralidade.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar um revisão integrativa sobre as abordagens da integralidade pela comunidade científica.
- Identificar e comparar as características da Atenção Primária à Saúde no caso brasileiro e por estratégias similares na Venezuela;
- Identificar e comparar a integralidade na Atenção Primária à Saúde no caso brasileiro e por estratégias similares na Venezuela.

# **MÉTODOS E TÉCNICAS**

## **A Pesquisa Original**

Esta tese é parte da pesquisa intitulada “Da Política Institucional aos Processos de Cuidar: Estudos Comparados sobre as Práticas de Promoção da Saúde nas Equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil e seus similares em Chile, Cuba, Colômbia, Canadá, Portugal, Peru e Venezuela”, inserida no âmbito da Unidade de Estudos e Pesquisa em Saúde da Família (UEPSF), do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP), do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinar (CEAM), com a participação de docentes dos Departamentos de Saúde Coletiva, mestrando e doutorando da Universidade de Brasília. Para fins desta tese, esta pesquisa será denominada “Pesquisa Original”<sup>1</sup>.

Tratou-se de um estudo de casos múltiplos, que busca comparar as experiências exitosas em Promoção da Saúde no Brasil com experiências similares em outros países de forma a contribuir no enfrentamento de desafios atuais e fortalecimento e consolidação de modelos de atenção à saúde integrais e interprofissionais (vinculados à agentes comunitários de saúde)<sup>2</sup>.

Abrangeu três categorias: Política, Organização e Sinais da Realidade. A categoria Política é composta pelas subcategorias Universalidade, Equidade, Intersetorialidade e Participação Social. Já a categoria Organização, trabalha as subcategorias Acesso, Gestão do Processo de Trabalho e Integralidade. E por último, a categoria Sinais da Realidade, são analisadas as subcategorias: Uso de indicadores para monitoramento e avaliação, Sustentabilidade e Trabalho em Rede, Compromisso Social e Coesão Social. Temos a pretensão, nesta tese, em abordar a subcategoria “Integralidade” na categoria “Organização”<sup>1</sup>.

Finalmente, procurou-se entender a política, em seguida como ela é organizada para entender melhor quais são os sinais da realidade percebidos na experiência, e se refletem ou não a forma de organização e as políticas e planos do município ou país estudado<sup>1</sup>.

## **Tipo de Estudo**

A pesquisa utilizou-se da metodologia de estudos de casos múltiplos uma vez que nos permitiu descrever as experiências visitadas no Brasil e nos países Chile, Cuba, Colômbia, Canadá, Portugal, Peru e Venezuela, resguardando os pontos de convergências (valores, e princípios) e as diferenças (formas de organização e

gestão do cuidado) acerca da Atenção Primária à Saúde desenvolvida por equipes de PSF, no caso brasileiro, respeitando os distintos contextos das práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde (com várias denominações) naqueles países<sup>2</sup>.

O método de estudos de caso nos permitiu a descrição em profundidade das ideias na formulação das políticas, nas estratégias adotadas para efetividade de suas ações (organização, gestão e cuidado). Nessa direção, concordamos com Greenwood, quando afirma:

"a principal virtude do método do estudo de caso é que permite uma compreensão profunda do fenômeno com um todo, tal como se dá no caso estudado. Ao não se ver distraído por uma multiplicidade de unidades de observação e ao estar restrito a um certo número de fatores que devem ser observados, o pesquisador pode centrar sua atenção em um pequeno número de casos e explorar com grande detalhe todas e cada uma das facetas dos casos que prometam brindar-lhe certa luz sobre o fenômeno. Este grau de amplitude e profundidade não se pode obter com nenhum dos outros métodos empíricos<sup>41</sup>."

A justificativa pela opção do tipo de estudo considera que o mesmo estudo pode conter mais de um caso único e o conjunto dos casos constituir-se-á em casos múltiplos<sup>2</sup>. A escolha do método (estudo de múltiplos casos) considerou que cada país ou experiências específicas dentro dos países constituirá unidades de análise, sem prejuízo de suas semelhanças e diferenças.

### **A Seleção das Unidades de Análise Participantes**

O estudo original foi realizado no Brasil e nos países Canadá, Cuba, Colômbia, Chile, Peru, Portugal e Venezuela. No Brasil, foram selecionadas 06 experiências exitosas (boas práticas) premiadas na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família promovida pelo Ministério da Saúde em 2008. Nos demais países foram escolhidas para participar da pesquisa as experiências formuladas pelo aparelho do Estado; desenvolvida no âmbito dos serviços públicos na atenção primária; e aquelas desenvolvidas por equipes multiprofissionais.

### **A Unidade de Análise: Brasil**

Com o objetivo de promover a troca de experiências e conhecimentos acumulados ao longo de anos de implantação da Saúde da Família, o Ministério da

Saúde lançou a III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, o IV Seminário Internacional de Atenção Primária à Saúde e o III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família, buscando incentivar um espaço de reflexão e discussão sobre a APS e divulgação da ESF, como qualificadora da Atenção Básica<sup>42</sup>.

Quase dois mil trabalhos foram inscritos para concorrer a este prêmio, em três diferentes categorias: Relato de Experiência de Equipe de Saúde da Família, Relato de Experiência de Agente Comunitário de Saúde, e Estudos e Pesquisas em Atenção Básica/Saúde da Família. Para a seleção dos trabalhos, foi desenvolvido um criterioso processo de avaliação envolvendo 78 pareceristas que realizaram a análise do conteúdo dos trabalhos, com base em critérios previamente definidos e divulgados aos participantes. Todos os trabalhos foram avaliados em duplo cego e sem a possibilidade de identificação dos autores dos trabalhos pelos pareceristas<sup>43</sup>.

No conjunto dos seis casos brasileiros escolhidos para participar da pesquisa, foram considerados os municípios que, dentro das experiências de sucesso selecionadas na Mostra de Saúde da Família de 2008, foram contempladas em virtude do destaque que deram à promoção da saúde conforme as informações fornecidas pelos municípios na oportunidade da seleção do concurso. Neste caso, foram utilizadas as seguintes experiências<sup>43</sup>:

- Reorganização da demanda para atendimento odontológico no município de Amparo – SP;
- Programa de recuperação nutricional para população indígena no município de Ourilândia do Norte/PA;
- Implantação do modelo de apoio matricial em saúde mental no município de Florianópolis/SC;
- ACS como agente motivador da participação comunitária no município de Vacaria/RS;
- ACS — Agente Ator Comunitário de Saúde: um exemplo de educação permanente em saúde em João Pessoa/PB;
- Reciclar com saúde em Campinas/SP.

### **As técnicas empregadas no Brasil**

A coleta de dados ocorreu em 2011, e o primeiro passo foi a identificação das

experiências exitosas (boas práticas) a partir dos documentos da III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família; realizou-se a análise das experiências exitosas, onde se buscou identificar as unidades de análise (casos), a fim de observar in loco as práticas (ações/projetos estratégicos) - formas de gestão e organização sustentadas pelos seus valores e princípios orientadores. Em seguida selecionou-se, a partir das categorias orientadoras, as experiências dos outros países a serem “comparadas” (convergências e diferenças), após a consolidação na forma de casos<sup>1</sup>.

Pela natureza e método da pesquisa não se fez necessário estruturar amostra no sentido estatístico, uma vez que os sujeitos entrevistados foram interlocutores de diversas esferas e com diferentes graus de responsabilidade na implementação da política, gestão e de práticas de promoção da saúde no âmbito da APS sem uma preocupação de representatividade estatística.

Utilizou-se de documentos disponíveis em diversos meios de pesquisa, adotando-se assim a análise documental, que tem por característica adotar materiais relevantes que não tiveram o rigor científico de uma pesquisa bibliográfica<sup>44</sup>.

Buscou-se entender e identificar principalmente três políticas: a Política da Atenção Primária a Saúde, a Política da Promoção da Saúde e a Política de TICS (Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde), concentrando-se em um foco central: comparar as práticas das Equipes de Saúde da Família ou similares (no caso dos outros países) com as ações de promoção da Saúde, e as TICS entraram como uma política transversal a essas práticas<sup>1</sup>.

A categoria Política é entendida como uma macropolítica. A partir do sistema de saúde do país, procurou-se saber como acontece a política da atenção primária, com base nos princípios do SUS: Universalidade, Intersetorialidade, Equidade e Participação Social<sup>1</sup>.

A categoria Organização procurou entender como essas políticas refletem no processo organizativo do sistema de saúde. Levando em consideração, nessa categoria, se o modo de organizar a atenção pode garantir o conjunto de necessidades dos usuários de forma a trabalhar com todos os níveis de complexidade, além de atentar na maneira como a APS aparece integrada com a Promoção da Saúde. As subcategorias foram pensadas a partir da categoria Política, para entender como as políticas são capilarizadas e quais são seus resultados, analisados na categoria de Sinais da Realidade<sup>1</sup>.

Para a categoria Sinais de Realidade tomou-se a observação da convergência e divergência entre discurso e prática, a partir das experiências selecionadas. A partir de ações da Promoção da Saúde o estudo procura verificar como cada um dos casos estudados refletem as políticas e sua respectiva organização dentro dos municípios (ou países) onde foram realizadas as experiências<sup>1</sup>.

O segundo passo foi a realização das visitas aos municípios selecionados, mediante construção de agenda com os participantes da pesquisa, e realizadas entrevistas semi-estruturadas (Apêndice 1) que foram gravadas e degravadas pela equipe de pesquisa.

### **As técnicas empregadas no outros países.**

A estratégia adotada para os primeiros contatos com o país a ser visitado em sua maioria foi a partir da consulta de um informante-chave, que auxiliou na construção da agenda e estabelecimento de contatos para definição de possíveis entrevistados e instituições a serem visitadas. Após o estabelecimento deste contato, enviou-se o protocolo de estudo e lista dos locais e instituições de interesse, relação esta estabelecida antes da coleta de dados. A construção de uma minuta de agenda então é realizada, com os prováveis contatos e áreas; instituições e cidades participantes.

No caso das universidades, os critérios utilizados para sua inclusão foram: ter sido identificada alguma parceria com o Ministério por meio de *sites* ou apresentações *Powerpoint*; ser referência ou ter produção nas áreas pesquisadas seja por organismos multilaterais como OMS, Opas; Organizações da área (UIPES; Associação dos Profissionais de Saúde da Família).

O primeiro passo foi a análise documental dos países visitados. Foi realizada a busca da Constituição a fim de identificar o marco legal da saúde; estrutura social e política segundo tipo de governo e esferas governamentais. Realizou-se acessos aos sites do Ministério da Saúde e similares de cada país, para identificar o lócus da Atenção Primária, Promoção, Informação, Educação e Comunicação em Saúde. Esta abordagem também é utilizada no âmbito local/municipal. Pelo buscador do *Google* foram localizados materiais como apresentações de *powerpoint* ou outros tipos, que indicam participação em eventos; formação de profissionais; dentre outros.

O segundo passo foi a realização das visitas aos países selecionados, mediante construção de agenda com os informantes-chave da pesquisa, e realizadas entrevistas semi-estruturadas (Apêndice 2) que foram gravadas, degavadas e traduzidas por equipe especializada contratada pela unidade executora da pesquisa.

### **Cronograma da Coleta de Dados**

A coleta de dados referente à aplicação das entrevistas semi-estruturadas foram planejadas pelo grupo de pesquisa responsável pelo desenvolvimento do Projeto “Da Política Institucional aos Processos do Cuidar: Estudos Comparados sobre as Práticas de Promoção da Saúde nas Equipes do PSF no Brasil e seus similares em Canadá, Cuba, Colômbia, Chile, Peru, Portugal, Venezuela”, coordenados pela Profa. Maria Fátima de Sousa, no NESP/CEAM/UnB.

Os entrevistadores/integrantes do grupo de pesquisa foram capacitados para a aplicação das entrevistas semi-estruturadas e distribuídos para a execução das entrevistas nas unidades de análise selecionadas para participar da pesquisa, conforme mostram os quadros 2 e 3.

Quadro 3 – Cidades dos países participantes segundo data de viagem, distância da capital e pesquisadores, 2010 a 2012.

<b>País</b>	<b>Período de viagem</b>	<b>Cidades Visitadas</b>	<b>Distância entre as cidades</b>	<b>Pesquisadores Presentes</b>
<b>Canadá</b>	Outubro 2010	Montreal Quebec	Distância de Montreal: Quebec (235 km).	Maria Fátima; Ana Valéria; Edgar.
<b>Chile</b>	De 3 a 7 de outubro de 2011.	Santiago Concepción Talcahuano	Distância de Santiago: Concepción (519 km); Talcahuano (257 km).	Maria Fátima; Ana Valéria; Dais.
<b>Colômbia</b>	De 12 a 23 de fevereiro de 2011.	Bogotá Medelin Cali Pasto.	Distância de Bogotá: Medelin: (414 km); Cali (440 km); Pasto (798 km). <sup>1</sup>	Maria Fátima; Ana Valéria; Dais; Edgar.
<b>Peru</b>	De 25 de Junho a 2 de Julho de 2011.	Lima Ayacucho	Distância de Lima: Ayacucho (543 Km).	Edgar; Ana Valéria.
<b>Portugal</b>	De 08 a 13 de agosto de 2011.	Lisboa Cascais Coimbra Viana do Castelo.	Distância de Lisboa: Cascais (28 km); Coimbra (196 km, Duração: 2 horas);	Maria Fátima; Ana Valéria Dais

			Viana do Castelo (387 km, Duração: 3 horas e 40 min)	
<b>Venezuela</b>	De 16 a 23 de junho de 2012.	Caracas Maracay	Distância de Caracas: Maracay (120,9 km)	Maria Fátima; Ana Valéria; Dais; Edgar.

Quadro 4 – Cidades do Brasil participantes segundo data de viagem, distância da capital e pesquisadores, maio a setembro de 2012.

<b>País – Brasil</b>	<b>Período de viagem</b>	<b>Cidades Participantes</b>	<b>Distância entre as cidades</b>	<b>Pesquisadores Presentes</b>
<b>Paraíba</b>	01 a 04 de maio.	João Pessoa	_____	Dalila Tuset, Maria Vitória, Tiago Lorenzo.
<b>Pará</b>	20 a 25 de maio.	Ourilândia do Norte; Redenção	Distância de Ourilândia do Norte: Redenção (230 km).	Luciani Ricardi; Elaine Serpa; Maria Vitória.
<b>São Paulo</b>	10 a 13 de setembro.	Campinas, Amparo	Distância de Campinas: Amparo (72 km).	Luciani Ricardi, Caio William,
<b>Santa Catarina</b>	21 a 23 de agosto.	Florianópolis		Rafaela Forecchi, Maria Vitória.
<b>Rio Grande do Sul</b>	16 e 24 de agosto.	Vacaria		Dalila Tuset, Caio William, Rafaela Forecchi.

### **Aspectos Éticos da Pesquisa**

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, para que fossem observados os preceitos da Resolução 196/96, uma vez que essa era a resolução vigente no período de aprovação, a mesma dispõe sobre pesquisas com seres humanos, e aprovada conforme parecer no 084/12 em reunião no dia 03 de julho de 2012. (Anexo 1)

### **Desenvolvimento da tese**

**Primeiro passo: a revisão integrativa acerca da compreensão do termo integralidade.**

Esse método reúne e sintetiza os conceitos de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado<sup>45</sup>. Esta revisão abordou a temática da integralidade em saúde, na perspectiva da organização dos serviços de saúde. Como ponto de partida utilizamos a seguinte pergunta norteadora para a pesquisa: Quais conceitos foram utilizados nas discussões que envolvem o tema da integralidade numa perspectiva da organização dos serviços de saúde?

Foram consultadas as bases de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), The Cochrane Library, SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), Emerald Group Publishing Limited e o Banco de Teses da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

Utilizou-se para a investigação os descritores integralidade em saúde, assistência integral à saúde e serviços de saúde, bem como as key-words *integrality in health*, *comprehensive health care* e *health services*. Em algumas bases de dados não foi possível cruzar os três descritores, então a pesquisa foi realizada de descritor por descritor e refinadas pelos critérios de inclusão e exclusão deste estudo, foram o caso dos bancos de dados da Cochrane e Emerald. No banco de dados do LILACS não foi encontrado o descritor integralidade em saúde, logo, foram cruzados apenas os demais descritores.

Foram adotados como critérios de inclusão os estudos produzidos no período de 1988 à 2014, responderem à pergunta norteadora, se tratar de uma tese, e possuírem seus resumos disponíveis no formato on-line.

Como critérios de exclusão, consideramos os estudos que estivessem fora do período em análise, os estudos que não respondessem à pergunta norteadora, outros tipos de estudo como artigos, revisões, documentos e conferências, obras repetidas por constarem em mais de uma base de dados investigadas, e obras que não disponibilizaram seu resumo no formato on-line.

Após a seleção das obras que contemplam os critérios de inclusão no estudo, foi realizada uma análise dos resumos para levantamento dos conceitos. Os conceitos foram categorizados e realizada análise dialogada com a literatura que aborda a temática.

As categorias identificadas foram: cuidado integral e holístico, integralidade na micropolítica, integralidade na macropolítica, Cuidado integral e holístico/

Integralidade na micropolítica, Cuidado integral e holístico/ Integralidade na macropolítica, e a Integralidade na micropolítica/macropolítica.

**Segundo passo: A comparação da atenção primária em saúde no Brasil e na Venezuela.**

O método e técnicas empregadas foram os mesmos da “Pesquisa Original”.

Os participantes de pesquisa na Venezuela foram representantes do MPPS (MS1, MS2, MS3), da direção do atendimento primário do MPPS (APS), da direção de OTICS (OTICS), da direção nacional de Saúde Indígena (SI), da Faculdade de Medicina da Universidade Central da Venezuela (UCV) e do Programa de Medicina Comunitária Integrada da Universidade Bolivariana da Venezuela (UBV).

Foram selecionadas no Brasil, para a pesquisa, as seguintes experiências: Reorganização da demanda para atendimento odontológico no município de Amparo – SP; Programa de recuperação nutricional para população indígena no município de Ourilândia do Norte/PA; Implantação do modelo de apoio matricial em saúde mental no município de Florianópolis/SC; ACS como agente motivador da participação comunitária no município de Vacaria/RS; ACS — Agente Ator Comunitário de Saúde: um exemplo de educação permanente em saúde em João Pessoa/PB; Reciclar com saúde em Campinas/SP<sup>15</sup>.

Quanto à análise comparada de sistemas, considera-se que:

“Comparar é buscar semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ser contemporâneos ou não, que ocorram em espaços distintos ou não, para melhor compreendê-los<sup>46</sup>.”

A utilização desta metodologia no campo da saúde coletiva é relativamente nova. Essa contribuição crescente nos estudos de sistemas de saúde ocorre num momento de ampliação dos serviços devido ao aumento da intervenção governamental nas políticas sociais e de saúde no século XIX. Exige ainda um rigor metodológico que considere as múltiplas determinações do processo saúde-doença.<sup>46</sup>

Transcreveu-se e traduziu-se todas as entrevistas realizadas na Venezuela por empresa especializada, organizou-se e categorizou-se as falas de ambos os países por meio do software NVIVO 9.0 e analisou-se comparativamente.

Para a análise das informações, utilizamos a Análise de conteúdo de Bardin, definida como um método/técnica aplicável nas investigações quantitativas e qualitativas, com aplicações diferentes, onde na primeira prioriza-se a frequência das características do conteúdo e na segunda, é levado em consideração a presença ou não de uma característica, ou de um conjunto delas<sup>47</sup>.

As categorias emergentes na pré-análise das informações apreendidas foram as que seguem: política nacional de saúde, organização da APS, representatividade da APS e composição da equipe de APS.

### **Terceiro passo: A comparação da integralidade na APS no Brasil e na Venezuela.**

Manteve-se o método e as técnicas utilizados na “Pesquisa Original”.

Os participantes da pesquisa na Venezuela foram informantes chave gestores dos Serviços Públicos de Saúde do Estado, na APS, desenvolvida por equipes multiprofissionais, com a vinculação de agentes comunitários de saúde, ou função similar, totalizando sete participantes: Ministério da Saúde, Mission Barrio Adentro I, Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde, Tecnologia, Informação e Comunicação em Saúde e Gestor da Saúde Indígena.

Os participantes de pesquisa no Brasil foram profissionais e gestores das equipes de ESF das experiências selecionadas. Configurando como “unidades de análise” no caso brasileiro: Amparo/SP, Campinas/SP, Florianópolis/SC, João Pessoa/PB, Ourilândia do Norte/PA e Vacaria/RS. Os participantes foram agrupados por município e denominados “unidades de análise”, pois compreendemos que a categoria profissional não interfere na análise das informações apreendidas, pois tem foco na experiência em si.

Todas as informações apreendidas com as entrevistas semiestruturadas foram gravadas e traduzidas (no caso venezuelano), sendo posteriormente organizadas e categorizadas por meio do *software* NVIVO 9.0, e analisadas comparativamente.

Utilizou-se, como marco teórico para a verificação das entrevistas, a Análise de Conteúdo de Bardin, concebida como “um conjunto de instrumentos metodológicos que se presta a analisar diferentes fontes de conteúdos (verbais ou não verbais), e quanto a interpretação, a análise de conteúdo transita entre dois polos: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade”. O método exige

ainda o cumprimento rigoroso das etapas propostas, dando fidedignidade à análise<sup>48</sup>.

A categoria utilizada foi a integralidade. Buscou-se apreender das entrevistas todos os sentidos da integralidade relatados nos discursos, adotados como subcategorias: integralidade como cuidado holístico, integralidade como cuidado integrado na micropolítica, integralidade na macropolítica dos serviços de saúde, intersectorialidade e a formação médica.

### **Metodologia empregada para a análise das informações.**

A análise das informações apreendidas começaram por meio das gravações e traduções das entrevistas semi-estruturadas. Em seguida, com auxílio do software NVIVO 9.0, realizou-se a categorização das informações apreendidas.

Utilizou-se como marco teórico para a análise dos dados desta pesquisa a Análise de Conteúdo. O autor justifica sua técnica de análise qualitativa em três fenômenos primordiais que afetaram a investigação qualitativa e a análise de conteúdo a partir de 1960: o recurso ao computador, o interesse pelos estudos que abordam as comunicações não-verbais, e a inviabilidade de precisão dos trabalhos linguísticos<sup>49</sup>.

“A Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações<sup>49</sup>.”

Por meio desta técnica, os pesquisadores buscam a compreensão dos conceitos trazidos pela comunicação não verbal e verbal (fala, escrita), em geral, negam e criticam considerar a frequência das informações e características da fala como critério de objetividade e cientificidade e tentam extrapolar o alcance descritivo da informação, com o objetivo, mediante a inferência, de uma análise mais profunda<sup>50</sup>.

Existem várias modalidades de análise de conteúdo, para fins desta tese, valeu-se da Análise Temática, considerada mais simples e mais adequada para as investigações qualitativas em saúde. Consiste em desvendar os núcleos de sentido

que compõem uma comunicação, e que corroborem com objeto de investigação analisado<sup>50</sup>.

Para aplicabilidade do método/técnica da análise de conteúdo, na perspectiva da análise temática, faz-se necessário a execução de três etapas: a pré-análise, a exploração do material, e o tratamento dos resultados (inferência e interpretação)<sup>50</sup>.

A Pré-análise consiste na sistematização das informações a serem analisadas e na recuperação das hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa. Pode ser conduzida mediante o cumprimento das seguintes tarefas: a leitura flutuante, a constituição do corpus, e a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos<sup>50</sup>.

Quadro 5: Tarefas da Fase de Pré-análise da Análise de Conteúdo<sup>50</sup>

<b>Tarefas</b>	<b>Descrição</b>
Leitura Flutuante	Momento de contato direto e intenso do pesquisador com as informações apreendidas no campo.  Permitir a impregnação pelo conteúdo apreciado.
Constituição do Corpus	Conferir validade qualitativa.  Exaustividade: completar aspectos levantados no roteiro  Representatividade: características essenciais do universo estudado  Homogeneidade: critérios precisos de escolha dos temas, técnicas e atributos dos interlocutores  Pertinência: dar respostas aos objetivos da pesquisa
Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos	Leitura exaustiva das informações apreendidas e retomada das indagações iniciais.  Existe a possibilidade de correção dos rumos interpretativos ou abertura para novas indagações.

Temos como produto da fase pré-analítica a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (demarcação do contexto de interpretação da unidade de registro), a categorização geral. Estes produtos orientaram a análise<sup>50</sup>.

A segunda etapa consiste na exploração do material, que possui como objetivo principal a categorização de forma a alcançar o núcleo de interpretação do texto. A terceira etapa representa o tratamento das informações apreendidas e a interpretação. Propõe a realização de inferências e interpretações do material, e relacionar com o arcabouço teórico desenhado inicialmente<sup>50</sup>.

“A análise de conteúdo caracteriza-se como um método específico, que parece mais claro e factível, em função da elaboração esquemática que o sustenta passo a passo, tornando-o mais rigoroso e menos ambíguo.”<sup>48</sup>

A Análise de Conteúdo, pela análise temática, como conduzimos para fins desta tese, tenta de uma forma geral encontrar significados por meio de indicadores que estão relacionados, categorizar um segmento ou trecho do material significa atribuí-lo à classes de equivalências definidas, em função da interpretação do pesquisador, o que exige do mesmo competências psicológicas complementares como: a fineza, a sensibilidade, a flexibilidade, para que possa capturar o que realmente está alinhado as hipóteses e aos objetivos de pesquisa<sup>51</sup>.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

# **ARTIGO 1**

## **Os Caminhos da Integralidade no Sistema de Saúde Brasileiro: uma revisão integrativa.**

### **Introdução**

O termo integralidade começou a tomar magnitude nas discussões políticas e sociais brasileiras na década de 80, culminando na Constituição de 88, que traz como conquista para o povo brasileiro, em seu artigo 198, a organização das ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada e constituindo um sistema único com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e, participação da comunidade.<sup>1</sup>

O Brasil deu continuidade à discussão levando as conquistas na Constituição de 88 para a elaboração e aprovação da Lei 8.080/90, que, dentre outros, traz como diretriz a integralidade da assistência, compreendida como:

Conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.<sup>2</sup>

O termo integralidade possui diversos conceitos e interpretações. Discutem-se uma linha de pensamento que traz a característica de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde, com articulação das ações preventivas e assistenciais. Um segundo sentido diz respeito à organização dos serviços de saúde, e ainda um terceiro refere-se à própria prática de saúde como cuidado integral e holístico.<sup>3</sup>

A integralidade, indissociada do cuidado, traduz a visão de atenção ao indivíduo, de forma particularizada e específica, bem como abordagem do indivíduo como um todo, nas suas necessidades bio-psico-sociais. Leonardo Boff (1999) traz a visão de cuidado integral como uma busca pelo equilíbrio entre corpo, a mente e o espírito, e convocação do médico (corpo), terapeuta (mente) e sacerdote (espírito) para trabalharem juntos visando a totalidade do ser humano.<sup>4</sup> Segundo Vasconcelos e Pasche (2006), temos a seguinte definição para integralidade:

...pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos. Esse princípio orienta a expansão e qualificação das ações e serviços de saúde do SUS que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter intersectorial.<sup>5</sup>

Numa perspectiva de atenção à saúde integral, onde o indivíduo tem as suas necessidades individuais atendidas nos equipamentos de saúde dos diferentes níveis de complexidade, vêm se traduzindo na concepção de linha de cuidado, transversalizando todo o sistema de saúde, ou os serviços ofertados na micropolítica institucional. Esta conexão transcende o sistema de referência e contra-referência e contempla práticas adotadas na Política de Segurança do Paciente e Humanização, trazendo a Estratégia Saúde da Família como ordenadora de todo o sistema de saúde.

Consideramos a macropolítica como o espaço para articulação interinstitucional e intersectorial da assistência à saúde, entendida como campo privilegiado de análise no qual se operam as transformações estruturais de ordem política, econômica e social. E a micropolítica, compreendida como campo que diz respeito às questões do cotidiano, ou referidas ao domínio individual/subjetivo e/ou interindividual/intersubjetivo, entendida como espaço aonde ocorrem o trabalho vivo em saúde, onde as interações profissional e usuário ocorrem pautadas no acolhimento, firmamento de vínculos e responsabilização.<sup>6</sup>

Para Paim (2009), a integralidade da assistência contempla também a continuidade do atendimento, quando necessário, em distintos níveis: a atenção básica ou atenção primária à saúde, a atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar. O cuidado em saúde perpassa por toda rede de cuidados em saúde, direcionada pelo plano terapêutico singular, que atende às necessidades singulares de cada indivíduo, e essa assistência poderá ser organizada a nível interinstitucional (microprocessos/micropolítica), como poderá extrapolar para outros níveis de complexidade e de abordagens intersectoriais, no âmbito dos macroprocessos/macropolítica do sistema.<sup>7</sup>

Quanto aos serviços de saúde, a Organização Mundial da Saúde - OMS conceitua como o conjunto das atividades cujo propósito primário é promover,

restaurar e manter a saúde de uma população. Ou seja, a resposta que o Estado criou para as demandas multisetoriais da população com foco, mas não exclusivo, para a saúde das comunidades. Nos últimos anos, estes serviços realizaram um movimento na tentativa de atender à diretriz da integralidade, iniciando uma reflexão acerca da sua organização em Rede.<sup>8</sup>

Os sistemas de serviços de saúde se diferenciam dos sistemas de saúde uma vez que o último está caracterizado como um sistema social temático e unisetorial, e saúde, entendida como a manifestação objetiva das condições de vida de uma população determinada e resultante da ação intersectorial de diferentes sistemas sociais, mais ou menos complexos.<sup>9</sup> Neste estudo adotamos o conceito de sistemas de saúde, abrangendo a atuação multiprofissional e intersectorial para produção do cuidado em saúde.

Conhecer as diferentes abordagens adotadas para discutir a integralidade nos serviços de saúde apresenta um campo de análise para a polissemia da integralidade, bem como fundamenta as ações e direcionamentos a serem adotados pelas Redes de Atenção à Saúde e na construção e monitoramento das Linhas de Cuidado.

## **OBJETIVO DO ESTUDO**

Este estudo tem como objetivo discutir as abordagens desenhadas em torno da integralidade numa perspectiva de organização dos serviços de saúde.

## **METODOLOGIA UTILIZADA**

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Esse método reúne e sintetiza os conceitos de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.<sup>10</sup> Esta revisão aborda a temática da integralidade em saúde, sob o ponto de vista da organização dos serviços de saúde. Inicialmente utilizamos a seguinte pergunta norteadora: Quais abordagens foram utilizadas nas teses que envolvem o tema da integralidade numa perspectiva da organização dos serviços de saúde?

Foram consultados as bases de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), The Cochrane Library, SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), Emerald Group Publishing Limited e o Banco de Teses da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

Utilizamos para a investigação os descritores integralidade em saúde, assistência integral à saúde e serviços de saúde, bem como as key-words *integrality in health*, *comprehensive health care* e *health services*. Em algumas bases de dados não foi possível cruzar os três descritores, então a pesquisa foi realizada de descritor por descritor e refinadas pelos critérios de inclusão e exclusão deste estudo, foram o caso dos bancos de dados da Cochrane e Emerald. No banco de dados do LILACS não foi encontrado o descritor integralidade em saúde, logo, foram cruzados apenas os demais descritores.

Os descritores em saúde – Decs/BVS - descrevem integralidade em saúde, assistência integral à saúde e serviços de saúde, respectivamente, como:

Princípio fundamental de sistemas públicos de saúde que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, não excluindo nenhuma doença, com prioridade para atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais. A integralidade supõe um cuidado à saúde e uma gestão setorial que reconheça a autonomia e a diversidade cultural e social das pessoas e das populações.<sup>11</sup>

Provisão de todo tipo de assistência individualizada de saúde para diagnóstico, tratamento, acompanhamento e reabilitação de pacientes.<sup>11</sup>

Constituem um sistema organizado para a provisão de cuidados de saúde num país. A gama de serviços varia de acordo com o país e inclui desde serviços preventivos até cuidados a pacientes internados ou não.<sup>11</sup>

Foram adotados como critérios de inclusão os estudos produzidos no período de 1988 à 2014, responderem à pergunta norteadora, se tratar de uma tese, e possuírem seus resumos disponíveis no formato on-line. A opção pela tese ocorre por ser considerada um atributo na comunidade científica.

Como critérios de exclusão, consideramos os estudos que estivessem fora do período em análise, os estudos que não respondessem à pergunta norteadora, outros tipos de estudo como artigos, revisões, documentos e conferências, obras repetidas

por constarem em mais de uma base de dados investigadas, e obras que não disponibilizaram seu resumo no formato on-line.

Após a seleção das obras que contemplam os critérios de inclusão no estudo, foi realizada uma análise dos resumos para levantamento dos conceitos. Os conceitos foram categorizados e realizada análise dialogada com a literatura que aborda a temática.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados um total de 313 obras, e após refinamento utilizando os critérios de inclusão e exclusão, restaram 44 teses a serem analisadas conforme a pergunta de estudo, conforme detalha o quadro 1:

Quadro 1: Estudos encontrados em pesquisa base de dados, 2014.

<b>Aplicação dos critérios</b>	SCIELO	MEDLINE	LILACS	COCHRANE	EMERALD	CAPES	<b>Total</b>
1.Obras encontradas	16	55	79	106	15	42	313
2.Dentro do periodo	13	14	69	99	15	42	252
3.Teses	0	0	17	2	0	42	61
4. Obras analisadas (responde m à pergunta)	0	0	07	1	0	36	44
<b>Total</b>	0	0	07	1	0	36	44

Fonte: Estudo de Revisão Integrativa.

Com a leitura das 44 teses, foram identificadas três categorias que abordaram o tema da integralidade. A primeira diz respeito ao cuidado integral, holístico e individualizado, que acontece entre profissional de saúde e usuário. A segunda refere-se à integralidade do cuidado numa esfera da micropolítica dos serviços de saúde. A terceira traz a integralidade do cuidado na perspectiva mais ampla do

sistema de saúde incluindo a intersectorialidade. A distribuição das teses por conceitos abordados estão expressas na tabela 2:

Quadro 2: Distribuição das teses analisadas por conceito abordado.

<b>Conceito abordado</b>	<b>Número de teses</b>
Cuidado integral e holístico	17
Integralidade na micropolítica	13
Integralidade na macropolítica	21
Cuidado integral e holístico/ Integralidade na micropolítica	6
Cuidado integral e holístico/ Integralidade na macropolítica	2
Integralidade na micropolítica/macropolítica	0

Fonte: Estudo de Revisão Integrativa.

Observou-se ainda que alguns estudos se estendem a discussão da integralidade em mais de um conceito, ou seja, amplia a sua visão nas discussões acerca deste tema polissêmico, assumindo suas múltiplas abordagens, e suas complementaridades.

O cuidado integral vêm sendo descrito juntamente às discussões acerca do processo saúde-doença como uma abordagem holística ao indivíduo assistido. Podemos considerar ainda a abordagem individual e singular ao usuário que procura os serviços de saúde, com suas especificidades.

Os estudos analisados traduzem a integralidade, sob a ótica da abordagem integral e holística dos usuários como segue:

A intersexualidade é configurada especialmente pelo saber médico, que a classifica como uma má formação congênita, uma anormalidade, um erro. O intersexual passa a ser visto a partir da dimensão orgânica, perdendo-se a perspectiva da pessoa como um todo.<sup>12</sup>

Essas conversações produzidas foram suficientes ora para gerar autoanálise e reflexões das práticas vigentes, visando desconstruir aspectos de um projeto tradicional, vinculado ao homem fragmentado, ora para gerar primeiras aproximações do sentido da integralidade, enquanto uma postura de articulação de diversos tipos de tecnologias para responder às necessidades de várias naturezas dos usuários.<sup>13</sup>

De difícil definição, tem-se optado por tomá-la como imagem objetivo, que remete a teorias e práticas que almejam superar um reducionismo biomédico na saúde, pautando na formação médica a inclusão e articulação de dimensões do humano como o psicológico, social, cultural e espiritual. Para desenvolver este olhar mais qualitativo em sua vida profissional, o médico pode realizar atividades que fortaleçam esta postura artística e

contemplativa diante do ser humano e da natureza, envolvendo o reconhecimento e a experimentação de seu próprio universo de pensamentos, sentimentos e vontades, assim como das experiências que lhe chegam do mundo através de seus sentidos físicos.<sup>14</sup>

A integralidade é um dos princípios orientadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e visa superar a fragmentação das práticas de saúde, garantindo uma atenção holística às necessidades de saúde da população. Na categoria elementos para atenção integral, o atendimento multiprofissional, o atendimento humanizado, as atividades educativas e a integração profissional foram apontados como necessários para a integralidade. Os elementos apontados como necessários para uma atenção integral correspondem à integralidade em sua dimensão de abordagem integral das necessidades do usuário.<sup>15</sup>

Verificou-se que o cuidado é percebido como ato de solidariedade e atributo profissional; apoio às famílias em suas múltiplas necessidades; e articulação de ações interdisciplinares de prevenção, promoção e tratamento, visando qualidade de vida. A integralidade do cuidado permeia a noção de autonomia profissional e criação de vínculos de confiança e responsabilização, inserindo os usuários em todas as ações; o sujeito é percebido em sua totalidade, contextualizando a família na determinação e no enfrentamento dos problemas; e demanda a integração com demais serviços.<sup>16</sup>

O entendimento do outro como um ser integral, humano, com aspirações, sentimentos e desejos bem como o exercício profissional ancorado em posturas responsáveis, comprometidas e humanizadas são temas que permeiam todas as áreas do saber em saúde, ou deveriam.<sup>17</sup>

Algumas teses neste estudo ressaltam o sentido atribuído à integralidade no Programa Saúde da Família numa visão ampliada do ser humano, ao considerar a cultura, o ambiente, os anseios, os costumes, os valores e as crenças, inerentes a cada grupo da comunidade cuidado, respeitando, assim, o seu contexto de vida, as necessidades sentidas dos sujeitos individuais e coletivos e suas relações com outros determinantes.<sup>18</sup>

Quando nos referimos à formação de profissionais de saúde sensibilizados à prática de um cuidado integral e holístico, observamos as seguintes ponderações:

...na formação docente como forma de conceber o indivíduo como um ser integral, discutindo a forma como os futuros educadores procederão em sua prática educativa.<sup>19</sup>

A educação popular constituiu um caminho possível para a construção da prática da integralidade, sensibilizando as futuras enfermeiras para a produção de vínculos afetivos e políticos, dialógicos e terapêuticos, que implicam alteridade e nos desafiam a pensar o cuidado como valor ético e político constitutivo da humanização da vida em sociedade.<sup>20</sup>

Mesmo com mudanças no currículo médico e com a introdução de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, são transmitidos ao médico em formação apenas modos de fazer a clínica sempre a partir de si (isolada

ou individualmente) e não em coletivos, em equipes ou em sistemas de saúde. Não se observa compromisso com um sistema de saúde, com "sistemas de práticas" ou com a cidadania; não há discussão sobre posicionamentos políticos e a construção de sociedade não é uma questão.<sup>21</sup>

Um modelo de assistência à saúde, fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS, requer profissionais com competência técnica e ética, capazes de compreender que múltiplos focos contribuem para seu entendimento e valorização. Para tanto, mostra-se necessário um ensino em saúde que propicie a formação de profissionais comprometidos com a integralidade e interdisciplinaridade, atores ativos no processo de melhoria da resolutividade do sistema de saúde. Nesta abordagem, de responsabilidades compartilhadas entre o sistema de saúde e as instituições de ensino, cabe ao profissional e docente de cada área buscar capacitar-se para desenvolver práticas que dêem significado ao cuidado, qualidade de vida e humanização nas relações. Desempenhando sua função dentro do saber da sua formação, criando zonas de fronteira entre os demais saberes em saúde e privilegiando a aprendizagem mútua e o desenvolvimento de ações conjuntas, criam-se condições nas quais não sobressai o saber de nenhuma profissão e sim o trabalho e educação em equipe.<sup>22</sup>

A integralidade também significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população assistida nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.<sup>23</sup> Os estudos analisados trouxeram também a dimensão de integralidade como organização do processo de trabalho institucional, no âmbito da micropolítica:

O distanciamento da integralidade na forma como abordam suas práticas, pode ser identificado através da ausência de referência às questões envolvendo o vínculo, acolhimento e a integração da prevenção e promoção à saúde em seus processos de trabalho.<sup>24</sup>

Há vulnerabilidade na efetivação da integralidade: falta de materiais para atividades educativas; baixa oferta de testes de detecção de sífilis à gestante e teste anti- HIV no pré-natal; demora no retorno do resultado do exame anti-HIV; baixa indicação do tratamento com Penicilina Benzatina ao parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis; não realização da abordagem consentida para solicitação de teste para HIV à gestante ou para a população geral; falta de capacitação para realização da abordagem

sindrômica das DST e aconselhamento na oferta do teste do HIV; falta de contrarreferência às UBS, DST/aids. Conclui-se que a integralidade traduzida em práticas de saúde na atenção às DST/HIV/aids possibilitou visualizar as vulnerabilidades programáticas nas UBS e apontou desafios para sua efetivação.<sup>25</sup>

Os usuários percebem o acolhimento, a resolubilidade, a ambiência, a boa interação dos profissionais-usuários, o agenciamento de medicamentos e a humanização como os principais aspectos concernentes ao atendimento de qualidade em saúde mental.<sup>26</sup>

A Política Nacional de Humanização (PNH), entendida não só como um modelo de teoria e ação médica ou simples processo de dinamização dos serviços de atenção básica prestados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas como um instrumento fundamental à integralidade para impulsionar a democratização ao direito à saúde e a promoção da cultura de solidariedade nos serviços de saúde. Interessa-nos examinar mais especificamente o processo de implantação do dispositivo do Acolhimento no âmbito da Atenção Básica ao pré-natal sob duas categorias de análise: acesso e produção da linha de cuidado entre profissionais e usuárias. Sobre a reorganização e desburocratização do processo de trabalho nas ações observamos que esses aspectos tem se mostrado passíveis de mudança efetivas com a utilização da diretriz do Acolhimento, uma vez que esta proporcionou um novo fluxo do acesso das gestantes na USF. Tendo a integralidade como parâmetro de análise do acolhimento na atenção ao pré-natal nas dimensões abordadas, este estudo apontou que apesar dos avanços obtidos na implantação da política, ainda existe longo caminho a se percorrer até que a oferta de ações e serviços de saúde seja realmente compatível com as previstas constitucionalmente, de modo a suprir a todas as necessidades de saúde das usuárias, expressas através da garantia dos direitos reprodutivos.<sup>27</sup>

Para estimar o grau de implantação da integralidade nas unidades de saúde da família trabalhou-se com cinco dimensões: acolhimento, longitudinalidade, coordenação da atenção, oferta de ações e continuidade da atenção. Foram discutidas as implicações da insuficiência da operacionalização da diretriz da integralidade da atenção principalmente no que diz respeito à organização dos serviços e das práticas dos profissionais de saúde identificando alguns dos obstáculos e possibilidades para o desenvolvimento de práticas integrais de saúde relacionados à posição ocupada pelos agentes das práticas no espaço da estratégia da Saúde da Família.<sup>28</sup>

Os achados das teses analisadas nos mostram uma abordagem das práticas cotidianas do trabalho vivo em saúde como centro da produção de cuidado continuado e singular. Prevalece no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário.<sup>29</sup> Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado.<sup>30</sup>

O setor público vem se adequando a ter um atendimento voltado para as dimensões bio-psíquico-social dos indivíduos com ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, essas ações são pouco utilizadas na saúde suplementar. As práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ainda são utilizadas de forma acessória ou desconsideradas, com pouquíssimo ou nenhum impacto sobre a saúde dos beneficiários. O modo de cuidar não cria vínculo, e não prioriza a utilização das tecnologias leves, como mostra os trechos a seguir:

O processo de acolhimento realizado por prestadores foi considerado satisfatório, mas insatisfatório quanto ao atendimento do plano. O processo de vínculo e responsabilização foi considerado inadequado. Fragmentação do cuidado, desarticulação entre prestadores, ausência de oferta de referências médicas e desconhecimento das práticas dos prestadores por parte da operadora. Houve baixa influência da operadora nas trajetórias terapêuticas (75% dos pacientes entrevistados procuraram médicos não credenciados) o que pode ter impactado na resolutividade dos casos.<sup>31</sup>

A pesquisa sobre os Programas de Promoção e Prevenção na Saúde Suplementar tem uma importância fundamental, pois trata de investigar uma tendência mundial de adotar novas modelagens de cuidado, para fazer frente aos altos custos de sua produção.<sup>32</sup>

No Brasil, as relações de consumo do setor suplementar são diferentes das relações estabelecidas no sistema público de saúde (SUS), onde são assistidos todos os cidadãos com direitos de cidadania, garantidos pelo Estado. Esta perspectiva reduz a integralidade no setor privado suplementar a um conjunto de serviços especificados em um acordo e sua garantia é a de efetivação desse contrato. Essas características deixam clara a fragmentação do cuidado no sistema suplementar, onde a forma de contrato com o usuário dificulta essa articulação entre os níveis de complexidade, comprometendo a continuidade do cuidado.<sup>33</sup>

Com a judicialização do setor da saúde, numa busca da sociedade de manter seu direito constitucional ao cuidado integral e à integralidade na assistência à saúde, as teses analisadas expressaram-se da seguinte forma:

O fenômeno da judicialização da saúde tem adquirido maior visibilidade potencializado, de um lado, pela visível, porém discreta, melhora nas condições de acesso à justiça; de outro, pelo baixo investimento público em saúde, determinante do incremento das demandas não atendidas pela vias ordinárias extrajudiciais de suprimento de medicamentos. Assim, desde que atuando de forma residual e no estrito espaço das omissões governamentais na implementação da Política Nacional de Medicamentos ou, ainda, se esta política for formulada em desacordo com as previsões

constitucionais de integralidade e universalidade, o Judiciário não só pode como deve atuar, sob pena de se omitir ante o seu dever constitucional.<sup>34</sup>

Apresenta-se no Brasil como fenômeno recente uma tendência crescente dos cidadãos em solicitar do Estado, pela via judicial, diversas ações e serviços relacionados à saúde, principalmente medicamentos, gerando impactos significativos sobre o orçamento público. A utilização do Poder Judiciário para adquirir determinados tratamentos de saúde baseia-se no princípio instituído pelo Artigo 196 da Constituição Federal de 1988: A saúde é direito de todos e dever do Estado. Dessa forma, o Estado brasileiro comprometeu-se em garantir a universalidade e a integralidade nos serviços de atenção à saúde, porém logo surgiram problemas relacionados ao financiamento e execução dos serviços, intensificados ao longo dos anos 2000 com a não regulamentação da Emenda Constitucional 29. Também a partir desse período, os gastos despendidos para a execução de um número crescente de ações judiciais passaram a gerar impactos excessivos para o Poder Executivo, contribuindo para inviabilizar a execução das políticas públicas previamente determinadas.<sup>35</sup>

Uma vez que o direito à saúde é constitucional, a judicialização da saúde vem tomando maior destaque nas discussões interdisciplinares, pois envolvemos múltiplos saberes, incluindo o direito à atenção integral e suas multifaces como discutimos neste estudo. Para Costa e Sousa Junior (2009), surgiu possivelmente de uma experiência brasileira carregada de ampla participação política dos sujeitos sociais e presença ativa na esfera pública para formar opiniões o trator impulsionador que conduziu o problema da saúde à categoria de direito social positivado, transformando a saúde em direito garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços.<sup>36</sup>

Em termos prospectivos, pode-se afirmar que a integralidade do cuidado à saúde é, sem dúvida, um dos principais desafios do SUS aos seus vinte e seis anos de existência, uma vez que observamos a evolução do SUS em políticas e práticas que conseguem abordar os princípios da universalidade e da equidade, mas para a integralidade, ainda nos deparamos com grandes obstáculos. Para a consecução desse objetivo, é imprescindível a estruturação e condução de uma rede integrada de serviços, o que implica repensar o modelo de municipalização no SUS até recentemente, e requer o fortalecimento da esfera estadual, a quem compete o desenho e a estruturação de regiões sanitárias com redes intermunicipais integradas de serviços. Por sua vez, a capacidade de condução do sistema estadual de saúde regionalizado a partir de redes integradas de serviços requer, de um lado, fortalecer a capacidade técnica e política dos gestores do SUS e, por outro, adotar

instrumentos de condução e regulação dos prestadores de serviços de saúde.<sup>37</sup> Alguns estudos analisados abordaram a integralidade na sua visão mais ampla, ou seja, como arranjo organizacional de todo o sistema único de saúde, de forma a garantir a continuidade da assistência à população, envolvendo todas as esferas administrativas como citam a seguir:

Integralidade pode ser entendida como um conjunto de medidas articuladas, preventivas e curativas, que visam promover a saúde em sua totalidade.<sup>38</sup>

A articulação é apresentada como elemento chave entre: ações e serviços, esferas governamentais, níveis de atenção e para o desenvolvimento do trabalho das equipes multiprofissionais.<sup>39</sup>

A Programação Pactuada Integrada/PPI foi introduzida no Sistema Único de Saúde, a partir de 1996, como instrumento de planejamento da alocação de recursos mediante relações intergovernamentais, no sentido da operacionalização do princípio da integralidade da atenção.<sup>40</sup>

Para garantir a integralidade é necessário operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais, incluindo a polêmica atenção hospitalar. Partindo da prerrogativa de que o Programa Saúde da Família é responsável por uma maior resolutividade da assistência prestada reduzindo a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários. A resolutividade na atenção básica está relacionada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, ou seja, tecnologias leves, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação do profissional com o usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde.<sup>30</sup>

Mas o exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário contribuem ainda para a baixa resolutividade na rede básica.<sup>41</sup> A principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades, está na organização dos processos de trabalho.

A integralidade é fundamental na busca por uma atenção em saúde mais qualificada para a população e, portanto considerada um dos pilares do SUS. Mesmo com os inúmeros avanços do SUS pode-se considerar que dentre seus princípios o da integralidade talvez seja o menos visível no sistema e nas práticas, pois demanda novos arranjos organizacionais.<sup>42</sup>

A estratégia escolhida, a seguir, para romper com o modelo hegemônico de atenção à saúde foi o Programa Saúde da Família (PSF). Esta pesquisa analisou a implantação desse programa, no Município [...] tendo por foco o cumprimento dos princípios da Integralidade e da Participação da população, a redefinição da rubrica orçamentária, formulação de políticas de recursos humanos para fixação de profissionais de saúde, não à política de terceirização como norma, priorização do PSF para reorganizar a atenção primária de saúde e redimensionamento da sua área de abrangência, aperfeiçoamento do sistema de referência e contra-referência com a informatização da rede de serviços de saúde e o uso permanente da intersetorialidade no planejamento das ações de saúde.<sup>43</sup>

Os relatos dos entrevistados revelam que a política municipal de saúde mental é uma realidade, porém existem interferências tanto na área gerencial quanto das práticas em saúde, contribuindo para o distanciamento dessa mesma política. Assim foi possível concluir que a rede de serviços é complexa, porém não existe de fato como rede. Isto implica diretamente na perda da dimensão cuidadora que é o princípio básico da integralidade.<sup>44</sup>

Pode-se perceber que o modelo de cuidado desenvolvido na atenção básica ancora-se no profissional de saúde e não nas necessidades que acompanham os usuários. Visualizamos a falta de conhecimento dos profissionais que atuam na atenção básica sobre os serviços e assistência especializada em saúde mental, fato que traz prejuízos para o alcance de uma rede integralizada.<sup>45</sup>

Os resultados apontaram que, no contexto municipal, os processos de construção do SUS e suas políticas são marcados por descontinuidade, acertos e desacertos em relação às suas diretrizes. Chama atenção a grande heterogeneidade dos elementos político-administrativos que se constituem como correlação de forças em torno da organização dos serviços básicos de saúde na ESF, polarizando-se em componentes como: prioridade da gestão em torno da estratégia, descontinuidade político-administrativa e pulverização da estratégia no município.<sup>46</sup>

A efetivação desse princípio só será possível se os serviços de referência e contra-referência estiverem bem organizados. Considerou-se a necessidade de criar mecanismos que contribuam para a diminuição dessa taxa de absenteísmo favorecendo a otimização de uma assistência integral ao usuário do Sistema Único de Saúde.<sup>47</sup>

Alguns estudos analisados ampliaram sua análise para a abordagem da intersetorialidade como necessária para a efetivação da integralidade na organização do sistema de saúde:

Considerando a necessidade de assistência integral à saúde dos adolescentes e jovens, fortalecida pela implementação de ações intersetoriais, na prática de educação em saúde participativa e nas estratégias relacionais, imperioso se faz o surgimento.<sup>48</sup>

Através da integralidade busca-se superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas saudáveis. A integralidade é uma ferramenta fundamental dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na consolidação do SUS e ela não tem condições de ser desenvolvida por um único setor isoladamente. O trabalho em rede não resolveu todos os determinantes sociais do local, mas suas ações foram capazes de minimizar algumas iniquidades.<sup>49</sup>

Procurou-se compreender e perceber como são concretizados serviços e ações, observando-se também a relação entre policiais, secretarias, judiciário, ministério público e cidadãos. Apontou também para a emergência de se dar um novo significado, através da discussão sobre o exercício da ordem pública e da cidadania.<sup>50</sup>

A partir da realização deste estudo a tese que se apresenta é condição para materializar a integralidade, considerar todo o sistema de proteção social, nele o SUS e seus respectivos princípios e diretrizes. Nesta perspectiva, o assistente social pode contribuir significativamente, quando for elemento constitutivo da equipe básica, na articulação das diferentes políticas sociais, na apreensão da realidade social dos usuários, partindo do conceito ampliado de saúde e no deciframento das expressões da questão social.<sup>51</sup> (HOFFMANN E, 2011)

Uma vez que a nossa Constituição Federal (1988) conceitua a saúde como multideterminada, temos que adotar uma abordagem que contemple as suas multifatorialidade e multideterminismo, que no mínimo, necessita de uma assistência multiprofissional, incluindo setores externos à saúde, levando o usuário à transitar por todo o sistema de saúde. Ainda diante do direito à saúde expresso nas leis 8.080/90, 8.142/90 e Constituição Federal de 1988 de universalidade, equidade e integralidade na assistência à saúde dos cidadãos brasileiros, bem como participação popular, descentralização, regionalização como diretrizes para organização desta assistência.<sup>1,2,52</sup> E considera-se que:

...todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade...<sup>1</sup>

Conhecendo o que foi mencionado anteriormente e o perfil de morbimortalidade do brasileiro, que hoje expressa um considerável incremento nas doenças crônicas, e numa tentativa de se restabelecer a coerência entre estas necessidades da população e o SUS, surge uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder à estas condições que se apresentam, ou seja, a implantação de Redes de Atenção à Saúde.<sup>23</sup>

Silva e Magalhães Junior (2008) conceituam Redes de Atenção à Saúde como:

Uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde.<sup>33</sup>

Mendes (2012) adota como objetivos das redes de atenção à saúde melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde. As mesmas trazem como premissas mudanças em três elementos fundamentais: uma população e as regiões de saúde, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.<sup>53</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta revisão integrativa traz as diferentes abordagens e caminhos adotados nos últimos anos acerca da integralidade nos campos acadêmicos de produção do conhecimento. Nos permite compreender quem é esta integralidade que buscamos e construímos no nosso cotidiano de trabalho vivo na saúde. Identificamos três dimensões que são abordadas como distintas, mas na leitura dada aos seus conceitos, se tornam complementares, e todas indispensáveis para a oferta de assistência à saúde verdadeiramente integral, como exige a nossa legislação, e como a população necessita. A integralidade começa na abordagem do indivíduo como ele é, único, passando para o atendimento das suas necessidades, num fluxo contínuo de cuidados multiprofissionais e de diferentes tecnologias, permeando diferentes espaços, intra e inter institucionais, de forma a solucionar seu problema de saúde, chegando à articulação intersetorial extra-muros. Atrelados à este percurso, são exigidos aos profissionais que o conduzem, características inerentes ao sucesso do processo: acolhimento, vínculo e responsabilização.

O presente estudo nos remete à reflexão acerca dos avanços do SUS nestes vinte e seis anos de existência, os quais observamos ações e políticas que desenvolvem os princípios da universalidade e da equidade, e quanto à integralidade, ainda pouco se conseguiu alcançar. É de essencial importância que as modificações que acontecem no cotidiano dos serviços de saúde, direcionadas à

acomodação das práticas aos novos arranjos organizacionais voltados para a integralidade estejam alinhadas com as práticas e metodologias de ensino a serem empregadas nas instituições de ensino superior, de forma a qualificar ainda mais o ensino e a assistência, formando profissionais preparados para atender ao SUS respeitando o princípio da integralidade.

### Referências Bibliográficas

1. BRASIL. **Constituição Federal do Brasil**. 1988.
2. BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica de Saúde. 1990.
3. MATTOS RA. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004
4. BOFF L. **Concretizações do cuidado**. In: Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.p. 133-156.
5. VASCONCELOS CM, PASCHE DF. **O Sistema Único de Saúde**. In: Campos, G. W. S.; et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec / Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
6. NEVES CAB, HECKERT ALC. **Micropolítica do processo de acolhimento em saúde**. Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ, Ano 10, N.1, P. 151-168, 1º Quadrimeste de 2010.
7. PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p.60.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION – **The World Health Report 2000: health systems, improving performance**. Geneva, World Health Organization, 2000.
9. MENDES, E. **O sistema de serviços de saúde: o que os gestores da saúde deveriam saber sobre este sistema social complexo**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002, no prelo.
- 10.ROMAN AR, FRIEDLANDER MR. **Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem**. Cogitare Enferm. 1998 Jul-Dez; 3(2):109-12.
- 11.BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE - BVS. **Descritores em Saúde**. In: [www.bvs.org.br](http://www.bvs.org.br). Acesso em: 20/06/2014.
- 12.CAMPINHO, AKFC. **A Construção Dialógica De Identidade Em Pessoas**

- Intersexuais: O X E O Y Da Questão.** ' 01/04/2012 204 f. DOUTORADO em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA Biblioteca Depositária: BUS/UFBA.
13. BERNARDES, EH. **Sentidos De Integralidade Produzidos Com Trabalhadores De Saúde Em Relações Grupais** ' 01/09/2011 193 f. DOUTORADO em ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/ RIBEIRÃO PRETO Biblioteca Depositária: USP
14. WENCESLAU LD. **Por Uma Medicina Que Eduque, Por Uma Pedagogia Que Cure: As Contribuições De Rudolf Steiner À Integralidade Na Educação Médica.** ' 01/12/2011 187 f. MESTRADO ACADÊMICO em EDUCAÇÃO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA CENTRAL DA UFPE.
15. RODRIGUES GBA. **Integralidade E Atividade Física Na Atenção Ao Portador De Diabetes: Percepção Dos Coordenadores Do Programa De Educação E Controle Do Diabetes Do Distrito Federal** ' 01/08/2012 167 f. MESTRADO ACADÊMICO em EDUCAÇÃO FÍSICA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA Biblioteca Depositária: CENTRAL DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA.
16. ARCE, VAR. **A Integralidade Do Cuidado No Âmbito Da Estratégia Saúde Da Família No Distrito Federal: Um Estudo De Caso.** ' 01/05/2011 100 f. MESTRADO ACADÊMICO em CIÊNCIAS DA SAÚDE Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA Biblioteca Depositária: BCE.
17. ZENI P. **Abordagem Da Humanização Na Formação Acadêmica Dos Cursos Da Área Da Saúde** ' 01/12/2011 91 f. MESTRADO PROFISSIONAL em SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ Biblioteca Depositária: UNIVALI
18. PIRES VMMM, RODRIGUES VP, NASCIMENTO MAA. **Sentidos da Integralidade do Cuidado na Saúde da Família.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):622-7.
19. BOMTEMPO CC. **A Compreensão Dos Futuros Educadores Sobre Ludicidade: (Des)Preparados Para A Atuação Docente?** ' 01/08/2012 109 f. MESTRADO ACADÊMICO em PROCESSOS SOCIOEDUCATIVOS E

- PRÁTICAS ESCOLARES Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI Biblioteca Depositária: UFSJ
20. ROSA IM. **Educação Popular, Integralidade E Formação Em Enfermagem No Cenário Da Extensão Universitária** ' 01/05/2011 119 f. MESTRADO ACADÊMICO em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL Biblioteca Depositária: EENF/UFRGS
21. LOPES RD. **Ensino Da Saúde Para A Integralidade Da Atenção: Mobilização De Imaginários** ' 01/11/2011 167 f. MESTRADO ACADÊMICO em EDUCAÇÃO Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA SETORIAL DE EDUCAÇÃO
22. GARCIA MAA, PINTO ATBCS, ODONI APC, LONGHI BS, MACHADO LI, LINEK MDS, COSTA NA. **Interdisciplinaridade e Integralidade no Ensino em Saúde**. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 15(6):473-485, nov./dez., 2006
23. MENDES EV. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p.: 97.
24. BORGES DVL. **A Inserção Do Cirurgião-Dentista Na Atenção Primária À Saúde Do Município De Piraí: Desafios, Potencialidades E Percepções De Novas Práticas**. ' 01/12/2011 124 f. MESTRADO PROFISSIONAL em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO Biblioteca Depositária: CBC
25. VAL LF. **Desafios Da Integralidade Na Atenção Às Dst/Hiv/Aids: A Vulnerabilidade Programática Nas Unidades Básicas De Saúde Do Município De São Paulo** ' 01/11/2012 273 f. DOUTORADO em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO Biblioteca Depositária: WANDA DE AGUIAR HORTA.
26. BRANCO ABAC. **Integralidade E Humanização Em Saúde Mental: Experiências De Usuários Em Dois Centros De Atenção Psicossocial** ' 01/06/2012 164 f. MESTRADO ACADÊMICO em SAÚDE PÚBLICA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA DA FACULDADE DE MEDICINA
27. LIMA SL. **Acolhimento E Atenção Ao Pré-Natal:Um Olhar Para A Atenção Básica Em Saúde Da Família No Município De Itaboraí RJ** ' 01/02/2011 136 f. MESTRADO ACADÊMICO em POLÍTICA SOCIAL Instituição de

- Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA CENTRAL DO GRAGOATÁ - UFF
28. NUNES CA. **A Integralidade Da Atenção E O Programa De Saúde Da Família: Estudo De Caso Em Um Município Do Interior Da Bahia** ' 01/04/2011 164 f. DOUTORADO em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA Biblioteca Depositária: ISC/UFBA
29. MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Orgs.); **Agir em Saúde: um desafio para o público**; São Paulo, Hucitec, 1997.
30. FRANCO TB, MAGALHÃES JUNIOR HM. **Integralidade na Assistência à Saúde: a Organização das Linhas de Cuidado**. In: MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. et.al. O Trabalho Em Saúde: Olhando E Experienciando O Sus No Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.
31. CONSTANCIO TI. **Trajetórias Assistenciais De Pacientes Com Câncer: Aspectos Do Cuidado Integral Em Operadora De Autogestão** ' 01/06/2012 112 f. MESTRADO ACADÊMICO em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA DE MEDICINA – UFF
32. WERNECK TEM. **Contextualizando As Práticas De Promoção E Prevenção Em Saúde No Campo Da Saúde Suplementar. Observações Pela Ótica Da Integralidade**. ' 01/04/2012 96 f. MESTRADO ACADÊMICO em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA DO HUAP DA UFF
33. SILVA SF, MAGALHÃES JUNIOR HM. **Redes de atenção à saúde: importância e conceitos**. In: CARVALHO G, MAGALHÃES JUNIOR HM, MEDEIROS J, SOUTO JUNIOR JV, SANTOS L, ANDRADE LOM, BRETAS JUNIOR N, SILVA SF (org.). Redes de atenção à saúde no SUS. O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas SP. IDISA. CONASEMS, 2008.
34. MARTINS MCR. **Possibilidades E Limitações Da Judicialização Como Instrumento De Aperfeiçoamento Do Exercício Do Direito À Saúde** ' 01/05/2011 112 f. MESTRADO ACADÊMICO em POLÍTICA SOCIAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA CENTRAL DO GRAGOATÁ – UFF

35. ALBERTO MF. **Análise Das Características Da Judicialização Da Saúde No Estado De São Paulo** ' 01/09/2012 119 f. MESTRADO ACADÊMICO em ECONOMIA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE EST. PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO/ARARAQUARA Biblioteca Depositária: UNESP
36. COSTA AB, SOUSA JUNIOR JG. **O direito achado na rua: uma idéia em movimento.** In: COSTA AB, SOUSA JUNIOR JG, DELDUQUE MC, OLIVEIRA MSC, DALLARI SG (Org.). O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília DF. CEAD UnB, 2009.
37. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – Fiocruz. **Sistemas de Alocação de Recursos a Prestadores de Serviços de Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz et. al. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012, p.: 206.
38. CAZANOVA RF. **A Integralidade Na Fonte Do Consultório De Rua Do Sus** ' 01/03/2012 150 f. MESTRADO ACADÊMICO em SERVIÇO SOCIAL Instituição de Ensino: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL Biblioteca Depositária: PUCRS
39. SEVERO RR. **O Princípio Da Integralidade Na Política De Saúde** ' 01/04/2012 111 f. MESTRADO ACADÊMICO em SERVIÇO SOCIAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA CENTRAL DA UFPE
40. AGUIAR AN. **Programação Pactuada E Integrada Das Ações E Serviços No Sistema Único De Saúde/Sus-Ceará, Período De 2007 A 2009: Alocação De Recursos, Capacidade De Oferta E Integralidade De Atenção** ' 01/05/2011 132 f. MESTRADO ACADÊMICO em SAÚDE PÚBLICA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFC)
41. MEHRY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** In: REIS, A.T. (Org.) Sistema Único de saúde em Belo horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.
42. PACHECO FL. **Modelo De Avaliação Da Organização Dos Serviços Na Perspectiva Da Integralidade.** ' 01/08/2012 150 f. MESTRADO ACADÊMICO

- em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
43. MEOHAS E. **A Implantação Do Psf No Município De Resende: Houve Mudanças No Modelo Hegemônico De Atenção À Saúde?** ' 01/05/2011 118 f. MESTRADO PROFISSIONAL em SAÚDE DA FAMÍLIA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA SETORIAL ARCOS DA LAPA
44. PINTO SGA. **Fotografando A Rede De Saúde Mental Para Atenção As Pessoas Com Uso Problemático De Álcool E Outras Drogas No Município De Volta Redonda: Da Observação Ao Observatório.** ' 01/06/2012 132 f. MESTRADO PROFISSIONAL em SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO Biblioteca Depositária: CBC
45. LUZ PO. **Potencialidades E Limites Da Saúde Mental Na Atenção Básica No Município De Barretos** ' 01/02/2012 107 f. MESTRADO ACADÊMICO em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA COMUNITÁRIA DA UFSCAR
46. REIS LR. **Organização Dos Serviços Na Estratégia De Saúde Da Família Com Foco Na Integralidade** ' 01/02/2012 91 f. MESTRADO ACADÊMICO em ENFERMAGEM Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA DE SAÚDE – UFBA
47. SILVA MLML. **Integralidade Na Assistência À Saúde: Avaliando Os Fluxos De Referência E Contra-Referência No Distrito Sanitário Iii Do Município De João Pessoa - Paraíba** ' 01/05/2011 69 f. MESTRADO ACADÊMICO em CIÊNCIAS DA SAÚDE Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE CRUZEIRO DO SUL Biblioteca Depositária: HADDOCK LOBO NETO
48. RODRIGUES EMD. **A Promoção Da Saúde No Cuidado Integral Ao Adolescente No Cotidiano Escolar** ' 01/02/2012 139 f. MESTRADO PROFISSIONAL em SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ Biblioteca Depositária: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
49. FERRER AG. **Estratégia De Saúde Da Família E Rede Social De Apoio De**

- Trabalhadores** ' 01/07/2011 100 f. MESTRADO PROFISSIONAL em ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS/PIRACICABA Biblioteca Depositária: FOP
50. VIANNA PSA. **Gestão Com Integralidade E Segurança Pública** ' 01/09/2012 207 f. MESTRADO ACADÊMICO em DESENVOLVIMENTO REGIONAL E MEIO AMBIENTE Instituição de Ensino: CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA Biblioteca Depositária: CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA
51. HOFFMANN E. **A Integralidade E O Trabalho Do Assistente Social: Limites E Possibilidades Na Estratégia Saúde Da Família.** 01/08/2011 170 f. DOUTORADO em SERVIÇO SOCIAL Instituição de Ensino: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL Biblioteca Depositária: PUCRS
52. BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Lei Orgânica de Saúde. 1990.
53. MENDES EV. **A resposta social a uma situação de saúde de transição demográfica acelerada e de tripla carga de doenças: as redes de atenção à saúde.** In: MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo sa consolidação da estratégia saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, p.:47.

## **ARTIGO 2**

## **Atenção Primária à Saúde no Brasil e na Venezuela: estudo de casos comparados**

### **Primary Health Care in Brazil and Venezuela: compared case study**

#### **RESUMO**

O Brasil e a Venezuela possuem um compromisso constitucional de construir um sistema de saúde universal, equitativo e com cobertura integral. A Atenção Primária à Saúde (APS) está organizada principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil e pela *Mission Barrio Adentro I* (MBAI) na Venezuela, ambos co-existem com estratégias tradicionais de cuidados primários em saúde. Objetivou-se comparar os sistemas de serviços de saúde do Brasil e Venezuela, considerando suas diferenças e similaridades referentes à atenção primária à saúde. Tratou-se de um estudo de casos múltiplos, de abordagem qualitativa, utilizou-se entrevistas semi-estruturadas e análise documental; participaram os gestores das diferentes esferas administrativas da APS em ambos países. Observou-se similaridades quanto às diretrizes políticas de saúde e representatividade da APS, bem como a presença da figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Percebeu-se diferenças nos formatos e arranjos delineados para atender às demandas da APS. Considerou-se que o contexto histórico e político de dependência latino-americana em comum influenciaram na adoção de arranjos organizativos voltados para a universalização, democratização e empoderamento popular no Brasil e na Venezuela.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, política de saúde, saúde pública, estudos de casos.

#### **ABSTRACT**

Brazil and Venezuela have a constitutional commitment to build an equitable universal health care system with universal coverage. The Primary Health Care (PHC) is organized mainly by means of the Family Health Strategy (FHS) in Brazil and the *Mission Barrio Adentro I* (MBAI) in Venezuela, both co-exist with traditional strategies of primary health care. The present study aimed at comparing the health care systems of Brazil and Venezuela, considering their differences and similarities in relation to primary health care. It is a multiple case study with qualitative approach, which used semi-structured interviews and documentary analysis. Managers of different administrative levels of PHC in both countries took part in the study. It was

observed similarities related to health policy guidelines and representativeness of the PHC, as well as the presence of the Community Health Agent (CHA). It was noticed differences in format and outlined arrangements to meet the demands of PHC. It was considered that the historical and political context of Latin American dependence in common influenced the adoption of organizational arrangements aiming at universalization, democratization and popular empowerment in Brazil and Venezuela. Key words: primary health care, health policy, public health, case study.

## **INTRODUÇÃO**

A Constituição Federal Brasileira de 1988 (CFB) inaugurou um novo momento político-institucional no Brasil ao reafirmar o Estado democrático e definir uma política de proteção social abrangente<sup>1</sup>. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem suas origens na CFB regulamentado pelas Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, a partir de uma reforma que se expressa no art.196 “A Saúde é direito de todos e dever do Estado”, organizados sob as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação social<sup>2</sup>. A Lei Orgânica 8.080/90 trata ainda da regulamentação da saúde suplementar sob a gestão do SUS, assim como a Lei 8.142/90 regulamenta o financiamento e participação popular.<sup>3,4</sup>

O Brasil, a partir da CFB, se compromete a construir um sistema de saúde integrado e com forte presença do Estado, com ênfase na cobertura populacional, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), atenção à saúde no primeiro nível do sistema. Para operacionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil utiliza-se desta estratégia nacional prioritária e o entrelaçamento dessas duas políticas ocorre no campo das práticas, nos municípios e nas equipes de APS.<sup>5</sup>

Também considerada estratégia de direcionamento e coordenação do SUS, a APS envolve um conjunto integrado de intervenções: aumentar a cobertura das equipes de saúde da família no Brasil, o número de instituições promovendo e apoiando a APS e o seu fortalecimento, infraestrutura adequada, profissionalização da gestão e melhoria dos processos educacionais, inovar os sistemas de educação permanente dos profissionais de saúde, relações de trabalho mais estáveis e satisfatórias, implantar equipes multiprofissionais, investir na APS. E, desta forma, fortalecer a Atenção Primária à Saúde como estratégia central para a efetivação das redes de atenção no SUS.<sup>6</sup>

Na Venezuela, a saúde também é um direito constitucional e um dos principais deveres do Estado. O setor saúde venezuelano é constituído por um subsetor público, integrado por múltiplas instituições, e pelo subsetor privado responsável por 33,3% dos gastos do setor, que operam de forma não integrada.<sup>7</sup>

O subsetor público venezuelano é formado pelo *Ministerio del Poder Popular para la Salud* (MPPS), pelas *Direcciones Estatales de Salud y Desarrollo Social* (instâncias descentralizadas do MPPS), o *Instituto Venezolano de los Seguros Sociales* (IVSS), o Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME), o Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) e empresas do Estado como Petróleos de Venezuela (PD-VSA), que oferecem seguros de saúde a seus trabalhadores<sup>8</sup>. A rede de estabelecimentos públicos de saúde contempla diferentes níveis de atenção e encontra-se distribuída ao longo do país.<sup>7</sup>

Com a reforma no setor de saúde venezuelano, a APS destaca-se com a inauguração das *Misiones Barrio Adentro*. Estas missões são responsáveis pelos cuidados primários em saúde, numa visão abrangente, inclusiva e articulada com as demais missões sociais, objetivando atender aos direitos sociais da população deste país.<sup>9</sup>

Reconhecendo a importância dos Sistemas Universais de Saúde da América Latina e entendendo que o Brasil e a Venezuela expressam tendências singulares, principalmente no que se refere à universalização e democratização dos seus sistemas de proteção social, estendendo-se aos setores da saúde, configurando diferentes projetos políticos-sociais latino-americanos<sup>10</sup>, este artigo tem como objetivo comparar os sistemas de serviços de saúde do Brasil e da Venezuela no que se refere à Atenção Primária à Saúde.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo qualitativo de múltiplos casos onde cada país ou experiências do Brasil constituíram unidades de análise. A justificativa pela opção do tipo de estudo está ancorada na abordagem de Yin (2001), que considera que o mesmo estudo pode conter mais de um caso único e o conjunto dos casos constituir-se-á em um projeto de casos múltiplos. No presente estudo cada caso único pode envolver mais de uma unidade de análise.<sup>11</sup> Este estudo faz parte da pesquisa original “Da política institucional aos processos de cuidar: estudos comparados

sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes da estratégia saúde da família no Brasil e seus similares em Chile, Cuba, Colômbia, Canadá, Portugal, Peru e Venezuela”<sup>12</sup>

Quanto à técnica empregada e instrumento de coleta de dados, utilizou-se a análise documental da legislação de saúde de ambos os países e entrevistas semi-estruturadas. Os participantes da pesquisa na Venezuela foram representantes do MPPS (MS1, MS2, MS3), da direção do atendimento primário do MPPS (APS), da direção de OTICS (OTICS), da direção nacional de Saúde Indígena (SI), da Faculdade de Medicina da Universidade Central da Venezuela (UCV) e do Programa de Medicina Comunitária Integrada da Universidade Bolivariana da Venezuela (UBV).

No Brasil, os participantes de pesquisa selecionados foram 6 das 25 experiências brasileiras premiadas no III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família em 2008 que enfatizaram a Promoção da Saúde. Este concurso ocorreu na III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, evento nacional destinado a troca de experiências ao longo dos 15 anos da implantação do Programa Saúde da Família, como espaço para a reflexão e discussão sobre a APS brasileira e divulgação da ESF<sup>12</sup>.

Foram selecionadas para a pesquisa as seguintes experiências: Reorganização da demanda para atendimento odontológico no município de Amparo – SP; Programa de recuperação nutricional para população indígena no município de Ourilândia do Norte/PA; Implantação do modelo de apoio matricial em saúde mental no município de Florianópolis/SC; ACS como agente motivador da participação comunitária no município de Vacaria/RS; ACS — Agente Ator Comunitário de Saúde: um exemplo de educação permanente em saúde em João Pessoa/PB; Reciclar com saúde em Campinas/SP.<sup>12</sup>

Quanto à análise comparada de sistemas, Conill (2006) considera que:

“Comparar é buscar semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ser contemporâneos ou não, que ocorram em espaços distintos ou não, para melhor compreendê-los<sup>13</sup>.”

A utilização desta metodologia no campo da saúde coletiva é relativamente nova. Essa contribuição crescente nos estudos de sistemas de saúde ocorre num momento de ampliação dos serviços devido ao aumento da intervenção governamental nas políticas sociais e de saúde no século XIX. Exige ainda um rigor

metodológico que considere as múltiplas determinações do processo saúde-doença.<sup>13</sup>

Transcreveu-se e traduziu-se todas as entrevistas realizadas na Venezuela por empresa especializada, organizou-se e categorizou-se as falas por meio do software NVIVO 9.0 e analisou-se comparativamente.

Para a análise das informações, utilizamos a Análise de conteúdo de Bardin, definida como um método/técnica aplicável nas investigações quantitativas e qualitativas, com aplicações diferentes, onde na primeira prioriza-se a frequência das características do conteúdo e na segunda, é levado em consideração a presença ou não de uma característica, ou de um conjunto delas.<sup>14</sup>

As categorias emergentes na pré-análise das informações apreendidas foram as que seguem: política nacional de saúde, organização da APS, representatividade da APS e composição da equipe de APS.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde – FS/UnB, sendo o nº do projeto 084/12. Analisado na 6ª reunião ordinária no dia 03 de julho de 2012.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **A POLÍTICA**

A Venezuela construiu historicamente um modelo de atenção voltado para as práticas curativas, com uma tendência ao fortalecimento das estruturas de alta complexidade. Em meados de 1980, o sistema de saúde deste país era caracterizado por uma política privatizadora de todo o setor da saúde, com a mudança de governo e o movimento bolivariano, criou-se o Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS) e adotou-se como princípios a universalidade, equidade, gratuidade, integralidade, integração social e solidariedade (Constituição Bolivariana da Venezuela de 1999).<sup>14</sup>

Marcada por um contexto pós-desastre natural no estado de Vargas em dezembro de 1999, que mobilizou auxílio de outros países para a sua reconstrução, e em ataque ao sistema privatizador da oposição, o movimento democrático aprova a Reforma Constitucional venezuelana em 2007, em seu artigo 141, propondo dupla institucionalidade para o país (administrações públicas ou tradicionais e as Missões Sociais)<sup>15</sup>. Apesar da tendência curativa, a presença paralela das missões e da

contribuição cubana, tanto na Missão Barrio Adentro (MBA), quanto na UBV, fortalecem as práticas em cuidados primários, com melhoria do quadro sanitário do país. Como observamos nas falas a seguir:

*“...O atendimento primário é totalmente do Estado. Totalmente do Estado. O problema no atendimento primário é que nós temos uma tendência curativa. Nós vamos aos centros e graças a ajuda da missão médica cubana é que o povo tem tomado consciência de que seu médico é o que está no módulo.” (MS 1)*

*“...Nas eleições, não falam dos médicos de Cuba, não os tocam. Porque se estas comunidades tiram os médicos cubanos, há um motim. Como Chávez diz, nós tínhamos 25% de pobreza crítica; agora temos 7%. É um êxito enorme. Nós baixamos a pobreza total de 50% para 25%.” (MS 1)*

De forma semelhante, no Brasil, impulsionados pelo Movimento de Reforma Sanitária da década de 80, reformulou-se a Constituição Federal Brasileira (1988) e foi criada a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90), ambas trouxeram como consequências de sua criação, a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema nacional de saúde, com diretrizes que contemplam principalmente a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e a participação social.

No Brasil, em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família com o objetivo de levar melhores condições de saúde para a comunidade, numa abordagem da família, e posteriormente foi convertido em estratégia nacional de cuidados primários em saúde. E, como na Venezuela, coexiste hoje com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído anteriormente com o objetivo de influenciar nos fatores determinantes do processo saúde-doença, principalmente ao que se refere à mortalidade infantil e controle das doenças infectocontagiosas com medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos.

O Brasil e a Venezuela, como países subdesenvolvidos e latino-americanos que são, com suas histórias de dependência econômica e marcada por uma política de luta pela democracia em comum, passaram por movimentos revolucionários que impactaram nas suas reformas constitucionais, conquistando para a sua população um sistema de serviços de saúde ordenados pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, gratuidade, solidariedade e integração social.

## ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Na década de 90 iniciou-se um processo de descentralização dos serviços de saúde nos Estados venezuelanos (17 de 23 Estados estão descentralizados), mas este processo não foi conduzido de forma adequada, fragmentando ainda mais o sistema com o aumento das entidades provedoras sem coordenação<sup>16</sup>. A fala a seguir explica melhor como isso acontece:

“Aqui viveu o processo de descentralização mal entendido... aqui a descentralização tem um problema, nós temos, graças a Deus, a maioria das províncias são nossas, mas temos os governantes da oposição que têm o seu Ministério da Saúde...eles estão lá e dizem que é a sua política “eu entendi, mas depois eu faço o que eu quiser”, ... um processo de descentralização equívoco, que eles não entenderam. Pelo menos no Brasil você dá as políticas de saúde e continua.” (UB)

No ano de 2000 foi reformada a constituição e firmado Acordo Cuba-Venezuela. Em 2003, com a criação da Missão Barrio Adentro, iniciou-se o processo de transformação da rede de cuidados em saúde com base no modelo de atenção integral.<sup>8</sup>

O Acordo Cuba-Venezuela, embora mais abrangente, nos remete ao Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde/Brasil. Ambos buscam levar atendimento médico para áreas descobertas pelas estruturas de APS vigentes, na Venezuela, os médicos cubanos participam ainda na formação de médicos integrais comunitários. As causas que levaram à pactuação mostram-se semelhantes, como o número insuficiente de médicos no sistema público de saúde destes países. Na MBA I, era uma ação temporária, prorrogada por mais de 10 anos devido seus resultados, no Brasil já conseguimos observar um aumento na cobertura e no número de consultas, necessitando avaliar posteriormente o impacto nas condições epidemiológicas e sanitárias dos municípios contemplados.<sup>(17,18)</sup>

As missões são políticas sociais criadas com o objetivo de capilarizar e implantar serviços básicos como cursos de alfabetização e educação, mercados a preços acessíveis, e postos de saúde com atendimento aos bairros mais pobres, num sentido de priorizar as necessidades sociais da população, atendendo aos princípios constitucionais. As Missões contam com convênios firmados com Cuba pelos quais o governo cubano fornece serviços e os materiais necessários.<sup>19</sup>

“...o impacto com a criação de Barrio Adentro. Barrio Adentro vem a ser o eixo integrador de todas as políticas sociais, e por sua vez, trouxe o

renascer, a retomada de tudo o que é a pauta de participação comunitária, a qual dotada de promoção e prevenção.”(MS 2)

As missões Barrio Adentro (MBA) foram institucionalizadas durante a aprovação da nova estrutura organizativa do Ministério do Poder Popular para a Saúde (2006) como estratégia de superação da exclusão na saúde. Foi constituída em quatro fases: Missão Barrio Adentro I, II, III e IV.<sup>20</sup>

Quadro 1: Características das Missões Barrio Adentro.

Missões	Características
Barrio Adentro I	Responsável pela atenção primária em saúde por meio dos consultórios populares. Porta de entrada no Sistema Nacional de Saúde.
Barrio Adentro II	Responsável por garantir acesso gratuito às diferentes tecnologias, fortalecendo a capacidade resolutiva da APS. Constituído pelos Centros de Diagnósticos Integrais (CDI), Salas de Reabilitação Integral (SRI), Centros de Alta Tecnologia (CAT) e clínicas populares.
Barrio Adentro III	Responsável pelos serviços hospitalares de terapia intensiva, cirurgias e emergências.
Barrio Adentro IV	Responsável pelos serviços de alta complexidade à especialidades como oftalmologia, neuropsiquiatria, neurologia, infectologia, gastroenterologia, nefrologia, endocrinologia, cirurgia plástica e urologia. Como exemplo temos o Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano.

Fonte: OPAS, 2012.

No Brasil, o modelo de Estratégia Saúde da Família, desde a sua criação em 1994 com o Programa Saúde da Família, preconiza uma atuação multiprofissional, que trabalha com base num território de abrangência, adscrição dos usuários, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pressupõe-se ainda que a Unidade Básica de Saúde da Família atue como porta de entrada ao sistema de saúde local e primeiro nível de atenção, fortalecendo a integração à rede de serviços de maior densidade tecnológica.<sup>21</sup>

A ESF e a MBA I assemelham-se por seus princípios e objetivos, ligados ao atendimento orientado pelo território e população adscrita, pelas características dos serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, são considerados porta de entrada no sistema nacional de saúde e responsáveis pela

coordenação desses cuidados, direcionando aos demais níveis de cuidados à saúde.

O Programa Mais Médicos no Brasil diferencia-se da MBA I na Venezuela no que se refere à inserção no sistema de serviços nacionais de saúde, uma vez que a MBA I atua paralelamente às administrações tradicionais de cuidados primários em saúde, no Brasil, o Programa Mais Médicos está diretamente inserido na ESF.

## **REPRESENTATIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

A Atenção Primária em Saúde possui três interpretações. Como atenção primária seletiva, é compreendida como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo. Como o nível primário do sistema de saúde, é interpretada como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns. E como estratégia de reordenamento do sistema de saúde compreendida como uma forma singular de apropriar, recombina e reorganizar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte de uma rede de atenção à saúde<sup>6</sup>. Na Venezuela, os participantes trouxeram a APS na perspectiva de nível primário e como estratégia de ordenadora do sistema, descartando a interpretação seletiva.

*“...o Atendimento Primário em Saúde, que é desde o mais básico, dos serviços básicos até o fato de um atendimento médico especializado e que atravessa os 3 níveis de atendimento. Qual era o principal erro? Ao crer que o atendimento primário era de primeiro nível nada mais; não, primeiro nível é uma coisa e atendimento primário é outra. Não é nível, é um sistema integrado que atravessa.” (MS 2)*

A APS é concebida na Venezuela de forma abrangente, baseada na cobertura universal, análise das necessidades da população, com organização territorial e intersetorial para o enfrentamento dos determinantes sociais. É percebida ainda como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede, estruturando-se principalmente por meio das MBAs, e articulando-se com os demais níveis do sistema. Os mecanismos de coordenação ocorrem por meio de processos de referência e contra referência, sem informatização efetiva ainda<sup>9</sup>.

Na década de 80, a América Latina foi impulsionada por agências multilaterais a instituir uma atenção primária seletiva com serviços mínimos e de baixa qualidade. A partir da década seguinte, estes países, inclusive o Brasil e a Venezuela, passaram a desenvolver políticas com o objetivo de fortalecer a APS e torná-la mais abrangente, cientes de que uma concepção integral e abrangente de APS implica no redesenho dos sistemas de saúde orientados pela APS, articulados em rede, centrados no usuário e que dêem respostas a todas as necessidades da população.<sup>22</sup>

Pereira et. al.(2012) reforça que as características da renovação da APS no caso da Venezuela revelam um sistema complexo condicionado pela oposição política e social do país. Ainda assim, cabe destacar o movimento em direção à concepção de APS abrangente por meio das MBA, que se pautam na perspectiva de APS integrada aos demais níveis de atenção à saúde, visando ao fortalecimento das ações de promoção e prevenção.<sup>9</sup>

### **COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE NA APS**

A equipe que atua na Missão Barrio Adentro I é multidisciplinar, como ocorre na Estratégia Saúde da Família no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde venezuelano, a equipe de saúde oficial da MBAI é composta por um médico geral integral, um enfermeiro e um promotor comunitário de saúde para 1.250 pessoas.<sup>15</sup> A saúde bucal está contemplada na Missão Sorriso e no Programa Saúde Bucal, que ocorre em paralelo a MBAI e APS tradicional venezuelana.

A ESF brasileira conta com a equipe mínima de médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e 12 agentes comunitários de saúde (ACS) por equipe<sup>23</sup>, podendo ser complementada pelos profissionais da saúde bucal, como o cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, e o auxiliar ou técnico em saúde bucal. Cada equipe de Saúde da Família é responsável por 3 mil à 4 mil pessoas.<sup>23</sup>

O processo de trabalho realizado na Estratégia Saúde da Família complexificava-se quando inserimos a lógica da integralidade no seu cotidiano. O cuidado integral na atenção primária à saúde traz novas dificuldades e desafios no plano das competências profissionais e possibilidades da equipe trabalhar interdisciplinarmente.<sup>24</sup>

No que se refere à figura social do agente comunitário no Brasil, na Venezuela temos os Agentes Comunitários de Atendimento Primário em Saúde (ACAPS), os promotores da saúde e os defensores da saúde, detalhados a seguir.

“O ACAPS que é o agente comunitário. ACAPS, Agente Comunitário de Atendimento Primário em Saúde, são funcionários públicos pagos pelo sistema de saúde venezuelano. Tem um conteúdo programático que é estabelecido por este Ministério e então, uma vez que eles se formam, podem ser contratados pelo Ministério diretamente, como podem ser contratados pelos governos, mas com pessoas pagas, como funcionários públicos.” (MS 2)

“Há defensores da saúde que são pagos pela Missão Barrio Adentro, ou seja, há diferentes figuras; pessoas voluntárias da comunidade que prestam serviço nos ambulatórios, mas, também estão os defensores da saúde que são pagos pela Missão Barrio Adentro. Os defensores da saúde são como os promotores comunitários, existem as duas possibilidades. há a figura de pessoas pagas que fazem parte do sistema de saúde, que são os defensores da saúde. E há outras pessoas que são voluntárias, pessoas que o fazem por vontade. Porque os agentes comunitários que são daqui, são pessoas pagas que estudaram para um programa específico e depois se contratam e passam a ser profissão normal de emprego. Os defensores da saúde é que ambos cumprem funções parecidas que por isso são parte da Missão Bairro Adentro e são pagos também.” (MS 2)

Os ACS no Brasil trabalham com a adscrição das famílias em base geográfica, cadastram e mantêm atualizados os cadastros das famílias, orientam as famílias sobre os serviços de saúde disponíveis, desenvolvem ações que integram a equipe multidisciplinar, desenvolvem promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, e vigilância à saúde por meio das visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas<sup>23</sup>. Representam o elo entre as equipes de saúde e o indivíduo, família e comunidade assistida. Bornstein (2010) traduz a importância deste ator social e da sua participação na APS como mostra a seguir:

“A capacidade de estabelecer laços orgânicos no apoio às estratégias de enfrentamento das situações vivenciadas pela população, e com a organização política de sua comunidade, aliados ao seu potencial engajamento em práticas e movimentos sociais, evidenciam a importância do ACS como ator fundamental para o avanço da mudança desejada, direcionada para um modelo assistencial capaz de contemplar a equidade, a integralidade, a humanização e a participação popular<sup>25</sup>.”

Brasil e Venezuela assemelham-se ao possuir e valorizar a atuação deste ator social e de saúde, utilizando nomenclaturas diferentes com as mesmas responsabilidades no território assistido, com a especificidade venezuelana do voluntariado. Possuem ainda um papel tensionador político em ambos os países, seja por meio dos Conselhos de Saúde no Brasil, ou pelos Comitês de Saúde da Comunidade na Venezuela.

### **ANÁLISE COMPARADA: BRASIL E VENEZUELA.**

O estudo comparativo dos casos da APS brasileira e venezuelana nos mostra que possuem similaridades no que se refere às diretrizes políticas, finalidade e representatividade da APS para a saúde do país, bem como a presença de um ator com funções similares às do ACS no Brasil. As diferenças estão nos formatos e arranjos delineados para atender às demandas da APS, no Brasil com a ESF, na Venezuela com a MBA I, onde a conjuntura histórica e social de cada país reflete nas estruturas adotadas.

Mediante uma conjuntura histórica e econômica de dependência, ambos os países encontraram nas suas reformas políticas, constitucionais e sanitárias uma forma de fortalecer a democracia e justiça sociais, trazendo em suas Constituições Federais na década de 80 princípios e diretrizes semelhantes, como demonstra o quadro 2.

Quadro 2: Quadro comparativo entre a APS do Brasil e da Venezuela

<b>Categoria</b>	<b>Brasil</b>	<b>Venezuela</b>
Política de APS (princípios e diretrizes)	Universalidade Equidade Integralidade Descentralização Regionalização Participação social	Universalidade Equidade Integralidade Gratuidade Solidariedade Integração social
Organização da APS (estrutura)	Estratégia Saúde da Família - ESF Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS	Missão Barrio Adentro I - MBAI Estrutura tradicional
Representatividade da APS para o Sistema Nacional de Saúde	Porta de entrada Base territorial Ordenador do Sistema	Porta de entrada Base territorial Ordenador do Sistema

Composição das Equipes	Médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde	Médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, promotores de saúde, defensores da saúde.
------------------------	--	--

Fonte: Dados da pesquisa.

Apesar de organizarem-se apoiados em princípios e diretrizes semelhantes, estruturaram-se de forma peculiar. No Brasil, o principal formato utilizado foi da ESF e do PACS, atualmente articulado com pactos internacionais como o Programa Mais Médicos. Na Venezuela, os arranjos delineados foram as *Misiones Barrio Adentro*, com mais de 10 anos de pacto internacional com Cuba. Em ambos os países, observamos de um lado o modelo tradicionalista de cuidados primários em saúde, e de outro lado um modelo integral comunitário, no Brasil com a ESF e o Programa Mais Médicos, e na Venezuela com a MBA I.

A APS para o Sistema Único de Saúde brasileiro como para o Sistema Nacional de Saúde venezuelano representam a porta de entrada para o sistema, com base territorial e são reconhecidos como ordenadores e coordenadores do cuidado. No Brasil, enfrentamos dificuldades na implementação e expansão da ESF em grandes centros urbanos principalmente devido aos seguintes fatores: altos níveis de exclusão no acesso aos serviços de saúde, agravos característicos de grandes centros, oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, predominância do atendimento tradicional por demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a comunidade, ou seja, é necessário ampliar condições para superar efetivamente o modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas e nas práticas de cuidados primários.<sup>26</sup>

Quanto à composição das equipes, a principal diferença está na presença do odontólogo na equipe de saúde da família no Brasil. Na Venezuela, este atendimento ocorre paralelamente na *Missión Sorriso* e Programa de Saúde Bucal, apesar de ocorrer de forma bem articulada com a *Missión Barrio Adentro I*. A inserção do dentista na equipe de saúde da família reforça a necessidade de rompimento com os modelos assistenciais em saúde bucal baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo, e de articular propostas não só de prevenção e vigilância, mas de promoção da saúde bucal.<sup>27</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil e a Venezuela, além de países sul-americanos e geograficamente vizinhos, possuem a mesma tendência universal e democrática enquanto política de Estado.

Considerando as categorias analisadas como base comparativa, o arcabouço político e legislativo convergem em seus princípios e diretrizes. Apesar disso, refletem em diferentes arranjos organizacionais, determinados pela historicidade e estrutura política vigente. Observamos que, seja estratégia Saúde da Família no Brasil, seja Missão Barrio Adentro I na Venezuela, ambos causaram impactos epidemiológicos e sanitários promissores. A presença de um ator social similar ao Agente Comunitário de Saúde no Brasil aproxima e reforça a cultura democrática e participativa vigente.

A missão Barrio Adentro I nos remete ao Programa Mais Médicos no Brasil, emergentes numa conjuntura política conflituosa junto às Academias Médicas na Venezuela, e Conselhos de Medicina no Brasil, cujos resultados poderão ser comparados futuramente no que se refere a indicadores de saúde alcançados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Cien Saude Colet** 2009; 14(3): 829-839.
2. Lucchese G. Proliferação Legislativa no setor saúde: Conquista ou impasse? **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário** 2013; 2(1): 1-21.
3. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.
4. Brasil. Lei nº 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 1990; 28 dez.
5. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. APS e Promoção da Saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção

- da Saúde. Coleção Progestores. Para entender a gestão do SUS, vol. 8. Brasília : CONASS; 2007.p. 21-23.
6. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011.
  7. Fundação Instituto de Administração (FIA). A saúde no Brasil e na América Latina. São Paulo: FIA; 2008.
  8. Bonvecchio A, Becerril-Montekio V, Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta-Jiménez M. Sistema de salud de Venezuela. *Salud Publica Mex* 2011, 53(2): S275-S286.
  9. Pereira AMM, Castro ALB, Oviedo RAM, Barbosa LG, Gerassi CD, Giovanella L. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde em Debate* 2012; 36(94): 482-499.
  10. Rocha MF. Participação popular nas políticas socioassistenciais na América Latina: estudo comparativo entre Brasil e Venezuela. *Rev. Pol. Públ.* 2009; 13(2): 303-314.
  11. Yin RK. Estudo de caso - planejamento e métodos. 2 edição. Porto Alegre: Bookman; 2001.
  12. Hamann EM, Sousa MF. Da política institucional aos processos de cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes da estratégia saúde da família no Brasil e seus similares em Chile, Cuba, Colômbia, Canadá, Portugal, Peru e Venezuela [relatório de pesquisa]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2014.
  13. Conill EM. Sistemas Comparados de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Andrade LOM, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006: 563-613.
  14. Silva CR, Gobbi BC, Simão AA. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ. rurais agroind.**, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.
  15. Venezuela. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela con exposición de motivos. **Valencia: Vadell Hermanos**, 2000.

16. Da Ros MA, Henrique F, Gama LA, Goronzi TA, Soares GB. Atenção Primária em Saúde na Venezuela. Misión Barrio Adentro I. **Ministério da Saúde. OPAS**; 2008. 117 p.
17. OPS, OMS. Estrategia de cooperación técnica de OPS e OMS com Venezuela 2007-2010. Caracas: **OPS|OMS Venezuela**, 2007.
18. Primera M. Mais médicos para o Brasil, menos para a Venezuela. *El Pais* 2014 Mar 19.
19. Ministério da Saúde (MS). Resultados para o país. Programa Mais Médicos Governo Federal [página na internet]. 2014 [acessado em 2014 Set 23]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>.
20. Henrique F, Da Ros MA, Goronzi TA, Soares GB, Gama LA. Modelo de atenção primária à saúde na Venezuela, Misión Barrio Adentro I: 2003-2006. *Trab. Educ. Saúde* 2014;12(2): 305-326.
21. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Salud en las Americas. Venezuela. Edicion de 2012. Volumen de Países. OPAS; 2012.
22. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(2): 164-176.
23. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3): 783-794.
24. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012.
25. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2013; 18(11): 3203-3212.
26. Bornstein VJ, David HMSL, Araújo JWG. Agentes comunitários de saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. *Interface – Comunic., Saude, Educ.* 2010; 14(32): 93-101.
27. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):1325-1335.

28. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(11): 2727-2739.

## **ARTIGO 3**

## **A integralidade no Brasil e na Venezuela: similaridades e complementaridades**

*Completeness in Brazil and Venezuela: similarities and complementarities*

**Resumo** O presente estudo objetivou comparar a Atenção Primária à Saúde no Brasil e na Venezuela, observando suas características quanto à integralidade. A abordagem foi qualitativa, por meio de análise documental, entrevistas semiestruturadas com informantes chave e anotações em diário de campo. Observaram-se as três dimensões de integralidade inseridas no processo de trabalho em saúde: o cuidado integral e holístico, em uma perspectiva do indivíduo como um ser complexo com múltiplas necessidades, exigindo a conexão de diversos saberes em saúde; a continuidade do cuidado na micropolítica institucional com articulação interprofissional, de forma a contemplar o cuidado singular; a continuidade do cuidado na macropolítica, quando é necessário um deslocamento aos demais níveis de atenção. Incluiu-se, ainda, a intersetorialidade, quando as necessidades de um indivíduo e da comunidade exigem articulação transetorial, com ação sobre os determinantes e as condicionantes do processo saúde-doença. Ressalta-se a tendência singular de inclusão de uma formação médica comunitária integral. Conclui-se que esses países, fortalecidos pela democracia, aproximam-se em suas práticas de integralidade, bem como na construção de políticas sociais e de saúde para as populações menos favorecidas, em favor da equidade.

Palavras-chave: Integralidade em saúde, Atenção Primária à Saúde, Estudo comparativo.

**Abstract** This study aimed to compare the Primary Health Care in Brazil and Venezuela, considering its characteristics as to the completeness. This is a

qualitative study, with documental analysis, semi-structured interviews with key informants, and notes in a field diary. Three dimensions of completeness inserted in the health work process were observed: integral and holistic care, in a perspective of the individual as a complex being with multiple needs, requiring the connection of various health knowledge; continuity of care in institutional micropolitics with interprofessional articulation, in order to contemplate the singular care; continuity of care in macropolicy, when a shift to other levels of care is needed. Intersectionality was also included, when the needs of an individual and of the community demand a cross-sectoral coordination, with action on determinants and conditions of the health-disease process. We highlight the tendency of including an integral community medical training. In conclusion, these countries, strengthened by democracy, are close in their practices of completeness as well as in the construction of social and health policies for disadvantaged populations, aiming at equity.

**Key words:** Integrality in health, Primary Health Care, Comparative study

## **Introdução**

O termo “integralidade” possui diversos conceitos e interpretações, uma delas voltada para a prática do cuidado em saúde como integral e holístico, observando os indivíduos como únicos e com necessidades particulares. Temos também a organização dos processos de trabalho intrainstitucionais, pautados nesse princípio. Quando as necessidades em saúde do usuário extrapolam a oferta do serviço, este caminha pelo sistema de saúde, nos diversos níveis de atenção, dirigidos pelo princípio da integralidade, como continuidade do cuidado<sup>1</sup>. Ousou-se ainda incluir a intersetorialidade, alinhando os diversos saberes para efetivação do cuidado integral.

A integralidade é um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo conceito nasce com a Constituição Federal Brasileira de 1988, embora seja aí citada como atendimento integral no Art. 198, inciso II, quando sugere que “haja atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”<sup>2</sup>. Na Lei Orgânica da Saúde, há uma única referência à integralidade, no Art. 7º, inciso II, ao determinar que as ações em saúde devem obedecer o princípio da integralidade, entendido como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Somente em 2014, o termo passou a integrar o rol dos Descritores em Ciências da Saúde. Esse princípio vem sendo considerado eixo condutor para as mudanças de paradigmas tradicionais, do cuidado fragmentado para um cuidado integrado e singular<sup>3</sup>.

Este artigo trata de todos os sentidos dados ao princípio da integralidade, principalmente como proposta de organização dos sistemas e serviços de saúde mantenedores da continuidade do cuidado com o indivíduo, a família e a comunidade. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), operacionalizada principalmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), é reconhecida também como orientadora e coordenadora do sistema de saúde brasileiro, corroborando a implementação do princípio da integralidade<sup>4</sup>.

O marco mais importante da APS no Brasil foi a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, posteriormente reconhecido pela ESF, devido a suas potencialidades e à capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, responder às necessidades de saúde da população e contribuir para uma mudança no modelo assistencial vigente<sup>5</sup>.

Outros países latino-americanos estruturam seus sistemas e serviços públicos de saúde apoiados em princípios e diretrizes semelhantes aos adotados no Brasil. A Venezuela possui um sistema de saúde em transição desde 1999, quando foi aprovada a nova *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*, que traz, em seu Art. 84, as seguintes bases fundamentais:

*Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad<sup>6</sup>.*

Mesmo com a criação do Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS), de caráter universal, o modelo tradicional permanece vigente, por meio da manutenção do Instituto Venezuelano dos Seguros Sociais, transformando o sistema segmentado e polarizado<sup>7</sup>.

A estrutura logística pública é do Estado (Venezuelano), em todos os níveis de complexidade do sistema. As Misión Barrio Adentro I (consultórios populares), II (diagnóstico), III e IV (rede hospitalar) se complementam para a oferta de atenção integral<sup>8</sup>.

Como no Brasil, na Venezuela coexistem dois paradigmas assistenciais de saúde, um voltado para o sistema tradicional e fragmentado, e outro direcionado às práticas integrais do cuidado e da atenção à saúde. Nesses 26 anos de SUS, avançou-se na formulação de políticas e práticas de saúde, de forma a contemplar os princípios da universalidade e da equidade, mas, quanto à integralidade,

podemos afirmar que permanece um de seus maiores desafios<sup>9</sup>. Diante disso, o presente estudo objetivou comparar a Atenção Primária à Saúde no Brasil e na Venezuela, observando suas características quanto à integralidade

## **Metodologia**

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, envolvendo o estudo de múltiplos casos em que Brasil e Venezuela constituíram-se como unidades de análise comparada. Yin<sup>10</sup> considera que o mesmo estudo pode conter mais de um caso único, e o conjunto dos casos deve constituir um projeto de casos múltiplos; este é o tipo de estudo que utilizamos nesta pesquisa.

Trata-se de uma análise parcial da pesquisa original intitulada *Da Política Institucional aos Processos do Cuidar: Estudos Comparados sobre as práticas de Promoção da Saúde nas Equipes do PSF no Brasil e seus similares em Canadá, Cuba, Colômbia, Chile, Peru, Portugal e Venezuela*, realizado no Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília (UnB). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB.

Utilizaram-se, como técnicas de coleta de dados, a análise do arcabouço normativo nacional vigente, as entrevistas semiestruturadas e a observação do contexto na ocasião da coleta de dados, por meio de anotações em diário de campo.

Para as entrevistas semiestruturadas, os participantes da pesquisa na Venezuela foram informantes chave gestores dos Serviços Públicos de Saúde do Estado, na APS, desenvolvida por equipes multiprofissionais, com a vinculação de agentes comunitários de saúde, ou função similar, totalizando sete participantes: Ministério da Saúde, Mission Barrio Adentro I, Atenção Primária à Saúde/Ministério

da Saúde, Tecnologia, Informação e Comunicação em Saúde e Gestor da Saúde Indígena.

No Brasil, com o propósito de promover a troca das experiências e os conhecimentos acumulados ao longo dos 15 anos de implantação da Saúde da Família, o Ministério da Saúde lançou, em 2008, a III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, o IV Seminário Internacional de Atenção Primária a Saúde e o III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família – neste último, quase dois mil trabalhos foram inscritos para concorrer aos prêmios, em três diferentes categorias: relato de experiência de Equipe de Saúde da Família, relato de experiência de agente comunitário de saúde, estudos e pesquisas em Atenção Primária/Saúde da Família<sup>11</sup>. Selecionaram-se as experiências premiadas, com destaque para a promoção da saúde e a atuação de agentes comunitários de saúde, somando seis dos 25 prêmios.

Os participantes de pesquisa foram profissionais e gestores das equipes de ESF das experiências selecionadas. Os participantes foram agrupados por município e denominados “unidades de análise”, pois compreendemos que a categoria profissional não interfere na análise das informações apreendidas, pois tem foco na experiência em si. As “unidades de análise” no caso brasileiro foram: Amparo/SP, Campinas/SP, Florianópolis/SC, João Pessoa/PB, Ourilândia do Norte/PA e Vacaria/RS.

Todas as informações apreendidas com as entrevistas semiestruturadas foram gravadas e traduzidas (no caso venezuelano), sendo posteriormente organizadas e categorizadas por meio do *software* NVIVO 9.0, e analisadas comparativamente.

Utilizou-se, como marco teórico para a verificação das entrevistas, a Análise

de Conteúdo de Bardin, concebida como “um conjunto de instrumentos metodológicos que se presta a analisar diferentes fontes de conteúdos (verbais ou não verbais), e quanto a interpretação, a análise de conteúdo transita entre dois polos: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade”. O método exige ainda o cumprimento rigoroso das etapas propostas, dando fidedignidade à análise<sup>12</sup>.

A categoria utilizada foi a integralidade. Buscou-se apreender das entrevistas todos os sentidos da integralidade relatados nos discursos, adotados como subcategorias: integralidade como cuidado holístico, integralidade como cuidado integrado na micropolítica, integralidade na macropolítica dos serviços de saúde, intersetorialidade e a formação médica.

## **Resultados e discussão**

### **A política de saúde e a integralidade**

No que se refere à legislação de Estado, o Brasil trata a saúde como direito de todos e dever do Estado, bem como preconiza o atendimento integral prioritariamente por ações preventivas, sem prejuízos na assistência<sup>2</sup>. De forma semelhante, a Venezuela também traz, em sua *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*, o direito ao cuidado integral, bem como atribui ao Estado a responsabilidade de fornecer tal serviço:

A nossa Constituição diz que todo venezuelano tem direito a uma saúde integral e que o Estado é responsável para que isso seja cumprido. Isso é o que diz na Constituição (Ministério da Saúde).

O Brasil apresenta uma configuração de políticas de saúde voltadas às ações programáticas e às estratégicas de cuidado integral nos diversos níveis de atenção<sup>13</sup>, enquanto na Venezuela, expressa-se no formato das *Misiones Sociales*:

*La urgente necesidad de avanzar en cambios para dar respuestas a las exigencias de la población, ha hecho que el gobierno bolivariano busque una manera más agresiva de asumir las políticas mediante el surgimiento de instrumentos ágiles como las Misiones, con el objeto de dirigir acciones orientadas a disminuir la pobreza<sup>14</sup>.*

Enquanto o Brasil busca a efetivação de sua Reforma Sanitária, pelo fortalecimento do SUS, as *Misiones Barrio Adentro* venezuelanas buscam mudanças profundas nas práticas de saúde coletiva, deterioradas pelas políticas neoliberais, desenvolvendo a rede de APS e fortalecendo a participação popular.

### **O cuidado integral: individual e holístico**

A dificuldade de enxergar o indivíduo como um ser multifacetado, reflexo de vários fatores determinantes (individuais, familiares, ambientais, sociais, econômicos, educacionais, dentre outros fatores), produz obstáculos para os profissionais na realização de um cuidado verdadeiramente integral, processo que se inicia pela incorporação de princípios como acolhimento, estabelecimento de vínculos e responsabilização, considerados de uma Linha de Cuidado integral.

A concepção de alguns profissionais acerca da integralidade na atenção básica reforça a dimensão do usuário como um ser composto por diferentes aspectos, integrados entre si. Para a efetivação de uma assistência integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na atenção básica, redefinindo práticas no sentido de criar vínculos, acolhimento e autonomia que

valorizem as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e as singularidades dos indivíduos, possibilitando um cuidado centrado no usuário<sup>15</sup>.

No Brasil e na Venezuela, identificamos falas que traduzem a integralidade na visão holística de maneira similar, e o profissional visualiza, em seu processo de trabalho, o indivíduo como um todo, parte e reflexo de um contexto:

Quando falamos em cuidados de saúde primários, estamos falando de forma holística. Nós não podemos tomar qualquer outra coisa em consideração (*Mission Barrio Adentro I*).

A gente tendo hoje o olhar no indivíduo como um todo né? Sabendo da inserção dele no ambiente domiciliar, no ambiente de trabalho, então assim, a gente vê a importância até porque, até ele chegar na especialidade, a Atenção Primária vai ter que tomar conta desse cuidado, e muitas vezes esse cuidado não requer somente a demanda do especialista. Então o apoio matricial nesse sentido, ele vem fortalecer a questão do acompanhamento da continuidade do cuidado (Florianópolis, SC).

O cuidado integral/holístico está presente na APS venezuelana como pilar para organização e prestação dos cuidados primários em saúde. A *Mission Barrio Adentro I*, estrutura organizacional adotada para a APS em regiões mais vulneráveis, é composta por profissionais médicos cubanos e venezuelanos com formação em Medicina Integral Comunitária e equipe multiprofissional, atuando na perspectiva desse cuidado holístico do indivíduo, das famílias e da comunidade<sup>14</sup>.

Outro desafio para a garantia dos cuidados integrais (na APS) está no alcance do equilíbrio adequado entre a abordagem individual em tempo oportuno e a comunitária para enfrentar os determinantes sociais<sup>5</sup>.

Estudos mostram que a oferta de serviços na APS, quando fragmentada, dificulta o acesso, e compromete a qualidade e integralidade do cuidado ofertado. O acolhimento mostra-se como importante ferramenta na construção do cuidado integral, favorecendo a melhoria do acesso e a mudança de um paradigma voltado para a doença e o tratamento para uma atenção focada no indivíduo<sup>16</sup>.

### **Cuidado integrado na micropolítica dos serviços de saúde**

Sobre a organização dos serviços de saúde em sua micropolítica institucional, sob a ótica da integralidade, observou-se que a Venezuela, considerada porta de entrada no Sistema Nacional de Saúde, acolhe seus usuários em um formato de classificação de riscos e, a partir dessa classificação, direciona o cuidado necessário para cada um individualmente:

Fazemos no nível de Atenção Primária, o que é chamado de classificação dos pacientes. Qual é a classificação dos pacientes? Nós grupo 1, que é a pessoa aparentemente saudável, o grupo 2, que é a pessoa em risco, grupo 3, que está doente e tem a 4, isto é, com sequelas. Trata-se de uma grande complexidade. Se formos ver o nível do conceito de saúde integral (*Mission Barrio Adentro I*).

No Brasil, identificamos outra forma de acolher os usuários, que também exerce o papel de porta de entrada do SUS. O acolhimento no SUS representa a abertura dos serviços para a demanda, colaborando com os processos de trabalho em saúde, de forma universal, e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, sendo capaz de promover mudanças nos serviços de saúde e influenciar na satisfação dos usuários<sup>17</sup>.

O caso brasileiro identifica como obstáculo para a efetivação da integralidade intrainstitucional as dificuldades de acesso a todos os serviços dos quais o usuário necessita. Esta característica não foi evidenciada neste estudo no caso venezuelano:

[...] eu acho que tem coisas, ainda, que o SUS não faz, né. Assim, seria bom se a gente conseguisse que ele fizesse tudo, né, nessa parte odontológica, porque tem coisas que o SUS ainda não cobre. Vamos supor: tem tratamento que ele não faz, né (Amparo, SP).

A interferência do acesso na construção de uma prática de cuidados integrais motiva a classe média a procurar os sistemas de saúde suplementar ou de desembolso direto, e leva as classes de menor poder aquisitivo à desassistência. Essa dificuldade de acesso, em sua dimensão de disponibilidade, “constitui-se na representação da existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário”<sup>18</sup>.

A Venezuela ainda não caminhou na direção da informatização dos registros de atendimentos individuais de cada usuário, apesar de considerar esta uma etapa importante na consolidação do Sistema Nacional de Saúde, e traz a descentralização dos Estados como um obstáculo para a implementação de mudanças como esta.

Não existe nada automatizado agora. Está sendo criado. Porque se não automatizamos, não podemos controlar nada, pois nós somos poucos. É por impressão, todos por impressão. Nós pensamos, veja, isso tem que ser vertical, horizontal, mas tem que haver uma rede de comunicação que uniformize o sistema e que, por exemplo, nós estamos tratando de ver que o número de identidades venezuelanas, ou seja, o que está metido ali, com todos os seus dados médicos e não médicos e que onde ele acesse a rede,

em qualquer ponto do país, se possa conhecer a história da pessoa... Seu prontuário. É algo assim bem complicado, pois sempre que é público, alguém que não é único (Ministério da Saúde).

A rede de informações locais ainda está em fase de fortalecimento na Venezuela. Os sistemas de informação ligados aos programas ministeriais e a missões ainda não estão consolidados. Gera-se, então, uma demanda institucional de pactuação e definição dessas estruturas:

Aqui, nenhum programa de saúde tem sistema de informação. Nenhum. Então desfrutar deste momento, quando fizemos o diagnóstico, primeiro assumiu a tarefa de definir a estrutura conceitual para que todos sejam envolvidos lá. A tarefa é um pouco complicada, mas não é difícil, porque muitas pessoas devem convergir para articular e envolver todo o processo. Ali estamos agora. Estamos definindo o quadro conceitual para ver qual será o sistema de informação que irá apoiar cada um dos programas e, em seguida, o que será a linha do tempo principal (Tecnologia, Informação e Comunicação em Saúde).

No Brasil, desde 2011, o Ministério da Saúde trabalha na consolidação do Sistema Cartão Nacional de Saúde do SUS, de uso para cada cidadão, de forma a consolidar uma tendência de unificação e de registro único. Essa iniciativa tem como objetivos identificar os usuários das ações e serviços de saúde; possibilitar o cadastramento dos usuários com abrangência nacional e base territorial; garantir segurança tecnológica quanto à integralidade das informações e à confidencialidade; vincular os usuários ao SUS; e permitir o acesso às sua próprias informações<sup>19</sup>.

Uma comunicação efetiva entre os profissionais da equipe multiprofissional fortalece a continuidade do cuidado no ambiente interno dos serviços de saúde, e

favorece um processo de trabalho apoiado na segurança e melhoria na qualidade da assistência.

Informação é essencial para planejar, cuidar e avaliar a qualidade do cuidado prestado. Ter informação, além de viabilizar e dar poder de decisão, permite que o profissional tenha atuação ética, baseada em princípios científicos atuais e evidentes. Ou seja, todas as atividades em saúde estão relacionadas com a busca e o uso da informação. Neste sentido, quanto melhor os sistemas informatizados conseguem registrar, armazenar e disponibilizar esta informação, tanto melhor será o ato do profissional – melhor informação, maior qualidade na tomada de decisão<sup>20</sup>.

Na micropolítica institucional, os países investigados funcionam como porta de entrada do sistema nacional de saúde, mas apresentam diferenças nos modelos adotados para o acolhimento desses usuários. A troca de informações na equipe multiprofissional para fins da continuidade do cuidado também diverge quanto às tecnologias adotadas. Na Venezuela ainda utilizam-se os papéis, enquanto o Brasil avançou para a digitalização das informações em saúde, por meio do Cartão Nacional de Saúde.

### **Cuidado integrado na macropolítica dos serviços de saúde**

A macropolítica em saúde envolve diferentes equipamentos de saúde, com densidades tecnológicas variadas. No SUS, tem-se denominado Redes de Atenção à Saúde (RAS) o deslocamento do usuário por esses equipamentos de saúde, na efetivação do cuidado integral, singular e abrangente. As portas de entrada dessa rede de cuidados são APS, urgência e emergência, atenção psicossocial e as especiais de acesso aberto<sup>21</sup>. Semelhantemente ao Brasil, a APS também é considerada porta de entrada no sistema nacional de saúde venezuelano.

Então, até que a comunidade não se dê por convencida pela realidade de que vou ao lugar, resolvo tudo e vou para casa, e é mais fácil pois ela é perto, não tenho que ir de carro e me transportar até o lugar. Eu creio que a credibilidade faz com que o sistema funcione. E que o sistema funcione e que você saiba de verdade que funciona. Eu vou, resolveram meu problema. Não resolveram, me mandam para o hospital. Porque no hospital, resolveram te mandar ao primeiro nível, e sigo com meu médico (Ministério da Saúde).

As RAS no Brasil funcionam de forma integrada e pactuada com todos os níveis de atenção à saúde por meio do matriciamento. A Linha de Cuidado integral surge diante da necessidade de repensar novas modelagens assistenciais, orientadas pelo princípio da integralidade, segundo o qual o trabalho vivo promove mudanças no processo de trabalho em saúde. A característica primordial da Linha de Cuidado é a construção de um cuidado centrado no usuário (singular), saindo da perspectiva de uma atenção focada na doença, nos profissionais ou no mercado<sup>21</sup>.

Existem vários espaços de rede de integração dos diferentes níveis de complexidade para discutir mensalmente. [...] Tem momentos de encontro entre profissionais de saúde mental e profissionais de saúde da família, para discussão de casos de atendimento, visita domiciliar. [...] Depois tem espaços, também mensais, dessas equipes de saúde mental que dão apoio com os Centros de Atenção Psicossocial e o Centro de Atenção Psicossocial também tem interlocução com o hospital, fazendo uma linha de cuidado.” (Florianópolis, SC)

Então a gente remove das aldeias para os municípios de referência, e dos municípios vêm aqueles casos que dependem de um tratamento mais especializado, média e de alta complexidade e vêm para um Hospital Regional que fica em Redenção. [...] De todos os municípios, é, da área de

abrangência do Distrito, esses pacientes vêm para esse hospital aqui em Redenção (Ourilândia do Norte, PA).

Em um contexto de macropolítica institucional, o Brasil e a Venezuela assemelham-se no formato de trabalho em rede, sendo o primeiro representado pelo caminhar dos usuários nos diferentes equipamentos de saúde, e o segundo pelas *Missiones Barrio Adentro I, II, III e IV*; ambos são de níveis tecnológicos variados e operam paralelamente ao modelo tradicional fragmentado.

### **Intersetorialidade**

A intersectorialidade corresponde a um princípio doutrinário do SUS, hoje considerado dimensão da integralidade no cuidado em saúde na ESF:

A intersectorialidade implica incluir ações que ultrapassem os muros das unidades de saúde e atinjam o contexto histórico, social, cultural, político e econômico dos indivíduos ou coletivos, no sentido de promover a saúde dos mesmos. Para isso, articulações e arranjos podem ocorrer por meio de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais para a produção da saúde e promoção da qualidade de vida das pessoas e do coletivo, tomando como objeto: os problemas, as necessidades, os determinantes e os condicionantes de saúde<sup>3</sup>.

Os países em análise assemelharam-se no que se refere à intersectorialidade. Partindo de definições similares do processo saúde-doença, esses países acreditam que a saúde e bem-estar dos indivíduos são condicionados e determinados por múltiplos fatores, de ordem orgânica, biológica, social, psicológica, ambiental, histórica, cultural e educacional, dentre outros.

Estados que possuem esta visão tendem a organizar suas ações e as legislações em saúde de forma a contemplar a multidimensionalidade do cuidado, ou seja, permitem articulações entre os mais diversos setores externos ao da saúde:

Então, para que possamos alcançar APS, temos que envolver outras instituições que não a saúde. Exemplo, nossos filhos estão crescendo de 2 polegadas. Isso faz parte da política de saúde em integral. Mas é responsabilidade direta do Ministério da Alimentação. É uma política de Estado que resulta em um indicador que diz que seus filhos estão crescendo (*Mission Barrio Adentro I*).

A nível de atendimento primário. Conseguiram avanços com outros ministérios; com o Ministério do Ambiente, com o Ministério da Vivendas... Aqui nós temos um Ministério de Comunas, também temos relação. A nível de atendimento hospitalar existem algumas redes como organismos de segurança e isso; mas o resto está em construção (Ministério da Saúde).

Teve [parceria] com o Departamento de Limpeza Urbana [que participou da experiência], que é o departamento de limpeza urbana. Ah e a gente se esqueceu dos projetos, a gente faz baile... com os idosos, uma vez por mês o ônibus da prefeitura vem e busca eles, eles vão junto e tem também o CRAS que oferece para eles aulas de artesanato, coral, tem tudo isso, a gente tem bastante coisa (Campinas, SP).

Tem uma parceria também com o Ministério do Desenvolvimento Social, que eles fornecem cestas de alimentos pelo Ministério do Desenvolvimento Social [...] É, com a distribuição de cestas de alimentos, só que assim as parcelas que a gente recebe, é, assim, não são/não são mensalmente, por exemplo. Elas são... [...] seis (etapas) [...] duas vezes ao ano (Ourilândia do Norte, PA).

A intersectorialidade em saúde prevê ações articuladas com outros setores de política social, mas não foi adotada prioritariamente pelos gestores nas três esferas governamentais brasileiras, responsáveis pela execução das políticas de saúde, destacando as ações voltadas para uma integralidade caracterizada pela referência e contrarreferência nos diversos níveis de atenção à saúde<sup>22</sup>. A integralidade, que também abrange a intersectorialidade, ainda não ocupa uma agenda de prioridade no setor da saúde:

... a integralidade é a diretriz do SUS que menos se desenvolveu nestes 20 anos de existência do sistema, ao contrário das diretrizes da descentralização e do controle social, tomadas como centrais na trajetória recente do setor<sup>22</sup>.

o problema do acesso à saúde e, por consequência, da equidade em saúde, precisa ser confrontado através de ações intersectoriais e transversais a todas as áreas de governo, abrangendo políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente através de ações circunscritas ao nível de atuação dos sistemas de saúde<sup>18</sup>.

A consolidação de estratégias e os arranjos organizativos que permitam o exercício da integralidade no SUS ainda constituem desafios. Na APS, principalmente devido à sua implicação na promoção da saúde e ações sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, reside a maior urgência em se configurarem os serviços de atenção à saúde integral efetivamente.

### **A formação médica e a integralidade**

As mudanças decorrentes da globalização, do envelhecimento populacional, das modificações no perfil de morbimortalidade do brasileiro e as consequentes alterações na forma de utilização dos serviços acarretam uma crise na força de trabalho do SUS. Além disso, a inclusão e a difusão de novas tecnologias mudam o comportamento e as expectativas dos usuários diante do atendimento. Apesar disso, a formação dos profissionais está mais direcionada às demandas tradicionais de mercado que às necessidades de mudanças no modelo assistencial e à integração ensino-serviço<sup>23</sup>.

Na Venezuela, foram criados os Cursos de Medicina Comunitária Integral, formado por médicos cubanos, como parte do acordo entre Venezuela e Cuba, com o objetivo de formar médicos venezuelanos para um atendimento integral, segundo modelo de atenção à saúde instituído pelas *Missiones Barrio Adentro*. Tal característica remete ao Programa Mais Médicos no Brasil que foi criado com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária brasileira, levando o profissional médico aos locais mais remotos e de difícil acesso, para cobertura de uma população vulnerável. Este programa ainda prevê o aumento no número de vagas e cursos de medicina no país, bem como uma reforma curricular que inclua a APS nos programas de ensino-aprendizagem:

A Universidade Federal de Santa Catarina envia os alunos para gente também porque é uma experiência fundamental para eles passarem pela assistência primária, eles não podem passar por uma faculdade sem saber o que se faz aqui e isso tem mudado porque até pouco tempo atrás era uma vez por semana só a visita deles aqui, mas com a mudança do currículo eles passam um período imerso aqui manhã e tarde e aí dá para vê o que se faz (Florianópolis, SC).

...o *Programa Comunidade Medicina Integrada* focada para formar um médico, com todas as habilidades médicas, mas que com maior força na promoção e prevenção, obviamente, com capacidades para o diagnóstico, terapêutica e reabilitação. Era o perfil do médico que são formados em sua comunidade (Ministério da Saúde)

Enquanto na Venezuela coexistem a Universidade Bolivariana, com formação integral com apoio do Acordo Venezuela-Cuba, e a Universidade Central da Venezuela, com formação médica tradicional fragmentada, as diversas universidades do Brasil passam por um momento de transformação curricular, com o desafio de incluir a formação em medicina comunitária, preparando os futuros profissionais para atuarem na promoção, na prevenção, no tratamento e na reabilitação junto a comunidade.

Apesar do sucesso parcial de iniciativas anteriores, foi apenas com o Programa Mais Médicos que a provisão de médicos em áreas vulneráveis teve a magnitude e a resposta em tempo adequado para atender a demanda dos municípios brasileiros. Estão em curso, no país, mudanças quantitativas e qualitativas na formação médica, que buscam garantir não apenas a universalidade, mas, também, a integralidade e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde<sup>24</sup>.

### **Considerações finais**

Este estudo comparativo da integralidade entre Brasil e Venezuela traz as similaridades na aplicação do princípio na APS nestes países latino-americanos, bem como aponta evidências de complementaridade.

Quanto aos conceitos do termo “integralidade”, eles se assemelham na visão de três dimensões. Primeiro, a definição do cuidado integral e holístico, que busca

ofertar aos usuários um cuidado singular, abordando as necessidades peculiares a cada indivíduo, nas dimensões orgânicas, biológicas, psicológicas e sociais, dentre outras.

Para a implementação de um cuidado integral e holístico efetivo, é necessária uma atuação inter e transdisciplinar, bem como configurar o processo de trabalho em saúde no espaço vivo da micropolítica institucional, de forma que as necessidades em saúde dos usuários sejam contempladas, definindo a segunda dimensão.

Partindo de um conceito abrangente de saúde, como no SUS, faz-se necessária uma articulação com os mais diversos níveis de atenção à saúde, o que, no Brasil, denominamos “trabalho em rede” e “linha de cuidado”, ou seja, uma terceira dimensão de integralidade: a da continuidade do cuidado na macropolítica institucional. Na Venezuela, as *Misiones Barrio Adentro* expandem-se, de forma a darem conta de todos os níveis de atenção, uma vez que as pactuações com as estruturas tradicionais não são efetivas.

A intersectorialidade ocupa um espaço importante na integralidade, uma vez que a APS tem como foco principal as ações de promoção da saúde, que impactem diretamente nos agentes condicionantes e determinantes do processo saúde-doença. A APS, seja no Brasil ou na Venezuela, envolvem, em seu processo de trabalho em saúde, em uma visão macropolítica, os saberes e as práticas de outros setores.

A formação médica na Venezuela ocorre de forma polarizada: de um lado a formação em medicina comunitária integral, de outro, a medicina tradicional. No Brasil, movimentos em direção à reforma curricular e da formação médica em saúde

da família ou medicina comunitária ainda estão em elaboração, motivados principalmente pelo Programa Mais Médicos.

Políticas sociais, com as *Missiones* (Venezuela) e os Programas Ministeriais (Brasil), voltadas para as populações mais vulneráveis, ocasionam um impacto sistêmico nos processos de trabalho em saúde, fortalecendo ainda mais a APS como ordenadora e coordenadora de sistemas nacionais de saúde. Essa busca da equidade leva à reflexão sobre os avanços e as dificuldades que envolvem os conceitos e as práticas da integralidade.

## Referências

1. Mattos RA. Integralidade na prática (ou sobre a prática da Integralidade). *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1411-6.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. *Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto legislativo no 186/2008 e pelas emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994*. 35a. ed. Brasília, DF: Edições Câmara; 2012.
3. Viegas SM, Penna CM. The dimensions of the comprehensiveness on healthcare within the routine of the Family Health Strategy in the Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, Brazil. *Interface - Comunic, Saude, Educ* 2015; 19(55):1089-100.
4. Giovanella L, Mendonça MH, Almeida PF, Escorel S, Senna MC, Fausto MC, Delgado MM, Andrade CL, Cunha MS, Martins MI, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva* 2009; 14(3):783-94.

5. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão de literatura. *Cienc Saude Coletiva* 2016; 21(5):1499-509.
6. Venezuela. *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela* [Internet]. Caracas: Gaceta Oficial; 30 de diciembre de 1999 [cited 2016 Jun 14]. Available from: [https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ven/sp\\_ven-int-const.html](https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ven/sp_ven-int-const.html)
7. Pereira AM, Castro AL, Oviedo RA, Barbosa LG, Gerassi CD, Giovanella L. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde em Debate* 2012; 36(94): 482-499.
8. Bonvecchio A, Becerril-Montekio V, Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta-Jiménez M. Sistema de salud de Venezuela. *Salud Publica Mex* 2011; 53(2):S275-S286.
9. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Sistemas de Alocação de Recursos a Prestadores de Serviços de Saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro* [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012 [cited 2016 Jun 14]. p. 206. Available from: [http://www.obsnetims.org.br/uploaded/11\\_11\\_2015\\_\\_0\\_miolo\\_saude\\_brasil\\_2030.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/11_11_2015__0_miolo_saude_brasil_2030.pdf)
10. Yin RK. Estudo de caso. *Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2001.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família: trabalhos premiados*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.

12. Silva AH, Fossá MI. Análise de Conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualit@s Revista Eletrônica* [Internet] 2015 [cited 2016 Jun 14]; 17(1):1-14. Available from: [http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEPQ/enepq\\_2013/2013\\_EnEPQ129.pdf](http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEPQ/enepq_2013/2013_EnEPQ129.pdf)
13. Santos JS, Teixeira CF. Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014. *Saúde Debate* [Internet] 2016 [cited 2016 Jun 14]; 40(108):219-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00219.pdf>
14. Aguirre V. Barrio Adentro en Salud: un proyecto político y social de la República Bolivariana de Venezuela. *Salud Colectiva* [Internet] 2008 [cited 2016 Jun 14]; 4(2):221-38. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652008000200011](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000200011)
15. Mattioni FC, Budó ML, Schimith MD. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. *Texto Contexto Enferm* [Internet] 2011 [cited 2016 Jun 14]; 20(2):263-71. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200007)
16. Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Rev Enferm UERJ* [Internet] 2011 [cited 2016 Jun 14]; 19(3):457-62. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a20.pdf>
17. Sena AL, Ferreira LN, Oliveira RS, Kozmhinsky VM. Acolhimento e SATISFAÇÃO DO USUÁRIO Na Estratégia Saúde da Família: uma experiência de êxito. *Rev APS* [Internet] 2015 [cited 2016 Jun 14]; 18(2):134-40. Available from: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2326>
18. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud*

*Publica* [Internet] 2012 [cited 2016 Jun 14]; 31(3):260-8. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. *Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão)* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2016 Jun 14]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940\\_28\\_04\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html)

20. Grossi LM, Pisa IT, Marin HF. Tecnologia da Informação e Comunicação na Auditoria em Enfermagem. *J Health Inform* [Internet] 2015 [cited 2016 Jun 14]; 7(1):30-4. Available from: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/314/227>

21. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunic, Saude, Educ* [Internet] 2010 [cited 2016 Jun 14]; 14(34):593-605. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>

22. Monnerat GL, de Souza RG. Da seguridade social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *R Katál* 2011; 14(1):41-9.

23. Engstrom EM, Motta JI, Venâncio SA. A formação de profissionais na pós-graduação em saúde pública e atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cienc Saude Coletiva* [Internet] 2016 [cited 2016 Jun 14]; 21(5):1461-70. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501461&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501461&script=sci_abstract&tlng=pt)

24. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JT, Figueiredo AM, Araújo SQ, Matos MF, Cyrino EG. ["Mais Médicos": a Brazilian program in an international perspective]. *Interface - Comunic, Saude, Educ* [Internet] 2015 [cited 2016 Jun 14]; 19(54):623-34. Portuguese. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180141076018.pdf>

## **CONCLUSÕES**

Nestes 28 anos de Constituição Federal Brasileira e criação do Sistema Único de Saúde, a integralidade foi o princípio doutrinário do SUS que menos avançou na sua consolidação nas ações e serviços de saúde prestados à população. A Venezuela, país latino-americano com as mesmas tendências democráticas e história de lutas populares, apresenta-se como caso factível para fins de comparação com o Brasil.

A integralidade concebeu-se, por legislação brasileira e por literatura científica, de forma complexa e abrangente: primeiramente como cuidado individual e holístico, onde o cuidador vê o ser cuidado de forma completa, em todas as suas necessidades, sejam biológicas, psicológicas, sociais, financeiras, de contexto o qual está inserido como família, comunidade e ambiente que vive; em segundo, pode ser reconhecida pela articulação intrainstitucional, intramuros, na micropolítica do processo de trabalho dos profissionais de saúde, na aplicação da interprofissionalidade, pautada no cuidado singular, no ambiente que opera-se o modelo de atenção à saúde centrado no usuário e suas necessidades, no que reconhecemos hoje como Linha de Cuidado Integral; em terceiro, reconhece-se que as necessidades dos indivíduos muitas vezes extrapolam a capacidade de um equipamento de saúde pode ofertar, exigindo uma pactuação interinstitucional, extra-muros, na macropolítica do processo de trabalho em saúde, onde ultrapassamos o simples referenciamento e contra-referenciamento para as transferências responsáveis e participativas, identificadas atualmente pelas Redes de Atenção à Saúde; em quarto, considerando um conceito de saúde abrangente e multideterminado, incluímos a intersetorialidade, onde as necessidades do indivíduo, família e comunidade ultrapassam o que o Setor Saúde tem governabilidade para resolver, parte-se para uma negociação com outros setores (educação, transporte, serviço social, direito, dentre outros) com o primordial objetivo de aplicar a integralidade nas ações e serviços prestados pelo SUS.

Este dever em operacionalizar a integralidade no SUS leva-nos a focar nossos esforços na sua principal porta de entrada, no coordenador e ordenador do sistema, onde resolvem-se aproximadamente 80% das necessidades de saúde da população, a Atenção Primária à Saúde (APS), ou como a reconhecemos no Brasil, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família. Comparar a APS do Brasil e da Venezuela permitiu o reconhecimento das

normas, organização e práticas realizadas e seus efeitos na realidade destes países, a identificação de semelhanças e complementaridades que favoreceram o processo de aprendizagem com a experiência do outro, conhecer as aplicabilidades da integralidade na APS, em contextos diferentes com similaridades, e seus resultados para a população assistida. O Estudo Comparado da APS do Brasil e da Venezuela contribui ainda com os avanços nos estudos e investigações referentes à Atenção Primária em Saúde no Brasil.

Comparou-se inicialmente a APS brasileira e a venezuelana. O arcabouço legislativo vigente possui características semelhantes em ambos os países. Observou-se que os princípios que regem os sistemas nacionais de saúde são os mesmos. Além disso, passaram por processos históricos de luta pela democratização da saúde de forma semelhante. Ambos possuem dois modelos de atenção primária à saúde vigentes, o modelo tradicional e o modelo voltado para a capilarização das ações e serviços de saúde apoiados na equidade (*Mission Barrio Adentro I* na Venezuela, Estratégia Saúde da Família no Brasil).

Quanto à organização da APS nos países estudados, a Venezuela possui paralelamente ao modelo tradicional a *Mission Barrio Adentro I* (MBAI), criada a partir do Acordo Cuba-Venezuela com o objetivo de transformar a rede de cuidados em saúde com base no modelo de atenção integral. A MBAI assemelha-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil no que se refere ao atendimento orientado pelo território e os serviços ofertados que abrangem a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, bem como são considerados porta de entrada e ordenadores do sistema nacional de saúde.

A APS representa, nos países estudados, estratégia de reordenamento do sistema de saúde que, por meio dos recursos do sistema, visa satisfazer às necessidades de saúde do indivíduo e da população adscrita, implicando numa pactuação com toda a rede de serviços de saúde.

A composição das equipes de ESF e MBAI possuem em comum os profissionais médico, enfermeiro, e o agente comunitário de saúde, também chamado na Venezuela de promotores de saúde e defensores de saúde. No Brasil, além destes três profissionais, ainda contamos com o dentista e o técnico de enfermagem. Apesar de uma maior variedade de profissionais na ESF, esta característica corrobora com uma maior dificuldade em manter equipes completas atuando no território.

O estudo comparativo da integralidade entre o Brasil e a Venezuela traz similaridades e complementaridades em relação à aplicação deste princípio nas ações e serviços de saúde. Ambos dão aplicabilidade aos três conceitos: o cuidado integral, holístico e singular, a integralidade na micropolítica institucional e na macropolítica institucional. Partindo de um conceito abrangente de saúde, consideram a intersetorialidade como uma das formas de operacionalizar a integralidade, envolvendo saberes e práticas de outros setores no seu processo de trabalho em saúde.

Analisou-se ainda a formação médica dos países pesquisados. Na Venezuela ocorre de forma polarizada: de um lado temos a formação médica tradicional e médico-centrada na Universidade Central da Venezuela, de outro temos a formação em medicina comunitária integral na Universidade Bolivariana da Venezuela, voltada para um modelo usuário-centrado, com foco na comunidade, e integrando o Acordo Cuba-Venezuela, mantendo-se até os dias atuais. No Brasil, a formação médica caminha em direção à reforma curricular e da formação médica em saúde da família ou medicina comunitária, motivados principalmente pelo Programa Mais Médicos.

Concluiu-se com esta tese que o Brasil e a Venezuela traçaram histórias político-sanitárias semelhantes, por seguirem caminhos de luta pela democratização em comum. Esta característica levou-os a estruturar e organizar os seus sistemas nacionais de saúde de forma similar, cada um com suas peculiaridades inerentes à sua população, clima, extensão territorial e governantes. Experiências venezuelanas como a *Mission Barrio Adentro* direcionam reflexões sobre os avanços e desafios enfrentados hoje, apontando possíveis estratégias para a melhoria no acesso, equidade e integralidade no SUS.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Souza MF, Mendonça AVM, Rocha DG, Hamann EM, Pereira MF. **Da Política Institucional aos Processos de Cuidar: estudos comparados sobre as práticas de Promoção da Saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Canadá, Cuba, Colômbia, Chile, Peru, Portugal, Venezuela.** Projeto de Pesquisa. NESP, CEAM, Brasília, 2009.
2. Yin RK. **Estudo de caso. Planejamento e métodos.** Porto Alegre. Bookman, 2001.
3. OPAS/MS. **A atenção à saúde coordenada pela APS construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
4. OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas.** Washington: OPS; 2010.
5. Costa NR. Lutas urbanas e controle sanitário. Petrópolis: Vozes, 1985. Apud: Andrade LOM. **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais.** Org.: Andrade LOM, Barreto ICHC. 2 ed. Rev.ampl. São Paulo: Hucitec, 2007, p.25.
6. Andrade LOM. Evolução das Políticas de Saúde no Brasil: do nascimento da saúde pública ao movimento pré-sus. In: Andrade LOM. **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais.** Org.: Andrade LOM, Barreto ICHC. 2 ed. Rev.ampl. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 25-35.
7. Brasil. **Constituição Federal Brasileira.** Seção II da Saúde. Artigos 196, 197, e 198. 1988.
8. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo. Hucitec. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz: 2006. Pág. 531-562.
9. Brasil. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 24 jul 2015.

10. Brasil. **Lei 8.142 de 28 dez 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm)>. Acesso em: 24 jul 2015.
11. Aguiar ZN. A descentralização do SUS: o financiamento e as normas operacionais básicas de saúde. In: Aguiar ZN (Org.). **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.
12. Brasil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011, 29 jun.
13. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p.783-836.
14. Sousa MF. A Reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude. In: SOUSA MF, FRANCO MS, MENDONÇA AVM. **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no Espelho do Futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014
15. Organização Mundial de Saúde/UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde**. Conferência de Alma-Ata, 1978.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
17. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores: Para entender a gestão do SUS, vol. 8. Brasília : CONASS, 2007.
18. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota Técnica 18/2014**.

- Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde.** CONASS Progestores. Brasília, 2014.
19. WHO. Venezuela (Bolivarian Republic of). Countries. **Global Health Observatory**. 2013. Acesso em 25 de setembro de 2015. Site: <http://www.who.int/countries/ven/en/>
  20. Bonvecchio A, Becerril-Montekio V, Carriedo-Lutzenkirchen A, Landaeta-Jiménez M. **Sistema de salud de Venezuela**. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S275-S286.
  21. OPAS. Venezuela. **Salud en las Americas**. Edición de 2012: Volumen de países. OPAS: 2012.
  22. Rocha M. Participação popular nas políticas socioassistenciais na América latina: estudo comparativo entre Brasil e Venezuela. **Rev. Pol. Públ. São Luis**, v. 13, n. 2, p. 303-314 jul./dez. 2009
  23. OPAS. **Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela**. Caracas, Venezuela, 2006.
  24. Da Ros MA, Henrique F, Gama LA, Goronzi TA, Soares GB. **Atenção primária em saúde na Venezuela: misión barrio adentro I**. MS-OPAS. Letras contemporâneas: 2008.
  25. Espinoza L. **Informe nal sobre la política social actual: Plan Barrio Adentro**. ILDIS. Caracas: 2004.
  26. Rizzotto MLF. **A formação de profissionais de saúde no âmbito do Projeto Revolucionário Bolivariano na Venezuela**; XI Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva; ; XI; Bogotá : Alames; p.inicial 01; p.final 09; Vários; <http://www.alames.org/>; Sitio de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Bogotá : Alames, 2009.
  27. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1325-1335, 2009.
  28. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado MM, Andrade CLT, Cunha MS, Martins MIC, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2009, vol.14, n.3, p. 783-794.
  29. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro,

- 22(6): 1171-1181, jun, 2006.
30. Campos GW. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
31. Mendes EV. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
32. Silva SF, Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde: Importância e Conceitos. In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.
33. Silva SF. **Redes de Atenção à Saúde: Desafios da Regionalização no SUS**. 2.ed. Campinas: Saberes Editora. 2013. P.81
34. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 10 jan. 2015.
35. Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, N. 52, P. 15-37, Out 2014.
36. Mendes EV. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, N. 52, P. 38-49, Out 2014
37. Mendes EV. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
38. Chueiri PS, Harzheim E, Gauche H, Vasconcelos LLC. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a atenção Primária à Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, N. 52, P. 114-124, Out 2014.
39. Tavares FA, Lima MS, Pereira LD, Santos MCP, Nicolato BCS. Novas Perspectivas na Gestão para Resultados na Saúde em Minas Gerais: a Implantação dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Saúde. **Gestão para resultados na área da saúde em Minas Gerais**. VI Congresso CONSAD de Gestão Pública. Painel 08/031. Brasília-DF: 2013.

40. Santos L; Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, 16(3): 1671-1680, 2011. p. 1.678.
41. Greenwood, E. Metodologia de la investigación social. Buenos Aires: Paidós, 1973, In: MUNIZ, R.M. **Relaciones Intergubernamentales y política de médio ambiente en Brasil: un enfoque de gestión intergubernamental**. Madrid: Universidad Complutense, 1998 (Tese de Doutorado em Ciência Política e Administração).
42. Temporão JG. Apresentação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família : trabalhos premiados** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família : trabalhos premiados** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
44. GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.
45. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm**. 1998 Jul-Dez; 3(2):109-12
46. Conill EM. Sistemas Comparados de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Andrade LOM, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006: 563-613.
47. Silva CR, Gobbi BC, Simão AA. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ. rurais agroind.**, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.
48. Silva AH, Fossá MI. Análise de Conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica [Internet]** 2015 [cited 2016 Jun 14]; 17(1):1-14. Available from: [http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEPQ/enepq\\_2013/2013\\_EnEPQ129.pdf](http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEPQ/enepq_2013/2013_EnEPQ129.pdf)

49. Bardin, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p. ISBN 9789724415062.
50. Minayo MCS. Técnicas de análise de material qualitativo. In: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª Edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.
51. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84.

# APÊNDICE 1



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES  
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA  
PROJETO DE ESTUDOS COMPARADOS

---

ROTEIRO – CAPITAIS BRASILEIRAS

**DATA DA VISITA:**

**MUNICÍPIO VISITADO:**

**PESQUISADORES:**

**ENTREVISTADOS E RESPECTIVAS INSTITUIÇÕES VISITADAS:**

**CONTEXTO GERAL DO MUNICÍPIO:**

Porte populacional (geral, urbana e rural):

IDH:

**CONTEXTO DO SETOR SAÚDE:**

Gestão: Localização da APS/PS/COMSAÚDE na estrutura organizacional

Cobertura ESF (Site MS -Sala de Situação em Saúde):

Nº ESF(Site MS -Sala de Situação em Saúde):

**DIRETRIZ DA COLETA:** pode-se mencionar a categoria e subcategoria ao identificar que o entrevistado tem necessidade de saber qual é o foco dos blocos das perguntas.

**Categoria - subcategoria**

POLÍTICA – UNIVERSALIDADE

1. Gostaríamos de saber como a política nacional de AB (PNAB) se operacionaliza dentro da secretaria municipal de saúde/unidade de saúde?
2. De que forma a política nacional de promoção da saúde é inserida nas práticas do cuidado nas equipes da ESF?
3. De que forma as ações em comunicação em saúde se inserem nas práticas do cuidado das Equipes da ESF?
4. Existem leis, portarias ou outros instrumentos normativos que formalizam as ações:
  - a. de AB?

- b. de PS?
  - c. Comunicação em saúde
5. Há um grupo técnico, equipes de trabalho para qualificar e/ou ampliar a AB no cotidiano das práticas das Equipes da ESF? (grupo de apoio)
  6. Há no orçamento recursos destinados aos financiamento da AB, PS e comunicação em saúde no plano municipal de saúde (Geral; Rubrica específica; percentual)?
  7. Qual o papel da PS e da comunicação em saúde nas práticas das Equipes da ESF?

#### POLÍTICA – EQUIDADE

8. Existem Grupos de Trabalho/Comissões para “minorias” e/ou populações vulneráveis (gênero, tradicional, etnia/raça/cor/população em situação de rua)?
9. GESTOR – Quais foram os critérios de implantação das unidades de saúde? (equidade)

#### POLÍTICA – INTERSETORIALIDADE

10. Quais são os setores envolvidos na formulação e implementação das ações de AB? (atenção: setores seguem integrados desde a formulação até a implementação)
11. Que fatores das relações intergovernamentais interferem na condução das ações:
  - a. da AB?
  - b. de PS?
  - c. de comunicação em saúde?
12. Quais as estratégias adotadas pela AB para articular e integrar agendas de intervenção para modificar os determinantes de saúde e equidade? (planejamento segundo ciclo de vida, comissões intersetoriais, matriciamento, entre outros)
  - a. Qual a origem desta agenda (setor saúde ou outro)?
  - b. E como esta agenda se articula com outros setores governamentais?

## **POLÍTICA – Participação social**

13. Quais são os atores (governamentais e não governamentais) envolvidos na formulação e implementação dos programas estratégicos:
  - a. da AB?
  - b. da PS?
  - c. em comunicação em saúde?
  
14. Intra-Governamental: Quais as instâncias de pactuação para a tomada de decisão das ações da AB dentro do setor saúde, considerando os diferentes níveis administrativos da gestão municipal ? (colegiado de gestão – regiões e distritos)
  
15. Intra-Governamental: Quais as instâncias e formas de pactuação do sistema entre os entes federados?
  
16. Estado - Sociedade: Como se estabelece a articulação entre as diferentes esferas da gestão e outros atores sociais para a formulação e implementação nas ações de AB?
  
17. Há representação dos usuários no processo/instâncias de tomada de decisão nas ações de AB do município e das equipes de saúde da família? (Conselhos, audiências/Conferências)
  
18. Como os indivíduos, famílias e as comunidades são mobilizadas para participarem dos processos de planejamento e ação nos serviços da AB/PS? (oficinas, ouvidorias, pesquisa de satisfação do usuário)

## **ORGANIZAÇÃO - Acesso (Território, Utilização e Relações)**

19. Quais são as ações adotadas para assegurar o acesso aos serviços da AB e dos demais pontos do sistema? (conceito de acesso na resolutividade e nas relações)
  
20. Há adscrição de população sob responsabilidade das equipes?
  
21. Os serviços da AB estão dirigidos à promoção da equidade? (zona rural, periferia, critérios para as primeiras equipes, etc.)
  
22. Qual a composição da equipe da ESF?

23. A atenção à saúde é médico-centrada ou clínica ampliada?

24. Na definição das ações de AB, a estratégia da promoção da saúde é priorizada?

### **ORGANIZAÇÃO - Gestão do Processo de Trabalho**

25. Como é a configuração da unidade de saúde? (se há outros equipamentos dentro das unidades, ex. CAPS, unidade mista)

26. Como as equipes da ESF são coordenadas? (gerência específica, rodízio entre os membros e colegiada)

27. Como é a definição da agenda das equipes?

### **ORGANIZAÇÃO - Integralidade**

28. Quais as estratégias adotadas pelo sistema de saúde para garantir que a AB coordene e articule ações governamentais para garantir o acesso aos serviços de promoção e prevenção?

29. Quais as estratégias utilizadas para a integração dos níveis da atenção e garantia da continuidade do cuidado? (rede de atenção à saúde/linhas de cuidado/referência contra-referência)

30. Como a equipe de saúde da família garante a referência e contra-referência? (existem protocolos ou fluxos de referência e contra-referência)

31. Quais as estratégias utilizadas para a integração entre os níveis administrativos (central, distrital/regional e local) para o desenvolvimento:

- da AB?
- da PS?
- da comunicação em saúde?

32. Quais são as potencialidades relacionados à integração entre AB, PS e comunicação em saúde?

- E os principais problemas?

33. Como se dá o processo de integração:

- entre os membros das equipes nas unidades de AB?

- b. entre as diferentes equipes das unidades de AB?
- c. das equipes com os equipamentos sociais? (CAPS, pólos da SESAI, etc.)

34. Como se dá o processo de integração com outros setores no território da unidade de saúde? (PSE, CRAS, ONG, rádios comunitárias, pastorais, etc.)

35. As tecnologias de comunicação em saúde (TICS) são utilizadas com que finalidade? (uso terapêuticos/cuidado, promoção da saúde, comunicação interprofissional e de gestão, formação profissional – Telessaúde, CVSP/OPAS)

### **SINAIS DE REALIDADE**

36. Você poderia descrever/relatar algum(ns) resultados/efeitos na realidade da população (qualidade de vida/saúde) que pode/m ser atribuído/s às ações de promoção da saúde das equipes ESF?

37. Há uma comunicação prévia das ações e serviços que serão realizados?

38. Os efeitos/resultados das ações e serviços de saúde estão registrados? (banners, posters, sistemas de informação; monitoramento ou avaliação realizada; Estudo/Pesquisa realizados)

## **APÊNDICE 2**



Universidade de Brasília – UnB  
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM  
Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP  
E-mail: [nesp@unb.br](mailto:nesp@unb.br) Telefones (61) 340-6863/ 340-6629

---

## **ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES E INFORMANTES-CHAVE DOS SERVIÇOS E PROGRAMAS**

- 1. Qual a abordagem política o Ministério/Secretaria/Departamento aponta para a APS no país? (MFS)**
- 2. Quais são as bases/fundamentação legal, institucional e organizacional que asseguram a prioridade das Políticas de APS/Promoção da Saúde rumo à universalidade? (MFS)**
- 3. Como se expressa as prioridades (atenção das autoridades políticas/compromisso político) às necessidades estruturais e operacionais da APS/Promoção da Saúde objetivando a universalidade? (financiamento apropriado, gestão adequada e sustentabilidade do desenvolvimento de pessoal). (MFS)**
- 4. Há iniciativas e/ ou referências às Agendas Sociais Globais/Internacionais (ODM, Agenda 21, Estratégia Global, DSS, outros?) (DGR)**
- 5. Há institucionalização de políticas de Comunicação em Saúde ou de Gestão do Conhecimento? (AVMM)**
- 6. Há institucionalização de políticas de TICS? (AVMM)**
- 7. No sistema e serviços de saúde, que atribuições/ competências assumem a Atenção Primária na co-responsabilidade de promover condições de saúde e de desenvolvimento humano mais equitativas? (DGR)**
- 8. Se existe política a quem se destina, há recorte de população? (Existem políticas ou Grupos de Trabalho/Comissões para “minorias” e/ou populações vulneráveis (gênero, tradicional, etnia/raça/cor?) (DGR)**
- 9. Quem são os setores/ atores envolvidos na formulação, implementação destas estratégias/políticas? (EMH)**
- 10. Que fatores das relações intergovernamentais interferem na condução dessas políticas? (EMH)**
- 11. Quais as estratégias adotadas pelo sistema de saúde (estruturais e funcionais) para que APS coordene e/ou articule as ações governamentais (intraministério, interministérios e Intersetorial) tanto no âmbito nacional, estadual/províncias / local, para assegurar o acesso a serviços, enfatizando a prevenção e a promoção da saúde?**

12. **Quais as estratégias adotadas pelo sistema de saúde, com base na APS para desenvolve ações intersectoriais direcionados aos determinantes de saúde e equidade? (DGR)**
13. **Qual a natureza do suporte da comunidade/estado para dar sustentação às estratégias de promoção da saúde no âmbito da APS? (EMH)**
14. **Quais estratégias são adotadas para o desenvolvimento/continuidade das ações nas mudanças administrativas? (EMH)**
15. **A promoção da saúde é hoje parte integrante da agenda política como mecanismo de fortalecer as ações da APS?**
16. **Qual o papel do gestor na política nacional de promoção da saúde e da APS?**
17. **Quais as principais estratégias previstas para integração dessas políticas? (EMH)**
18. **Quais são os principais problemas e possibilidades relacionados à integração dessas estratégias? (EMH)**
19. **As TICS são utilizadas para uso terapêutico/cuidado? (AVMM)**
20. **Quais são as ações adotadas para assegurar de acesso aos serviços da APS e dos demais pontos do sistema? (MFS)**
21. **Na definição dessas ações a estratégia de promoção da saúde é priorizada/toma primazia?**
22. **Quais são as ações-práticas relacionadas à humanização do atendimento/ “qualidade da atenção”?**
23. **Como os indivíduos, famílias e comunidades expressam sua autonomia no cuidado de sua saúde-doença?**
24. **Quais as iniciativas definidas para reconhecer nos indivíduos, famílias e comunidades sujeitos em relação nos processos do cuidar da saúde-doença (necessidade ampliada para cuidado);**
25. **Como os indivíduos, famílias e as comunidades são mobilizadas para participarem dos processos de planejamento e ação nos serviços da APS/Promoção da Saúde?**
26. **Quais são os ganhos em saúde e vida evidenciados pelas ações políticas dos serviços da APS/Promoção da Saúde? (EMH)**
27. **Quais são os ganhos em saúde e vida evidenciados pelas ações políticas de Comunicação em Saúde? (AVMM)**

- 28. Quais as instâncias de pactuação do sistema?**
- 29. Quem são os atores envolvidos na formulação, implementação destas estratégias/políticas?**
- 30. Como se estabelece a articulação entre as diferentes esferas da gestão e outros atores sociais para a formulação e implementação dessas políticas?**
- 31. Há representação dos usuários nas EPS nas IPS (Conselhos, audiências/Conferências?)**
- 32. Os gestores estaduais/províncias/municipais/locais tem autonomia no sistema de saúde para definir e consolidar a base legal, institucional e organizacional das políticas de APS/Promoção da Saúde (recursos humanos, financeiros e tecnológicos)? (EMH)**
- 33. Quais são os espaços/audiências entre os gestores do Sistema e serviços para pactuação de ações políticas rumo as práticas otimizadas de organização e gerenciamento na APS e nos demais pontos do sistema (participação individual e coletiva no sistema)?**

# **ANEXO 1**



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

### **PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

Registro do Projeto no CEP: **084/12**

Título do Projeto: “Da Política Institucional aos Processos do cuidar: Estudos comparados sobre as práticas de Promoção da Saúde nas Equipes do PFS no Brasil e seus Similares em Canadá, Cuba, Espanha, México; Da Política Institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Canadá, Cuba, Colômbia, Chile, Peru, Portugal, Venezuela”.

Pesquisadora Responsável: Maria Fátima de Sousa  
Data de Entrada: 11/06/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **084/12** com o título: “Da Política Institucional aos Processos do cuidar: Estudos comparados sobre as práticas de Promoção da Saúde nas Equipes do PFS no Brasil e seus Similares em Canadá, Cuba, Espanha, México; Da Política Institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do PSF no Brasil e seus similares em Canadá, Cuba, Colômbia, Chile, Peru, Portugal, Venezuela”, analisado na 6ª Reunião Ordinária, realizada no dia 03 de julho de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 09 de julho de 2012.

  
Prof. Natália Monsores  
Coordenador do CEP-FS/UnB