



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

ANA PAULA DOS SANTOS MACHADO

**O CUIDADO E AS MULTIDIMENSÕES DAS REDES DE SAÚDE:
CONTRIBUIÇÕES AO CAMPO DA EDUCAÇÃO**

Porto Alegre

2021

ANA PAULA DOS SANTOS MACHADO

**O CUIDADO E AS MULTIDIMENSÕES DAS REDES DE SAÚDE:
CONTRIBUIÇÕES AO CAMPO DA EDUCAÇÃO**

Dissertação de mestrado profissional apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – PPGEnSau da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristine Maria Warmling

Porto Alegre

2021

ANA PAULA DOS SANTOS MACHADO

**O CUIDADO E AS MULTIDIMENSÕES DAS REDES DE SAÚDE:
CONTRIBUIÇÕES AO CAMPO DA EDUCAÇÃO**

Dissertação de mestrado profissional apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – PPGEnSau da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: 23/09/2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Fabiana Schneider Pires

Profa. Dra. Graciela Soares Fonsêca

Profa. Dra. Luciane Maria Pezzato

Prof. Dr. Júlio Baldisserotto (suplente)

Profa. Dra. Mariangela Kraemer Lenz Ziede (suplente)

CIP - Catalogação na Publicação

Machado, Ana Paula dos Santos
O CUIDADO E AS MULTIDIMENSÕES DAS REDES DE SAÚDE:
CONTRIBUIÇÕES AO CAMPO DA EDUCAÇÃO / Ana Paula dos
Santos Machado. -- 2021.

97 f.

Orientador: Cristine Maria Warmling.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina,
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto
Alegre, BR-RS, 2021.

1. atenção primária à saúde. 2. redes de atenção à
saúde. 3. educação em saúde. 4. itinerário
terapêutico. I. Warmling, Cristine Maria, orient. II.
Título.

Dedico a minha mãe, meu pai (in memoriam), aos meus irmãos, meu companheiro Rafael e ao meu filho Paulo, minha fortaleza.

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho Paulo que me faz lutar, resistir e aprender a cada dia.

Ao meu companheiro Rafael, pelo apoio e incentivo.

À minha mãe Clarisse, pelo cuidado e dedicação à família e ao amor infinito pelo seu neto Paulo.

Ao meu saudoso pai Paulo Sidnei, pelo exemplo de amor à família e de dedicação profissional e por ter sempre me incentivado a estudar, tua ausência sempre será sentida!

Aos meus irmãos que sempre estiveram ao meu lado.

À Sônia, pelo cuidado, diversão e brincadeiras com o Paulo.

À professora Cristine Warmling pela orientação, dedicação e paciência nos diversos momentos que pensei em desistir.

Às professoras Fabiane Pires, Graciela Fonsêca e Luciane Pezzato, pelo aceite em participar da banca examinadora deste trabalho.

Aos meus colegas do IMESF, por dividirem o dia a dia comigo, os ensinamentos, as decepções, a luta pelo emprego público e por resistirem aos ataques da gestão municipal enquanto foi possível.

Aos estagiários da UFRGS e residentes da Escola de Saúde Pública, pelo convívio, por ajudarem a repensar minhas práticas e tentar exercer minha profissão da melhor maneira possível, para fazê-los acreditar que o SUS pode dar certo.

Aos docentes, funcionários e colegas do PPG Ensino na Saúde/FAMED/UFRGS, pela parceria e compartilhamento de angústias, saberes e experiências.

Aos usuários do SUS, que permitiram que eu exercesse a profissão que escolhi, que dividiram comigo as suas histórias e que me inspiraram na realização do mestrado.

A todos que contribuíram com este trabalho.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A organização dos serviços de saúde em Redes de Atenção vem sendo adotada pelo Sistema Único de Saúde em busca da integralidade do cuidado. Os serviços de saúde interagem entre si em fluxos usuário-centrados. O cuidado e a construção dos itinerários terapêuticos consolida-se por meio de práticas educativas.

OBJETIVO: compreender o itinerário do cuidado e o papel da educação considerando as multidimensões qualitativas que caracterizam as Redes de Saúde do Sistema Único de Saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso do tipo único e holístico, de natureza qualitativa. A pesquisa ocorreu em uma Unidade

Básica de Saúde de Porto Alegre/RS. Os critérios para a escolha dos participantes foram: ser usuário da Unidade Básica de Saúde cenário do estudo há mais de três anos e portador de doença crônica. Foram realizadas sete entrevistas aprofundadas guiadas por um roteiro fundamentado nas multidimensões qualitativas que compõem as Redes de Saúde: Unidade Mínimas, Conectividade, Integralidade, Normatividade e Subjetividade. A saturação teórica foi o critério adotado para definição do tamanho da amostra. A análise textual discursiva foi usada para análise dos dados.

RESULTADOS: A forma como os processos de adoecimento são percebidos e compreendidos pelos usuários, ao serem acolhidos pelos trabalhadores, produz (ou não) o vínculo e determina o papel da Conectividade entre as Unidades Mínimas para a produção inicial dos itinerários do cuidado. A dimensão da Integração da Rede de Atenção à Saúde sustenta-se por meio das práticas educativas, do acolhimento e do vínculo, pavimentando um caminho que o usuário trilhará em seu itinerário terapêutico, inclusive buscando outros serviços. Quando a Atenção Primária à Saúde não cumpre o papel de centro de comunicação da rede, os usuários assumem esse papel e protagonizam conexões. Rupturas na coordenação institucional do cuidado refletem no comprometimento da integração entre as Unidades Mínimas da rede e, conseqüentemente, na integralidade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estudo conclui que as práticas educativas são inerentes a dimensão da Subjetividade em seu papel transversal, perpassando as

demais dimensões da Rede de Atenção à Saúde e direcionando os modelos e conformações dos itinerários de cuidado.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, redes de atenção à saúde, educação em saúde, itinerário terapêutico

ABSTRACT

INTRODUCTION: The organization of health services in Primary Health Care Networks has been adopted by the Unified Health System of Brazil in order to promote the integrality of caring. The health services interact with each other in user-centered flows. The caring and construction of therapeutic itineraries is consolidated through of educational practices. **OBJECTIVE:** to comprehend the care itinerary and the role of education considering the qualitative multi-dimensions that characterize the Health Networks in the Unified Health System of Brazil. **METHODOLOGY:** This is a case study of type unique and holistic, of a qualitative nature. This research took place in one Unit of Basic Health at Porto Alegre/RS. The criteria for selecting the participants were: being an user for more than three years of the Unit of Basic Health considered in this study and having a chronic disease. Seven in-depth interviews were performed guided by a script based on the qualitative multi-dimensions that are part of the Health Networks: Minimum Units, Connectivity, Integrality, Normativity and Subjectivity. The theoretical saturation was the criteria adopted to define the sample size. Discursive textual analysis was used for data analysis. **RESULTS:** The way how illness processes are noticed and comprehended by the users during their embracement by the health workers produces (or not) their bond and determines the role of Connectivity between the Minimum Units for the initial production of the cares itineraries. The Integrality dimension of the Health Care Network is supported by educational practices, reception and bonding, paving the user's path during his therapeutic itinerary, including the search for other services. In the case where the Primary Health Attention does not fulfill the role as the center of communication on the network, the users assumes this role and protagonizes connections. Disruptions in the institutional coordination of care reflect in the compromised integration between the Minimum Units of the network and, consequently, in the integrality of caring. **FINAL CONSIDERATIONS:** This study concludes that the educational practices are inherent in the Subjectivity dimension in its transversal role, permeating all the other

dimensions in the Primary Health Care Networks and directing the models and conformations of caring itineraries.

Keywords: Primary Health Care, Primary Health Care Networks, Education in Health, therapeutic itinerary.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
EP	Educação Popular
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LC	Linhas de Cuidado
MS	Ministério da Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 OBJETIVOS.....	15
1.1.1 Objetivo Principal.....	15
1.1.2 Objetivos Específicos.....	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	17
2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	21
2.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....	25
2.4 OS PROCESSOS EDUCATIVOS NO CONTEXTO DO ITINERÁRIO DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS.....	27
3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO.....	34
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	34
3.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	35
3.3 PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	37
4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	41
5 RESULTADOS.....	43
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	43
5.2 CASOS EM ESTUDO.....	44
6 DISCUSSÃO.....	51
6.1 AS UNIDADES MÍNIMAS NA RAS (OS SERVIÇOS, OS TRABALHADORES E OS USUÁRIOS) E A PRODUÇÃO DO ACOLHIMENTO E DO VÍNCULO	52
6.2 A CONECTIVIDADE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NO ITINERÁRIO DO CUIDADO.....	55
6.3 A INTEGRAÇÃO: O EFEITO DO PAPEL DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO REALIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	58
6.4 A NORMATIVIDADE: OS PROTOCOLOS E A ENTRADA E SAÍDA DOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	62
6.5 SUBJETIVIDADE: OS SUJEITOS NA RAS E AS PRÁTICAS EDUCATIVAS CONTRIBUINDO NO CUIDADO.....	66
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	74
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	88
APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE PESQUISA- PARTE 1.....	90
ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	91

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa na saúde é uma ação política e técnica com capacidade de impulsionar estratégias e repensar modelos e práticas de saúde. Quando um processo de pesquisa se propõe a realizar análises nesse campo, pode ampliar concepções sobre os processos de saúde e doença, produzir inovações e reestruturar o cuidado (ASSIS, M. M. A. *et al.*, 2018).

Um sistema de serviços de saúde democrático – universal, igualitário e integral – é construído por meio de um processo social e político de formulação de políticas públicas, mas também, e essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde. A perspectiva de que as políticas de saúde se consolidam mediante a ação de atores sociais no cotidiano dos serviços, tem sido relevante para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho e de educação na saúde, visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Avanços significativos já foram obtidos com o SUS, em termos de instituição de direitos universais, da afirmação de valores de solidariedade e justiça social, da realização de uma ampla reforma de Estado, da expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), da implantação de programas de sucesso (por exemplo: DST/AIDS e Imunizações). Entretanto, ainda permanecem insuficiências na capacidade de garantir os princípios da universalização, da integralidade, da equidade, da qualidade e da eficiência na organização e gestão dos serviços de saúde prestados à população. São necessárias mudanças para que o SUS possa responder, de forma eficiente e efetiva, com qualidade e com equidade aos desafios da situação de saúde nacional. O sentido dessas mudanças deverá ser a integração do sistema por meio da implantação de redes de atenção à saúde (RAS) (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; TASCA, 2011).

A proposta de organização das RAS tem sido institucionalizada com o objetivo de articular a integração entre os serviços de saúde no SUS. “As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que apresentam diferentes densidades tecnológicas, integradas mediante sistemas de apoio técnico, logístico e

de gestão (BRASIL, 2010, p. 4). As RAS têm como um dos seus objetivos assegurar a integralidade do cuidado à saúde (BRASIL, 2010).

Para que a RAS cumpra seu papel é preciso que a APS esteja organizada e coordenando o cuidado. “A APS é uma das principais inovações tecnológicas do século XX e constitui-se em uma construção coletiva, uma obra em aberto, articulada com a construção de sistemas universais e públicos de saúde” (CAMPOS, 2018, p. 15). A APS trouxe transformações epistemológicas e conceituais ao campo da saúde, modificou profundamente as estratégias políticas e organizacionais e alterou as práticas e o trabalho em saúde. No Brasil, o SUS, desde o Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1997) e depois com a Estratégia Saúde da Família (ESF), através das Políticas Nacionais de Atenção Básica (BRASIL, 2006, 2012, 2017), optou pelo modelo de RAS com a APS como estratégia central (BRASIL, 2015; CAMPOS, 2018).

Nesse contexto, o conhecimento sobre os itinerários de pessoas em busca de atenção à sua saúde pode contribuir para compreensão sobre seus comportamentos em relação ao cuidado e a utilização dos serviços de saúde. Os caminhos percorridos pelos usuários em busca de cuidados terapêuticos nem sempre coincidem com fluxos e protocolos pré-determinados. As escolhas das pessoas expressam construções subjetivas individuais e coletivas acerca do processo de adoecimento e de tratamentos, influenciadas por diversos fatores e contextos. Tais escolhas vão definir ações que, passo a passo, constituirão os percursos do cuidado (CABRAL *et al.*, 2011).

É fundamental que os profissionais da saúde possam compreender as necessidades de saúde do usuário como referência e isso traz implicações. Em primeiro lugar é necessário compreender o lugar do usuário na produção do cuidado, reconhecendo-o como gestor de sua própria vida. É necessário reconhecer também que a ampliação da autonomia desse usuário pode reconfigurar os modos de cuidar da sua própria vida e essa autonomia deve ser um produto desejável no processo de cuidado e que pode ser construída e consolidada através de práticas educativas e processos pedagógicos integradas ao cotidiano dos serviços de saúde (FEUERWERKER, 2011).

A educação em saúde é um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, já que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde. O modelo ideal de educação em saúde pode ser referido como um modelo dialógico por ser o diálogo seu instrumento essencial. “Os usuários dos serviços são reconhecidos como sujeitos portadores de um saber, que embora diverso do saber técnico-científico não é deslegitimado pelos serviços” (ALVES, 2005, p. 10). Tal modelo contribui para uma compreensão mais ampla das necessidades de saúde dos usuários e para a humanização da ação educativa (ALVES, 2005).

Mediante o exposto, pode-se afirmar que a organização do cuidado à saúde no SUS é interdependente da organização do sistema em RAS. Os autores Amaral e Bosi (2017) organizaram um construto para a avaliação qualitativa multidimensional da RAS, que dialoga com contribuições de autores da Saúde Coletiva e de outros campos disciplinares que se dedicam ao tema. Tal construto é composto por cinco dimensões relevantes:

Unidades Mínimas: compreendendo os pontos fixos e suas características, a partir dos quais ocorrem as conexões da rede;
Conectividade: representa as formas e efeitos das relações estabelecidas entre as unidades mínimas;
Integração: corresponde aos efeitos do conjunto das unidades mínimas e suas relações, sendo identificados como coerência, continuidade e complementaridade de ações da rede;
Normatividade: representa a construção e adesão a diretrizes clínicas e linhas de cuidado, assim como o estabelecimento de critérios de encaminhamento, entrada e saída dos pontos da rede e
Subjetividade: envolve protagonismos, sentidos e vínculos afetivos circulantes, ou seja, são os sujeitos nas redes. O aspecto subjetivo se encontra diluído em todas as demais dimensões das redes, atravessando-as, é o componente humano que cria, modifica os processos e está implicado na organização e funcionamento das RAS (AMARAL; BOSI, 2017, p. 424).

Sendo assim, no intuito de compreender de que forma as práticas educativas realizadas no cotidiano de um serviço de saúde podem contribuir na orientação do itinerário do cuidado desses usuários; optou-se por ouvir os usuários;

tendo como orientação as multidimensões qualitativas que compõem a RAS (AMARAL; BOSI, 2017).

Constituiu-se como cenário do estudo a Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na cidade de Porto Alegre/RS, no Bairro Lomba do Pinheiro, zona leste da cidade e local de trabalho da pesquisadora principal do estudo, entre os anos de 2013 a 2019. A UBS foi inaugurada no ano de 1996, seguindo as diretrizes do Programa Saúde da Família e tinha apenas uma Equipe de Saúde da Família atuando, composta por: médico, enfermeira, técnicas de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A partir de 2011, passou a contar com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal.

No contexto teórico e prático descrito, interessa ao presente estudo compreender o processo de construção de itinerários para o cuidado de usuários de uma UBS, em um sistema orientado por e para serviços que se organizam como RAS, considerando a APS como centro propulsor e coordenador desse cuidado. A questão que guia o pensar do estudo é compreender como se constitui os itinerários terapêuticos dos usuários, levando em conta a multidimensionalidade da RAS e o papel da educação em saúde como algo intrínseco nessa constituição. Pretende-se que possa se constituir uma ferramenta para reflexão e a qualificação dessas práticas.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Principal

Compreender o itinerário do cuidado e o papel das práticas educativas, considerando as multidimensões qualitativas que caracterizam as Redes de Saúde do Sistema Único de Saúde.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever práticas discursivas sobre itinerários de cuidado nas

Unidades Mínimas da RAS, em relação à produção de acolhimento e o estabelecimento de vínculo;

- Descrever práticas discursivas sobre a Conectividade da RAS nos itinerários de cuidado;
- Descrever práticas discursivas sobre a Integração da RAS na coordenação do cuidado;
- Descrever práticas discursivas sobre a Normatividade da RAS no apoio à produção dos itinerários de cuidado;
- Compreender práticas discursivas sobre o modo como a Subjetividade perpassa aspectos educativos inerentes aos itinerários do cuidado na RAS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O SUS se constitui em uma das políticas públicas mais inclusivas no Brasil. Antes da Constituição Federal de 1988, os brasileiros eram desigualmente divididos entre uma minoria que tinha emprego formal e acessava os serviços da previdência pública e os que não possuíam e que eram tratados como indigentes. A instituição do SUS permitiu incluir, de forma rápida e extensiva, milhões de brasileiros como cidadãos portadores de direitos no campo da saúde (TASCA, 2011).

De acordo com a declaração da Conferência de Alma-Ata de 1978: cuidados primários de saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a população e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. A APS representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados próximos aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento de um processo contínuo de assistência à saúde (LAVRAS, 2011; OMS, 1978).

O Institute of Medicine (1978) apud Mendes (2011) estabeleceu os atributos da APS: a acessibilidade, a integralidade, a coordenação, a continuidade e a transparência. Tais atributos foram ampliados por Starfield (2002): primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária sendo necessários para conformar a APS como uma estratégia de organização dos sistemas de atenção à saúde e que orienta os recursos para as necessidades da população (MENDES, 2011; STARFIELD, 2002).

“O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso dos serviços pelos usuários, para cada novo problema de saúde ou um novo episódio de um mesmo problema” (STARFIELD, 2002, p. 61). Em outras palavras, o primeiro contato pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população identifica aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando

há uma necessidade ou problema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade significa o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde ao longo do tempo, possibilitando uma relação de confiança mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. Pressupõe a continuidade da relação clínica, com a formação de vínculo e responsabilização entre trabalhadores e usuários ao longo do tempo, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde, ajustando condutas, evitando a perda de referências e reduzindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida de usuários. A existência desse atributo deve produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, inclusive reduzindo encaminhamentos desnecessários (BRASIL, 2011a; MENDES, 2011; STARFIELD, 2002).

A integralidade significa “a oferta de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação e a garantia do atendimento da demanda espontânea” (BRASIL, 2017, p. 6). A integralidade implica também a realização de ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde; assim como, o reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais envolvidos no processo de adoecimento. A integralidade é um dos pilares na construção do SUS (BRASIL, 2017; MENDES, 2011; STARFIELD, 2002).

Entende-se como coordenação do cuidado, a capacidade de garantir a continuidade da atenção, com o reconhecimento dos problemas de saúde que exigem seguimento na RAS e também articula-se com a função da APS como centro de comunicação da RAS. A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Tal objetivo é ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam às suas necessidades de saúde de forma integrada (MENDES, 2011; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2002).

Os três últimos atributos são: o foco na família, que significa considerá-la como o sujeito da atenção, exigindo interação da equipe de saúde com essa unidade social; a orientação comunitária, que significa o reconhecimento das

necessidades das famílias em função do contexto em que vivem. Já a competência cultural exige que a equipe de saúde respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias do seu território (MENDES, 2011).

A APS precisa cumprir suas três funções essenciais: a resolutividade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolutividade significa que deve estar capacitada para atender a mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação implica que a APS seja o centro de comunicação das RAS, ordenando os fluxos e contrafluxos das pessoas, os produtos e as informações entre os diferentes pontos das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento próximo com a população adscrita à UBS (MENDES, 2011).

A população de responsabilidade da RAS não é a população do censo demográfico, mas a "população cadastrada e vinculada a uma unidade de APS, que vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em unidades de saúde" (MENDES, 2011, p. 85). O conhecimento profundo dessa população usuária de um sistema de atenção à saúde e usuária de uma UBS, é o elemento essencial que torna possível romper com as características de sistemas fragmentados e instituir a gestão e o cuidado com base nas necessidades de saúde da população (BRASIL, 2015; MENDES, 2011, 2015).

Necessidades de saúde expressam: ter boas condições de vida, ter acesso e poder consumir tecnologias de saúde capazes de curar e prolongar a vida, ter vínculos afetivos de referência e confiança nos profissionais de saúde e ter graus crescentes de autonomia (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011). A política e os serviços de saúde devem ser capazes de dar respostas às necessidades de saúde, considerando que a capacidade e disponibilidade de ouvir os usuários é fundamental para compreensão de tais necessidades, levando em conta o contexto e os modos de levar a vida das pessoas (CECÍLIO, 2001; MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011; SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2003).

É importante destacar que nos anos mais recentes, tem-se observado a reorganização das forças políticas conservadoras no Brasil, que resultou no processo de impedimento de Dilma Rousseff e na condução do seu vice-presidente Michel Temer ao cargo de Presidente, em 2016. De maneira concomitante,

constata-se o fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientando o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros. Dessa forma, tem ocorrido a aprovação de medidas "racionalizantes", tendo como justificativa a necessidade de enfrentar o desequilíbrio fiscal e o agravamento da crise econômica (MOROSINI, FONSECA, LUCIANA DIAS, 2018, grifo dos autores).

A orientação é modificar a destinação dos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado. Do mesmo modo, opera-se uma ofensiva contra a classe trabalhadora, atingindo conquistas fundamentais, como os direitos trabalhistas e previdenciários. Trata-se de um conjunto de reformas supressoras de direitos sociais, em uma represália sem proporções ainda calculadas, do capital contra o trabalho (MOROSINI, FONSECA, LUCIANA DIAS, 2018, p. 14).

Nesse sentido, destaca-se também a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do 'Teto dos Gastos', que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos e produz efeitos em diversas políticas, principalmente, no financiamento do SUS. Essas medidas incidem sobre o fortalecimento ideológico do setor privado como uma alternativa de qualidade para o atendimento das necessidades de saúde, conformando, assim, um terreno propício para a desconstrução do SUS (MOROSINI, FONSECA, LUCIANA DIAS, 2018).

A Portaria nº 2.436, de setembro de 2017, que instituiu a nova PNAB, propõe mudanças consideráveis nas modalidades e composições das equipes, trazendo a flexibilização da carga horária de profissionais da APS, a possibilidade de redução do número de ACS por equipe e não mais prioriza a ESF do ponto de vista da indução financeira, além de mudanças nas atribuições comuns e específicas dos profissionais das equipes (MOROSINI, FONSECA, LUCIANA DIAS, 2018; SILVA *et al.* 2020).

Os autores Morosini, Fonseca e Luciana Dias (2018), ressaltam que as modificações trazidas na PNAB 2017 promovem: a relativização da cobertura universal, recomposição das equipes, reorganização do processo de trabalho na AB, entre outras mudanças. A revisão trazida pela PNAB 2017 atinge as conquistas alcançadas pela ESF e os processos em andamento, que pavimentam caminhos

para a concretização de uma APS forte, que é fundamental para as RAS em um sistema universal de atenção integral à saúde.

2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

“Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais organizadas de acordo com as necessidades de saúde dos cidadãos e, portanto, devem operar em total conformidade com a situação de saúde das pessoas que o utilizam” (MENDES, 2011, p.18). A situação de saúde no Brasil vem se modificando e, atualmente, é determinada por uma transição demográfica e expressa-se por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não concluída de doenças infecciosas, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; uma carga importante de causas externas devido ao aumento da violência e a presença hegemônica de condições crônicas e de seus fatores de riscos, como: tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada (MENDES, 2011, 2012).

A transição demográfica, nos países em desenvolvimento também vem acompanhada de uma transição epidemiológica, que resulta em: aumento de incidência de doenças como hipertensão, diabetes, cânceres e depressão; coexistindo com enfermidades infectocontagiosas e outras enfermidades denominadas emergentes e reemergentes como HIV/Aids, hanseníase, tuberculose, novas viroses respiratórias, etc, além do aumento significativo de doenças decorrentes da violência. Esse perfil nosológico, exige diferentes respostas dos sistemas de saúde. Para atender essas necessidades diversas, os serviços necessitam estabelecer vínculos mais estáveis e permanentes com os usuários e instituir mecanismos que assegurem a longitudinalidade, que podem ser, por exemplo, as linhas de cuidado abrangendo prevenção, promoção e orientando os usuários no seu caminhar nas RAS (MENDES, 2012; SILVA, 2011).

A situação atual da saúde no Brasil não poderá ser respondida, adequadamente, por um “sistema de atenção à saúde fragmentado, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das

agudizações das condições crônicas” (MENDES, 2011, p.18). É necessário um sistema de saúde efetivo, eficiente, seguro, qualificado e equânime e que tenha coerência entre a situação de saúde e o modelo adotado. Para que isso ocorra no SUS é necessário a implantação das RAS, que são sistemas integrados que permitem respostas mais adequadas às condições de saúde da população (BRASIL, 2015; MENDES, 2011).

As RAS caracterizam-se: “por um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; espaços de integração de vários serviços; atenção à saúde contínua; integração vertical de diferentes níveis de atenção” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008 apud MENDES, 2011, p. 80). A partir dessas características é possível conceituar as RAS como serviços de saúde que são integrados e tem a oferta de serviços de saúde e a sua gestão constituída de forma que as pessoas tenham acesso a serviços preventivos e curativos de maneira contínua e de acordo com as suas necessidades; por meio de diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2015; MENDES, 2010; 2011).

Os seguintes atributos devem ser apresentados pelas RAS: população e território definidos com o conhecimento das necessidades de saúde, que determina a oferta de serviços; numerosos estabelecimentos de saúde que disponibilizam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos; APS organizada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, composta por equipes multidisciplinares, responsáveis por toda a população adscrita, integrando e coordenando o cuidado; prestação de serviços especializados; mecanismos de coordenação e de continuidade do cuidado assim como, a integração assistencial por todo o contínuo da atenção; atenção à saúde focalizada no indivíduo, na família e na comunidade, considerando as particularidades culturais, gênero e a diversidade da população (BRASIL, 2010, 2011; MENDES, 2011, 2012).

Os principais componentes das redes integradas de atenção à saúde são: (1) os espaços territoriais e suas populações, considerando as necessidades e demandas por ações e serviços de saúde; (2) os serviços de saúde, devidamente reconhecidos quanto a suas funções e objetivos; (3) a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários; e (4) o sistema de governança. A logística

para orientar o acesso e o fluxo dos usuários nas redes pressupõe meios de identificação individual dos usuários, conhecimento das famílias e das condições clínicas desses usuários e a orientação através da utilização de protocolos técnico-assistenciais para regular o acesso e o fluxo das pessoas (BRASIL, 2017; SILVA, 2011).

A estrutura operacional da RAS é constituída pelos pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde são ofertados serviços de saúde e pelas ligações que os conectam. A operacionalização e configuração da RAS acontece pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento, tal sistema é determinado pelo modelo de atenção à saúde. No intuito de preservar, recuperar e melhorar a saúde, a RAS deve ser capaz de identificar a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. Já as regiões de saúde são definidas como espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais (BRASIL, 2010; MENDES, 2011, 2012).

“As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, encadeadas por uma única missão, por preceitos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente” (MENDES, 2011, p. 82). Tal forma de organização permite uma atenção contínua e integral à populações determinadas, intercambiando recursos e são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde. A coordenação da RAS, fica a cargo da APS, ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; tendo como foco o ciclo completo de atenção a uma condição de saúde (BRASIL, 2015; MENDES, 2010, 2011).

Os componentes que estruturam a RAS incluem: APS - centro de comunicação; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança. A APS é o centro de comunicação da RAS e tem um papel fundamental como ordenadora e coordenadora do cuidado e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Os serviços de APS são insuficientes para atender a todas as necessidades de saúde da população, portanto, devem ser apoiados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações

especializadas (ambulatorial e hospitalar), que são os pontos secundários e terciários da RAS (BRASIL, 2010, 2011b).

Os sistemas de apoio, integrantes das RAS, “são lugares institucionais onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde” (MENDES, 2001, p 115). São constituídos por: sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde. Os sistemas logísticos são soluções em saúde ancoradas nas tecnologias de informação, voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde e consistem em um sistema eficaz de referência e contrarreferência dos usuários. Os principais sistemas logísticos da rede são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários (BRASIL, 2010, 2011b, 2015; MENDES, 2011).

A governança das RAS deve incluir: o manejo de questões políticas e técnicas relativas à regionalização da saúde e as relações entre os entes de governo e entre estes e o setor privado; a gestão interna; o financiamento; o processo de regulação da atenção, definição de padrões de qualidade e desempenho para a gestão e a provisão de serviços. A governança tem no financiamento uma questão estratégica e atribuição comum às três esferas de governo, necessitando orientar a alocação dos recursos no sentido de reduzir a fragmentação, estimular o compartilhamento de responsabilidades, a continuidade do cuidado, a eficiência da gestão e a equidade (MENDES, 2011; TASCA, 2011).

Há evidências de que a implantação das RAS produz resultados positivos nos sistemas de saúde, que são os seguintes:

reduzem a fragmentação da atenção, melhoram a eficiência do sistema, respondem melhor às necessidades e às expectativas das pessoas, melhoram o custo efetividade dos serviços de saúde, reduzem hospitalizações desnecessárias, diminuem a utilização excessiva de serviços e exames, diminuem o tempo de permanência hospitalar, aumentam a produtividade do sistema e melhoram a qualidade da atenção (TASCA, 2011, p.24).

Essas evidências são provindas de diferentes trabalhos e estão assinaladas no documento de posição da Organização Pan-Americana da Saúde. A continuidade

da atenção gera maior efetividade clínica, facilita a utilização dos diferentes níveis de atenção pelas pessoas e aumenta a satisfação dos usuários, promovendo o autocuidado (MENDES, 2011; TASCA, 2011).

Nas RAS, os serviços de saúde interagem entre si em diferentes fluxos, em “uma relação horizontalizada com elevado grau de interdependência e devem ser organizados de maneira usuário-centrado, levando em conta a singularidade das demandas e necessidades dos usuários” (SILVA, 2011, p. 2756). A implementação de linhas de cuidado para as doenças mais prevalentes e de projetos terapêuticos são ferramentas importantes para a qualificação do cuidado, podendo ser utilizadas para organizar a atenção às enfermidades crônicas. Tais ferramentas são basicamente normas que orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer para terem suas necessidades atendidas (SILVA, 2011).

Apesar de toda dispersão e variedade semântica, o uso do termo ‘redes’ expressa modos de inter-relação entre pontos. Entretanto, o que é considerado um ‘ponto’ varia de acordo com diferentes autores, podendo ser considerado: serviços, instituições, atores, dispositivos, ações, unidades de saúde, arranjos organizativos, equipes, usuários. O termo ‘rede’ encontra-se revestido de uma polissemia, que o caracteriza como transconceito, ou seja, um termo com múltiplas definições, muitas vezes divergentes, mas com efeitos de verdade em diferentes campos. O prefixo ‘trans’ caracteriza um conceito que extrapola os limites de um domínio disciplinar específico (AMARAL e BOSI, 2016; 2017, grifos dos autores). No campo da saúde, a rede refere-se a uma compreensão acerca da organização dos serviços de saúde e suas relações (MENDES, 2011; SILVA 2011) ou a articulação de pessoas ou ações em saúde (FRANCO, 2006).

2.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Itinerários terapêuticos (IT) são os caminhos percorridos pelos indivíduos na busca de solução para os seus problemas de saúde, sendo necessário considerar as dificuldades de acesso econômico e geográfico aos serviços de saúde, assim como, o contexto cultural. Os resultados da situação econômica, espacial e

ambiental, em um mesmo território não são as mesmas para todos os indivíduos, já que os conhecimentos e práticas das pessoas são construídos através de experiências e em situações de vida diversas. É necessário considerar o indivíduo em sua rede de interações para então compreender as decisões, as tentativas para solucionar os seus problemas de saúde. O enfrentamento da doença se dá no cotidiano (FERREIRA; ESPÍRITO SANTO, 2012).

Os IT são os percursos na busca por cuidados, são trajetórias na tentativa de solucionar problemas de doença; movimentos para preservar ou recuperar a saúde. “Trata-se de um conjunto de planos e ações que se sucedem, mesclam-se ou se sobrepõem para lidar com a enfermidade, existindo uma multiplicidade heterogênea de movimentos, agenciamentos e concepções” (PINHO; PEREIRA, 2012, p. 439). Considerando tal multiplicidade, é possível afirmar que a mesma acarreta opções diversificadas de caminhos para o cuidado (PINHO; PEREIRA, 2012).

A compreensão do processo de adoecimento é possível a partir do momento que se considera que esse processo é um fenômeno construído a partir de um processo de experimentação do mundo. O enfrentamento do adoecimento é algo que, para além dos cuidados biológicos e do papel dos serviços de saúde, também diz respeito à subjetividade e ao pertencimento a grupos sociais (RUIZ; GERDhardt, 2016).

“Os sujeitos constroem suas ações em um mundo sociocultural, que deriva de um processo histórico e, portanto, diferente para cada cultura e sociedade. É nesse mundo que os indivíduos nascem e constroem seus trajetos biográficos” (ALVES; SOUZA, 1999, p. 133). A compreensão em relação ao IT remete a uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma unidade, designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados ao tratamento da aflição, fazendo-se presentes interesses, emoções e atitudes circunstanciais. É possível afirmar que o IT é uma experiência vivida real, mas a sua interpretação é uma tentativa consciente de se remontar o passado com o objetivo de conferir sentido ou coerência a atos fragmentados (ALVES; SOUZA, 1999).

Segundo Gerhardt (2006), a relação entre itinerários terapêuticos e pobreza é muito relevante no campo da Saúde Coletiva, especialmente no contexto brasileiro

que é marcado pela desigualdade social e diversidade cultural, que então se reflete na busca do cuidado. O termo itinerário terapêutico pode ser utilizado como “sinônimo de busca por cuidados terapêuticos e descreve práticas individuais e sócio-culturais em termos dos caminhos percorridos por indivíduos na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde” (GERHARDT, 2006, p. 2449).

No IT se enfatiza a perspectiva do usuário e os seus arranjos organizativos ao longo da suas experiências de adoecimento, permitindo compreender como ele escolhe, adere ou não aos tratamentos prescritos e considera as suas redes sociais, que podem ou não incluir as redes de serviço. “O IT compreende as experiências de pessoas e famílias em seus modos de significar e produzir cuidado, tecendo redes de sustentação e apoio” (PINHEIRO *et al.*, 2016, p. 22). Também engloba a maneira como os serviços de saúde disponibilizam a atenção e acolhem as necessidades de saúde. O IT comporta, então, duas dimensões importantes: as experiências dos usuários e suas famílias em seus modos de produzir cuidados, construindo trajetórias e tecendo redes de sustentação e apoio e, também, como os serviços de saúde disponibilizam a atenção e acolhem, em certa medida, as necessidades de saúde dos usuários (ARAÚJO *et al.*, 2011; BELLATO *et al.*, 2011; PINHEIRO *et al.*, 2016).

Na literatura socioantropológica pode-se considerar que o estudo do IT possibilita a interpretação dos processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais decidem, avaliam e aderem (ou não) a formas de tratamento distintas. “A análise do itinerário terapêutico não se limita, apenas, a identificar a disponibilidade de serviços, os seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem desses serviços” (ALVES; SOUZA, 1999, p. 125). Somente esses elementos não são suficientes para compreender o complexo processo de escolha do tratamento, já que tal escolha é influenciada pelo contexto sociocultural em que ocorre (ALVES; SOUZA, 1999).

2.4 OS PROCESSOS EDUCATIVOS NO CONTEXTO DO ITINERÁRIO DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS

O termo Educação em Saúde, pode ser definido como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. Também pode ser definido como um conjunto de práticas do setor saúde que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores, tendo como objetivo alcançar uma atenção à saúde conforme às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2009; FALKENBERG *et al.*, 2014).

O termo Educação na Saúde, pode ser considerado a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. Tal termo tem como possíveis variantes: educação permanente em saúde e educação continuada, que é ministrada para profissionais de saúde a fim de aperfeiçoar o conhecimento destes e a atenção dispensada à população (BRASIL, 2009, 2018; FALKENBERG, *et al.*, 2014)

As práticas de educação em saúde, de acordo com Falkenberg *et al.* (2004) envolvem três segmentos de atores: “os trabalhadores de saúde que valorizam a prevenção, a promoção e as práticas curativas; os gestores que apoiam esses trabalhadores; e a comunidade que necessita aumentar sua autonomia” (FALKENBERG, *et al.*, 2014, p. 848).

As práticas educativas em saúde podem ser definidas como práticas sociais, culturais e detentoras de racionalidades e significados históricos. Tais práticas podem ser consideradas processos que ocorrem no encontro entre pessoas com diferentes culturas e realidades sociais e econômicas, envolvendo também intencionalidades educativas. Essas práticas devem ser consideradas instrumentos para a compreensão do processo saúde doença como um fenômeno entremeado por questões políticas, sociais e econômicas, transpondo dimensões individuais e possibilitando uma postura ativa do cuidado em saúde (RENOVATO; BAGNATO, 2010).

Na Educação em Saúde, a Educação Popular em Saúde deve ter destaque, pois valoriza os saberes, o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico. No contexto das práticas educativas, estas tanto podem ser

formais e desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços, como a realização de palestras e distribuição de cartilhas e folhetos, mas também podem ser informais, desenvolvidas nas ações de saúde cotidianas, valorizando-se o espaço das relações interpessoais estabelecidas nos serviços de saúde (ALVES, 2005; FALKENBERG *et al.*, 2014).

Para Vasconcelos, Vasconcelos, Silva (2015), a educação Popular (EP) é um jeito de conduzir as ações educativas que se baseia em uma teoria pedagógica e em uma utopia política. No Brasil, a EP estruturou-se na década de 1960, a partir dos desafios trazidos pela alfabetização de adultos das classes populares. “É resultado dos movimentos sociais de intelectuais, ativistas e organizações coletivas engajadas na luta pela justiça, solidariedade e pelo protagonismo social dos que são oprimidos e empobrecidos” (VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015, p. 96).

Na sua constituição, a EP teve influência do cristianismo e do marxismo, perspectivas difíceis de serem conciliadas e um dos seus principais intelectuais é Paulo Freire. Foi fundamental na construção de práticas inovadoras que diferenciam o sistema público de saúde brasileiro de outros sistemas nacionais de saúde e nas experiências precursoras de saúde comunitária. Também contribuiu na construção de inovações que serviram de referência para o Movimento Sanitário pensar o SUS, principalmente para os serviços de APS (VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015).

A partir da década de 1970, no Brasil, muitos trabalhadores de saúde começaram a se deslocar para as periferias urbanas e zonas rurais e começaram a integrar movimentos sociais emergentes, surgiram experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, nos quais esses trabalhadores aprendiam a se relacionar com os grupos populares e a organizar ações de saúde integradas à dinâmica social local. Muitas dessas experiências surpreenderam pela capacidade de construir, de modo compartilhado com a população, práticas de grande eficácia no enfrentamento dos problemas de saúde por levarem em conta o saber das pessoas, seus interesses, as forças sociais presentes e as peculiaridades da realidade regional (BRASIL, 2007; VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015).

“A difusão da EP no setor saúde ajudou a criar uma ruptura com o tradicional modo autoritário e normativo dos profissionais de saúde lidarem com as classes populares” (VASCONCELOS, 2004, p. 69). Muitas das práticas mais inovadoras da APS brasileira foram inspiradas nessas experiências, um exemplo importante são os agentes comunitários de saúde (ACS), no formato existente hoje no Brasil. Em meados da década de 1970, já existiam redes de agentes de saúde, em várias cidades brasileiras, constituídas pelo trabalho pastoral das igrejas cristãs, com práticas que inspiraram posteriormente, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e depois, o Programa Saúde da Família (BRASIL, 2017; VASCONCELOS, 2004).

“O movimento da Educação Popular em Saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalidade da relação profissional-usuário” (ALVES, 2005, p. 46). As trocas interpessoais e as iniciativas da população são valorizadas. O usuário é acolhido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma comunicação dialógica com os serviços de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade. As experiências de EP podem ser uma forma de superação do fosso cultural entre os serviços de saúde e a população assistida, sendo uma estratégia capaz de reorientar as práticas de saúde (ALVES, 2005; BRASIL, 2017; VASCONCELOS, 2004, 2017).

A EP também é fundamental na implementação de práticas educativas em grupos dentro do serviço e em atividades coletivas na comunidade, importantes ferramentas que permitem trocas de experiência, sendo espaços de debate mais aprofundado e melhor expressão dos saberes, interesses e posicionamentos dos participantes. A aproximação com a vida comunitária local é muito pedagógica para os trabalhadores, por exemplo, as visitas domiciliares ajudam muito o profissional a entender melhor a dinâmica da comunidade (VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015).

A EP é instrumento da promoção da saúde, voltada para o fortalecimento de uma cidadania ativa que enfrenta os determinantes sociais da saúde e das doenças, dessa forma, coloca o trabalho cotidiano em saúde a serviço da construção da

democracia, da justiça e da solidariedade social (BRASIL, 2017; VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015).

É impossível um agir profissional apenas prescritivo e orientado por um saber técnico unicamente, por mais que seja aprimorado, é necessário o diálogo com as pessoas envolvidas, construindo-se coletivamente as soluções necessárias. Para isso, é necessário saber ouvir e criar confiança para a expressão dos saberes e questionamentos da comunidade (VASCONCELOS, 2001, 2017).

Os saberes e práticas da EP são importantes na construção de práticas de cuidado que aliviam sofrimentos e incentivam protagonismos. A eficácia clínica está subordinada à eficácia pedagógica da relação do trabalhador de saúde com a comunidade. É necessário estabelecer uma relação pedagógica em que o diálogo não seja apenas uma estratégia de convencimento, mas a busca de uma terapêutica mais eficaz, respeitando a cultura e as condições de vida das pessoas (VASCONCELOS, 2001, 2017).

“O SUS pela dimensão, amplitude e capilaridade social que apresenta, aparece na arena dos processos educacionais de saúde como um local privilegiado para o ensino e aprendizagem, especialmente os locais de produção da saúde” (FRANCO, 2007, p. 433). No SUS, os lugares de produção de cuidado são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, já que concentram as vivências do cotidiano e o encontro criativo entre trabalhadores e usuários (FRANCO, 2007).

De acordo com Melo (1987) citado por Schall e Struchiner (1999), é necessário pensar a Educação e a Saúde não mais como uma educação sanitarizada. Uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

No trabalho conduzido por Figueiredo, Rodrigues Neto e Leite (2012), os autores afirmaram que os usuários antes de participarem de grupos de educação em saúde em uma UBS em Minas Gerais, pareciam considerar apenas o serviço de saúde como o responsável pela sua saúde. Já por meio das práticas educativas

conscientizaram-se da sua responsabilidade no autocuidado, sentindo-se mais capacitados para o exercício do cuidado. A educação em saúde é um processo, em que os usuários que, anteriormente, valorizavam apenas as consultas médicas, buscadas a todo instante, quando assumem maior autonomia, deixam de buscá-las com tanta frequência. O usuário, ao ampliar os seus conhecimentos sobre o processo saúde-doença, sente-se mais capacitado para cuidar da sua saúde, mais consciente dos riscos, dos cuidados necessários, das complicações e, também, da sua responsabilidade, o que pode estimulá-lo a buscar a promoção de sua saúde, e não exclusivamente a cura de sua doença.

Muitos profissionais da saúde, apesar de estarem a par do conceito ampliado de saúde, tal conhecimento não é observado nas práticas no cotidiano dos serviços de saúde. Ainda persistem diferentes paradigmas de educação em saúde, persiste a ideia de que a transferência de informações leva à aquisição de novos conhecimentos, assim, comportamentos inadequados poderiam ser superados por meio de informações científicas e saberes provenientes do exterior. Só que comportamentos traduzem percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos, não podendo ser modificados, unicamente, por novos conhecimentos (GAZZINELLI *et al.* 2005; SCHALL; STRUCHINER, 1999).

A maioria dos projetos educativos em saúde seguem sendo inscritos na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, que 'a gente detém e ensina' para uma 'população leiga', cujo saber viver é desvalorizado e/ou ignorado nesses processos. Dessa forma, o que se verifica nos processos comunicativos de programas e projetos de educação em saúde é a permanência da ideia de que a 'falta de saúde' é um problema possível de ser solucionado, desde que se disponha de informações técnico-científicas adequadas e/ou da vontade pessoal e política dos sujeitos (MEYER *et al.*, 2006, grifo do autor). O que se vê no dia-a-dia das práticas de saúde é que o conhecimento científico passa pela vida das pessoas através de uma espécie de filtro, gerando um conhecimento diferente, ou seja, os grupos sociais, e os indivíduos realizam uma reconstrução desses saberes (MEYER *et al.*, 2006; MEYER; FÉLIX; VASCONCELOS, 2013).

Uma intervenção em Educação e Saúde deve considerar as representações dos sujeitos, entendidas como modos de pensar construídos ao longo de trajetórias de vida, influenciados pela experiência coletiva, pelos fragmentos das teorias científicas e dos saberes escolares, expressos nas práticas sociais. Qualquer sujeito, incluindo os trabalhadores de saúde, está sempre atualizando hábitos e modos de vida herdados de um passado sempre presente, de acordo com significados histórico e culturalmente construídos e assim elaborando suas representações da saúde e da doença (GAZZINELLI *et al.*, 2005; CARDOSO; GOMES, 2000).

No artigo intitulado “ A educação popular e o cuidado em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos”, são analisadas as concepções sobre o cuidado em saúde e a EP e traz como referencial teórico a obra de Eymard Mourão Vasconcelos. Segundo Vasconcelos, citado por Gomes e Merhy, a educação em saúde deve ser vista como um saber necessário para o atendimento clínico individual, espaço que deve ser interpretado como um espaço essencial de atuação política e que pode ter um caráter educativo ou não, de acordo com o modo como é desenvolvido. Vasconcelos defende que o profissional de saúde precisa superar o distanciamento e se deixar afetar pelas emoções que são mobilizadas no trabalho em saúde, integrando a dimensão afetiva como parte relevante do trabalho (GOMES; MERHY, 2014).

Todo profissional de saúde é um educador em saúde em potencial, sendo condição essencial a sua prática, o seu reconhecimento enquanto sujeito do processo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos em busca de autonomia. A partir do diálogo e o compartilhamento de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir um saber sobre o processo saúde-doença. Este compromisso e vinculação com os usuários possibilita o fortalecimento da confiança nos serviços e têm sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto serem ocasionados não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado (L'ABBATE, 1994; PINAFO *et al.*, 2011; SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa com delineamento de estudo de caso do tipo único e holístico (YIN, 2010), pois procura entender os fenômenos em sua totalidade e globalidade.

Segundo Yin (2010, p. 39):

(...) o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes.

Os resultados obtidos devem possibilitar a disseminação do conhecimento, por meio de possíveis generalizações ou proposições teóricas que possam surgir do estudo. Pode ocorrer a partir de uma perspectiva interpretativa e que procura compreender como é o mundo do ponto de vista dos participantes (FONSECA, 2002; YIN, 2010).

De acordo com Minayo (2010), a pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações e fenômenos que não podem ser reduzidos à instrumentalização de variáveis” (MINAYO, 2001, p. 21).

A pesquisa qualitativa trabalha com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada. Ou seja, desse ponto de vista, a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis (MINAYO, 2001).

Em sua história, a pesquisa qualitativa é marcada pelo embasamento nas Ciências Sociais e Humanas, especialmente a Sociologia e a Antropologia. Ao longo dos anos, sua capacidade de “somar conhecimentos e sentidos aos fatos estudados fez com que esta modalidade de investigação fosse contemplada pela área da

saúde em geral e pela Saúde Coletiva” (BRASIL *et al.*, 2018, p. 21). Nesse âmbito, possibilitou aos pesquisadores uma compreensão mais ampla e complexa sobre a saúde-doença, indo além de diagnósticos e testes laboratoriais; possibilitou captar a profundidade dos sentidos daqueles que cuidam e são cuidados. Na metodologia qualitativa, os elementos em estudo são os discursos e seus instrumentos (BRASIL *et al.*, 2018).

A pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à maneira como as pessoas compreendem este mundo e apresenta os seguintes aspectos: tenta interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc) em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem. A pesquisa qualitativa se interessa pela compreensão subjetiva das pessoas a respeito de sua vida diária e estuda as pessoas em seus ambientes naturais em vez de ambientes artificiais ou experimentais (POPE; MAYS, 2009).

O delineamento de pesquisa qualitativa, é usado quando o objeto da pesquisa explicita o pensamento do sujeito ou fenômeno e busca entender o contexto onde o fenômeno ocorre. Tem como pretensão compreender, em níveis aprofundados, tudo que se refere ao homem, enquanto indivíduo ou membro de um grupo ou sociedade (CANZONIERI, 2011).

3.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo possui como cenário o local de trabalho da pesquisadora principal, a UBS São Pedro, localizada no bairro Lomba do Pinheiro, na zona leste da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. A UBS é composta por duas equipes de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal, responsáveis pela atenção à saúde de uma população de 4.943 pessoas (IBGE, 2010).

A pesquisadora principal do estudo é cirurgiã-dentista e trabalhou por seis anos e dez meses na UBS em questão, compondo a Equipe de Saúde Bucal. Esteve por quatro anos atuando como coordenadora do serviço.

Em uma breve caracterização do panorama que envolveu o período de

realização do estudo, destaca-se que foi marcado por mudanças na política e modelo de gestão e de atenção à saúde, essencialmente no nível da APS, preconizadas pela gestão municipal de saúde de Porto Alegre. As novas proposições incidiram em remodelações nos vínculos empregatícios dos trabalhadores da saúde, fundamentadas em discussões judiciais e decisões da gestão municipal de encerrar as atividades do Instituto Municipal de Saúde da Família (IMESF). A APS do município, passou por um processo de privatização, mudando a forma de contratação dos trabalhadores, ampliando as parcerias público-privadas com empresas parceiras: Associação Hospitalar Vila Nova, Hospital Divina Providência e Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (SUL 21, 2021).

Estratégias jurídicas movidas pelos sindicatos dos trabalhadores impediram a demissão imediata dos profissionais concursados (regime CLT), porém ao longo do processo, houve a demissão de mais de 500 trabalhadores da APS vinculados ao IMESF (empresa pública de direito privado), os trabalhadores que não aceitaram fazer acordo com a gestão para o desligamento, foram demitidos sem o pagamento integral das verbas rescisórias e sem direito a cumprir o aviso prévio (FERRAZ, 2020).

É importante destacar que o IMESF foi criado pela própria Prefeitura Municipal de Porto Alegre, em 2011, nesse período foi firmado um Termo de Ajuste de Conduta com o Ministério Público do Trabalho, o que impedia a contratação de trabalhadores para a APS que não fossem concursados, esse termo ainda se encontra vigente (RAMOS, 2020).

Em março de 2020, a gestão dos serviços e dos trabalhadores da UBS São Pedro, cenário do estudo, mudou para a iniciativa privada. Os trabalhadores que não aceitaram pedir demissão e continuar trabalhando para nova entidade que estava assumindo a gestão da UBS, foram remanejados, com exceção dos agentes comunitários de saúde. Os anos de trabalho e vínculo com a comunidade foram desconsiderados. Atualmente as entidades parceiras são responsáveis pela contratação dos trabalhadores, tornando os vínculos empregatícios ainda mais frágeis e agravando a situação da rotatividade dos profissionais (FERREIRA, 2020).

Os sete participantes do estudo são usuários da UBS São Pedro e foram selecionados de acordo com alguns critérios pré-definidos tendo em vista os

objetivos do estudo: ser atendido no serviço há pelo menos três anos pela pesquisadora principal, possuir idade superior ou igual a 18 anos e sofrer de alguma condição crônica, tais como: ISTs, hipertensão, diabetes, agravos em saúde mental e/ou em saúde bucal; exigindo, dessa forma, a produção de itinerários de cuidado na rede de saúde.

O convite aos participantes do estudo aconteceu de forma direta, quando acessaram o serviço para consultas ou outras demandas ou foram convidados a participar do estudo pelos agentes comunitários de saúde (em visitas domiciliares ou por meio de ligação telefônica) já sendo então agendado o dia e o horário da entrevista na UBS, exceto uma das entrevistas que ocorreu no domicílio do participante.

As estratégias de amostragem devem ser sempre determinadas pelo propósito do projeto de pesquisa. A representatividade estatística não é buscada na pesquisa qualitativa (BRITTEN, 2009).

A amostragem que orienta a escolha dos participantes da pesquisa, está vinculada ao conceito de representação do contexto ao qual se insere a investigação. Os dados a serem trabalhados emergem, fundamentalmente, como aproximações parciais da realidade, que compõem o todo e as partes do fenômeno social (MALTERUD, 2001).

O número de participantes também foi delimitado tendo em vista a saturação das informações produzidas, ou seja, com base na repetição das ideias contidas na análise das falas (MINAYO, 2008).

3.3 PRODUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizadas sete entrevistas individuais abertas (gravadas e posteriormente transcritas), orientadas por um roteiro fundamentado em uma matriz conceitual inspirada no construto idealizado como um modelo multidimensional de avaliação qualitativa de redes de atenção à saúde de Amaral e Bosi (2017) (Quadro 1). As dimensões qualitativas das RAS são as seguintes: Unidades Mínimas, Conectividade, Integralidade, Normatividade e Subjetividade.

Quadro 1 - Roteiro das entrevistas fundamentado nas dimensões do modelo para avaliação qualitativa das Redes de Atenção em Saúde de Amaral e Bosi (2017).

DIMENSÕES DA REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	OBJETIVOS	LINHAS ou TRILHAS DO USUÁRIO
UNIDADES MÍNIMAS (PONTOS FIXOS)	Compreender o processo de acolhimento das necessidades de saúde do usuário e a construção do itinerário do cuidado.	Falar sobre como seu processo de adoecimento foi percebido, diagnosticado e produzido o itinerário terapêutico.
CONNECTIVIDADE (COMUNICAÇÃO)	Compreender o processo de comunicação entre as unidades mínimas.	Falar sobre como funcionou a comunicação entre os serviços que acessou no itinerário do cuidado.
INTEGRALIDADE (EFEITOS DO CONJUNTO DE RELAÇÕES)	Compreender as capacidades dos serviços de acompanhamento e coordenação do cuidado.	Falar sobre como foi a capacidade dos serviços acessados no itinerário de acolherem as suas necessidades.
NORMATIVIDADE (PROTOCOLOS)	Compreender os critérios de encaminhamento, entrada e saída nos pontos da rede.	Falar sobre as informações padronizadas para o acompanhamento da sua doença.
SUBJETIVIDADE (OS SUJEITOS NA REDE)	Compreender a satisfação do usuário nas abordagens à saúde, o seu grau de envolvimento no seu itinerário terapêutico e como posturas educativas podem atuar no percurso do cuidado.	Falar como você se sentiu/qual sua satisfação no processo de construção do cuidado e se as relações estabelecidas foram educativas.

Fonte: elaborado pelas autoras de acordo com o construto de Amaral e Bosi (2017).

Antes de iniciar propriamente os procedimentos de pesquisa, a pesquisadora esclareceu os objetivos e os métodos da pesquisa ao participante, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) para a

assinatura do participante. Salientando-se que a participação no estudo era voluntária e sigilosa.

Logo em seguida, o participante foi convidado a responder um questionário de identificação. O questionário possui o objetivo de caracterização socioeconômica dos participantes (sexo, idade, cor da pele autorreferida, renda familiar per capita, escolaridade, ocupação e número de moradores no domicílio) (Apêndice B).

As entrevistas aconteceram no período entre dezembro de 2019 e fevereiro de 2020, foram registradas por um gravador digital. Após esse período, as entrevistas foram transcritas, o que possibilitou o registro fidedigno das informações fornecidas pelos entrevistados. Os participantes foram identificados com nomes de artistas brasileiros, assim como os nomes dos profissionais de saúde citados pelos entrevistados também foram modificados, mantendo-se o anonimato.

As entrevistas tiveram a duração de quarenta minutos até uma hora e vinte minutos. Em uma entrevista de pesquisa qualitativa, o objetivo é descobrir a estrutura de sentidos própria do entrevistado, tentando evitar a imposição de suposições do pesquisador sobre o relato do entrevistado. O pesquisador precisa permanecer aberto à possibilidade de os conceitos emergentes serem diferentes daqueles previstos no início. Em uma entrevista de pesquisa qualitativa, o objetivo é descobrir a estrutura de sentidos própria do entrevistado (BRITTEN, 2009).

Ao enfatizar a palavra como instrumento de coleta de informações, abre-se a possibilidade de revelar condições estruturais, valores, normas e símbolos, assim como possibilita que as representações individuais ou grupais sejam transmitidas em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. A fala é uma modalidade de comunicação privilegiada, que traz a experiência dos sujeitos, permitindo a aproximação do entendimento da subjetividade e do social. A palavra se configura como um símbolo ímpar, sendo capaz de trazer revelações, objetivas e subjetivas (ASSIS *et al.*, 2018).

A análise dos dados foi embasada na análise textual discursiva (MORAES; GALIAZZI, 2006). Contou com a organização das transcrições, leituras e releituras desse material, visando a compreensão do sentido das falas dos entrevistados.

Os pressupostos básicos da análise do discurso podem ser resumidos da seguinte forma: o sentido de uma palavra ou de uma expressão não existe em si

mesmo, sendo assim, expressa posições ideológicas presentes no processo sócio-histórico e toda formação discursiva encobre, pela pretensão de transparência e dependência, formações ideológicas (PÊCHEUX, 1988 apud GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A análise de discurso, como o próprio nome indica, não trata da língua e nem da gramática. Ela trata do discurso, e a palavra discurso, etimologicamente, tem em si a ideia de curso, de percurso, de movimento. O discurso é a palavra em movimento, prática de linguagem. A análise de discurso não trabalha com a língua enquanto um sistema abstrato, mas com a língua no mundo, com maneiras de significar, com pessoas falando, considerando a produção de sentidos enquanto parte de suas vidas, seja enquanto sujeitos seja enquanto membros de uma determinada forma de sociedade. É preciso considerar os processos e as condições de produção da linguagem, pela análise da relação estabelecida pela língua com os sujeitos que a falam e as situações em que se produz o dizer, desse modo, se relaciona a linguagem à sua exterioridade e trabalha-se o discurso, que é um objeto sócio-histórico (ORLANDI, 2020).

4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo seguiu as recomendações e diretrizes éticas e legais necessárias à boa prática da pesquisa, conforme resolução CNS nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e CNS nº 510/2016 (BRASIL, 2016).

A pesquisa foi inscrita no sistema CEP/CONEP, através de cadastro na Plataforma Brasil (CAEE número: 21698619.8.0000.5347) e submetida à análise e autorização do Comitê de Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFRGS e ao Comitê de Ética (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS (Parecer Consubstanciado Número: 3.706.385 (ANEXO C), bem como foram providenciadas as devidas autorizações e anuências do município de Porto Alegre (RS).

Foram considerados participantes da pesquisa os usuários que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), apresentado em duas vias, sendo que uma via ficou em posse do participante e a outra via em posse da pesquisadora.

O presente estudo poderia apresentar o risco de causar desconforto ou constrangimento nos participantes ao abordar questões de saúde e percepções em relação aos profissionais de saúde, caso isso acontecesse foi combinado com os participantes que a entrevista seria interrompida imediatamente.

Em relação aos benefícios, espera-se ampliar a compreensão sobre as práticas de educação em saúde que ocorrem no cotidiano dos serviços de saúde e compreender de que maneira essas práticas contribuem no percurso do usuário nas RAS e no seu cuidado.

O sentido ético das pesquisas qualitativas é dado pelo seu caráter humanístico, inter-relacional e empático. No campo da saúde, tais pesquisas oferecem subsídios para a compreensão do ponto de vista dos usuários, profissionais e gestores sobre os mais diferentes aspectos: a lógica do sistema, a qualidade dos serviços, as concepções envolvidas nas tomadas de decisões e na prestação de serviços e nas representações sobre saúde, adoecimento, morte, entre outros temas. Apesar da pluralidade, as abordagens qualitativas geralmente

confluem para um único objetivo: compreender o sentido ou a lógica interna que os sujeitos atribuem a suas ações, representações, sentimentos, opiniões e crenças. A pesquisa que ouve diferentes atores é fundamental, pois incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, as relações, e as estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2010; MINAYO; GUERRIERO, 2014).

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O Quadro 2 descreve o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, onde são apresentados na coluna 1 a identificação do caso, na coluna 2, um nome fictício, na coluna 3 a idade no ano de 2020, na coluna 4 o sexo, na coluna 5 a cor conforme declarado pelo participante, na coluna 6 o grau de instrução e por fim, na coluna 7, as condições crônicas dos participantes no momento da entrevista.

Quadro 2 - Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa

Caso	Nome fictício	Idade em 2020	Sexo	Cor	Grau de Instrução	Condição(s) crônica (s)
01	Elis	80	Mulher	Preta	Ensino Fundamental incompleto	HIV, depressão, tuberculose óssea
02	Betânia	54	Mulher	Parda	Ensino Médio completo	Depressão
03	Chico	53	Homem	Branca	Ensino Fundamental completo	Transtorno Bipolar
04	Marisa	57	Mulher	Preta	Ensino Técnico completo	Transtorno Bipolar, depressão
05	Cássia	59	Mulher	Branca	Ensino Fundamental incompleto	HAS, esquizofrenia
06	Elza	52	Mulher	Parda	Ensino Fundamental incompleto	Esquizofrenia, depressão
07	Nara	51	Mulher	Branca	Ensino Médio incompleto	Síndrome Metabólica, depressão

Fonte: elaborado pelas autoras de acordo com as entrevistas

5.2 CASOS EM ESTUDO

Nos quadros 3 a 9 apresentam-se as falas exemplares relacionadas com o modelo multidimensional de avaliação da RAS (AMARAL; BOSI, 2017); conforme abordado nas entrevistas com os usuários.

Quadro 3- Caso 01

Dimensões das RAS	Falas exemplares
Unidades Mínimas	<p><i>...quando apareceu essa dor na minha perna, vocês me encaminharam, daí eu cheguei lá, fiz um rx, e eles logo acharam que tinha que fazer cirurgia.</i></p> <p><i>...vocês que me dão ânimo, vai lá que tu precisa ir, teu estado não resolve aqui com nós.</i></p> <p><i>Eu passei mal quando eu fui fazer o exame, daí veio o cardiologista dizendo que eu tinha que ir pro hospital...</i></p> <p><i>... o pessoal que me trata lá no Sanatório, são muito especiais com as pessoas que têm essa doença, nos tratam bem, com muito carinho e respeito, nós temos uma doutora muito boa, muito interessada.</i></p>
Conectividade e Comunicação	<p><i>A minha pasta tá lá, tem o tal do computador.</i></p>
Integralidade	<p><i>...eu fiquei uns dias no hospital e fiz uma série de exames e daí eu vi que não ia suportar pagar o plano, daí vim pelo posto e to até hoje.</i></p> <p><i>...pessoal que me trata lá no Sanatório, são muito especiais, com as pessoas que tem essa doença, nos tratam bem, com muito carinho e respeito.</i></p> <p><i>A dentista lá é maravilhosa, fui bem acolhida, me senti tão bem com ela. Falou em boca assim, o meu eu, eu vou me sentir melhor com dente, os dentes é tudo...</i></p>
Normatividade	<p><i>Eu jurava que agora ia fazer a cirurgia, cheguei lá passei pelo doutor que viu os exames disse que precisava de novos exames, aquilo ali foi um balde de água fria pois eu estava crente que ia fazer a cirurgia.</i></p> <p><i>Achei que já estava apta a fazer a cirurgia, eles não falam abertamente, tá sendo muito difícil, podiam explicar melhor, popularmente, a leiga pensa horrores, pode ser que esteja errada.</i></p>
Subjetividade e práticas educativas	<p><i>Me sinto acolhida, compreendida, com vocês, sabe? Eu não tenho queixas, pra mim, vocês são maravilhosas, faz falta na vida de um paciente.</i></p> <p><i>Se vocês demoram, eu sei que vocês tem uma série de coisas da profissão pra resolver, mas assim, quando vocês não aparecem, parece que vocês não estão ligando pra mim, ninguém tá lembrando de mim.</i></p> <p><i>Eu dependo de vocês, assim, pra me dar um ânimo, as gurias vieram aqui conversaram comigo, me ensinaram a fazer exercícios, me dão força, quer dizer que a palavra, a conversa, o ânimo, que eu não tenho.</i></p>

Fonte: Entrevista aos usuários

Quadro 4- Caso 02

Dimensões das RAS	Falas exemplares
Unidades Mínima	<p><i>Eu vou direto no posto de saúde que fica na rua onde eu moro e eu vou ali, pedir ajuda para os profissionais.</i></p> <p><i>Pra gente que tem depressão e tem medo de sair pra rua, dá uma certo medo mas quando tu chega lá eles te acolhem tão bom que se torna algo prazeroso, eles te tratam bem.</i></p> <p><i>Daí viram por meio do meu exame de sangue que estava com a glicose muito alterada, eles já me medicaram e já disseram que eu tenho que retornar pra ver se continuo com as medicações...</i></p>
Conectividade e Comunicação	<p><i>Eu já saio do posto com o meu encaminhamento, e tá ali tudo que precisa ser feito, o tratamento que precisa ser feito, conforme a minha necessidade que tem que ser atendida</i></p>
Integralidade	<p><i>Eu tive uma grande ajuda da profissional da odontologia que me socorreu e prestou toda a ajuda e apoio possível e também a psicóloga, a nutricionista, todo mundo me amparando...</i></p> <p><i>Também já fui fazer panorâmica na UFRGS e no Santa Marta e agora tenho que continuar com o tratamento... já tenho um acompanhamento através da dentista que me encaminhou.</i></p>
Normatividade	<p><i>Aqui no posto sempre foi mais aberto, me lembro principalmente quando tinha as médicas cubanas, então fica muito esclarecido o tempo que tenho que tomar a medicação, o período, o retorno pra ver como é que está.</i></p> <p><i>Os médicos viram que a minha glicose está alterada, já me medicaram e já me disseram que eu tenho que retornar pra ver se continuo com o tratamento, e me deram orientações pra fazer caminhada e a dieta.</i></p>
Subjetividade e práticas educativas	<p><i>...já perdi muitas coisas devido a essa doença, já deixei de fazer muitas coisas e uma delas é que eu nem teria os dentes na boca e nem conseguiria estar aqui falando se não fosse a ajuda desses profissionais.</i></p> <p><i>Eu sou suspeita pra falar porque me sinto em casa, no caso da odontologia, a dentista, se caso algum dia ela sair daqui eu vou chorar muito...</i></p> <p><i>...a dentista me explicando o uso do fio, aquilo é um incentivo, e eu vou pra casa com aquilo tudo bem guardadinho...</i></p> <p><i>Eu vejo esse espaço como educativo também, aqui eu aprendi a escovar meus dentes, é educativo em todos os sentidos, quando eu chego aqui, sinto vontade de me cuidar mais ainda.</i></p>

Fonte: Entrevista aos usuários

Quadro 5- Caso 03

Dimensões das RAS	Falas exemplares
-------------------	------------------

Unidades Mínimas	<p><i>Me sinto muito privilegiado, sou muito bem atendido, sempre fui bem atendido, cada qual, técnica de enfermagem, enfermeira, médico, sempre me deram um bom atendimento.</i></p> <p><i>Eu já tive dificuldade, muita dificuldade porque no meu caso era problema mental, então eu tinha dificuldade de entender as coisas, passei mal, até andei me perdendo no ônibus...nesse caso aí eu entendo que é pra melhor, então tem que ir...</i></p>
Conectividade e Comunicação	<p><i>O médico já tem todo o meu prontuário e talvez ele já saiba o que vem acontecendo, e já vai logo direto ao assunto e já vai fazendo o trabalho dele.</i></p>
Integralidade	<p><i>...na época ainda tinha a técnica de enfermagem Isa, e eu passei muito mal e ela reconheceu pois ela sabia como eu era no dia a dia, aí ela procurou a doutora e me atenderam... me deram bastante atenção</i></p> <p><i>...teve uma prima minha e uma amiga que me juntaram e me trouxeram aqui e daí me encaminharam pro postão e de lá me encaminharam pra Tobias Barreto, onde encontrei um médico que foi muito competente, muito atencioso, que me deu apoio, as psicólogas, daí me mandaram retornar pra cá pra fazer um acompanhamento e eu continuei aqui e aí eles foram me acompanhando lá também e que nem eu digo, foram regando a planta, foram cuidando, ela cresceu de novo.</i></p>
Normatividade	<p><i>Tem alguns médicos que puxam pela gente, pra aprofundar o assunto, ver como a gente tá passando, inclusive a psicóloga conversa muito comigo, pra ver se tá melhorando, se tá progredindo ou regredindo.</i></p> <p><i>Eu não tomo nenhuma atitude contra o que o médico diz, porque eu até me perco, eu me perco na hora do remédio, e quando eu não tô legal eu não entro em assunto com médico, eu prefiro me fechar...</i></p> <p><i>Procuro chegar em casa e escrever as orientações, eu procuro colocar em prática e alguém da minha família ajuda porque às vezes eu saio daqui, ando uma quadra e não me lembro.</i></p>
Subjetividade e práticas educativas	<p><i>Eu fiquei mal, muito mal mesmo, me deram bastante atenção, conversaram comigo, e em momento algum deixaram de fazer algo pra me ajudar.</i></p> <p><i>Os profissionais contribuem, tanto que quando eu entrei aqui, eu andava que nem mendigo na rua... eu fui capturado na rua por alguns parentes e me trouxeram aqui e as gurias, elas, eu sou aquela planta que elas regaram e foi indo e foi indo e voltou a crescer.</i></p> <p><i>Vinha pra descontraír, é um local de doença, todo mundo fala que no hospital tem tristeza mas eu tenho boas lembranças do posto, foi e é uma ajuda, uma nova família.</i></p> <p><i>Aqui a gente aprende a se cuidar, aprende a se alimentar, a fazer o tratamento, coisas que eu não tinha aprendido até então eu vim a aprender nesse posto, aprendi a lidar com as pessoas</i></p>

Fonte: Entrevista aos usuários

Dimensões das RAS	Falas exemplares
Unidades Mínimas	<p><i>...foi no posto que diagnosticaram minha bipolaridade e isso vem vindo, com 17 anos eu tive uma tentativa de suicídio, tomei muita medicação...</i></p> <p><i>Fui para o Pam 3, com todo um processo de quererem me deixar internada e eu não querer... e é sempre assim, entre posto de saúde e Pam 3.</i></p> <p><i>Depois me encaminharam para o Melanie via posto de saúde, fiquei na fila de espera e então fiz o tratamento...comecei no Melanie e to até hoje com diagnóstico de bipolaridade, eu tenho depressão e esclerose e daí fazendo uma tomografia eu descobri que eu tenho uma lesão no lado direito do cérebro que eu tenho esquecimentos... e isso me incomodou muito e atualmente me trato no Melanie por esclerose mesial, epilepsia, depressão e bipolaridade, hoje eu tomo um monte de remédio.</i></p>
Conectividade e Comunicação	<p><i>Antes era complicado, tu tinha que contar toda a tua história e dependendo do estado que eu esteja é um mar de lágrimas, se eu tiver bem e repetir toda a minha história é tranquilo.</i></p> <p><i>...eu não tenho dificuldade de acessar outro serviço é bem tranquilo.</i></p> <p><i>Acho que não tinha uma comunicação entre os serviços, sempre quando a unidade me encaminhava para outro local eu sempre ia com uma declaração, agora, o médico de lá não devolve pra unidade como tá o meu tratamento.</i></p>
Integralidade	<p><i>Posso contar com os profissionais, se não eu já teria cometido suicídio, porque eu já contei e as vezes que eu lembro são cinco, são várias tentativas e eu perguntei pra uma psiquiatra se isso poderia continuar mesmo com as várias medicações e ela disse que sim, então eu poderia ter outras tentativas, então se eu me sinto mal eu conto com a unidade de saúde.</i></p> <p><i>...hoje em dia tem visita, os agentes vão em casa pra ver como é que tá, eu tenho uma mãe de 90 anos e tem uma médica que vai até a casa da minha mãe pra ver como que ela tá e isso não tem em outro local.</i></p>
Normatividade	<p><i>Teve um tempo atrás que eu fui no HPV e teve um médico que quis tirar a carbamazepina e queria me dar o ácido valpróico e eu sei que não me adianta de nada, então dessa vez esse médico tentou impor isso e o resultado foi tchau, não vou deixar impor uma coisa que não vai me fazer bem.</i></p> <p><i>A gente consegue entender o que os profissionais falam, até porque se eu não entender eu pergunto de novo e por conta da esclerose eu tenho dificuldade então eu falo que não to entendendo e eu peço me explica de novo e o profissional me explica de novo porque eu tenho que fazer isso.</i></p>
Subjetividade e práticas educativas	<p><i>Posso contar com os profissionais, se não eu já teria cometido suicídio, porque eu já contei e as vezes que eu lembro são cinco, de tanto em tanto tempo, tentei com 17, tentei com 21 e hoje eu to com 56, há uns cinco anos atrás tentei de novo.</i></p> <p><i>Eu considero o posto um espaço educativo, um espaço muito importante, como eu sou moradora antiga, eu venho de uma época que o posto era só pra dar remédio... eu sou de uma época que eu uso prótese pois meus dentes foram todos arrancados porque não tinha tratamento odontológico, a minha filha não vai ter esse problema pois ela vai vir e vai fazer um tratamento e vai receber orientações, era dor e era extração, e isso mudou porque existe a odontologia no posto.</i></p>

Fonte: Entrevista aos usuários

Quadro 7- Caso 05

Dimensões das RAS	Falas exemplares
Unidades Mínimas	<p><i>...na Pinel tinha um grupo e a gente conversava e cada um tinha que falar o seu problema e até foi bom o tempo que eu passei na Pinel, porque às vezes a pessoa diz que tá com dor de cabeça mas tem alguma coisa a mais, não adianta tomar remédio pra dor de cabeça, e tem outro problema mais profundo mas aqui no nosso posto é tão complicado, é tão sem recurso.</i></p>
Conectividade e Comunicação	<p><i>A outra dentista disse que eu tava com uma infecção na garganta, daí ela mandou eu ir lá no Hospital Conceição e daí lá o doutor mandou eu vir pra cá, e eu fiquei pra cá e pra lá, até que eu disse pra ela que eu não tinha mais dinheiro pra ir... daí acabou que eu fui no meu dentista particular porque foi onde fiz a minha prótese e ele lixou, e melhorou e curou aquele problema.</i></p>
Integralidade	<p><i>Eu já sonho mais alto, eu acho que tinha que ter uma psicóloga, ou alguém dessa área, porque aqui é tão complicado né, as vezes chega alguém aqui com estafa, têm mães com os filhos drogados e daí fica doente e daí vem aqui mas não tem com quem conversar especializado naquela área, faz falta.</i> <i>...quem sabe um dia melhore... Chega de médico ir embora!</i> <i>Eu precisava fazer um exame, daí a médica perguntou “o que tu acha?”, “ vamos começar o tratamento?” E daí quando vim mostrar o exame, ela não tava mais..</i></p>
Normatividade	<p><i>...ele me passou bastante segurança, até então eu nem sabia que era hipertensa, eu comecei a sentir uma dor nas costas...daí minha pressão estava 15 e ele disse tu tá com quadro de hipertensão vamos começar com medicamento, eu comecei com o propranolol que às vezes a gente não encontra aqui,eu tenho que comprar.</i> <i>Uma vez a médica disse que eu tinha que fazer o controle de pressão mas eu pensei que eu ia ficar indo no posto e tirando lugar de quem precisa, então falei com as técnicas de enfermagem e mostrei que a minha pressão tá sempre boa, daí combinei pra eu vir quando me sentisse mal, pra que eu vou ficar vindo 3 vezes na semana se eu não tava sentindo nada?</i></p>
Subjetividade e práticas educativas	<p><i>Eu tive mais dificuldade quando chegou aquela médica cubana, em entender o que ela falava, eu chegava em casa e pensava, o que será que ela quis dizer, querida ela, muito boa ela, ela foi embora, a gente aqui não tem muita sorte. Ainda bem que a senhora tá aqui, que Deus conserve porque os médicos não ficam aqui.</i> <i>Só tem a senhora de antiga aqui... e ainda temos que agradecer a Deus e pedir que a senhora fique... pra ver como a gente precisa muito dos profissionais, quando precisa pra onde a gente corre?</i> <i>...eu não sabia fazer soro e aprendi aqui, uma coisa tão fácil, todas essas mães que chegam aqui recebem uma informação, a doutora dava escova e ensinava a escovar, até pra criança, eu acho bem importante isso.</i></p>

Fonte: Entrevista aos usuários

Quadro 8- Caso 06

Dimensões das RAS	Falas exemplares
Unidades Mínimas	<p><i>No início eu não dou bola mas se eu ver que não tá passando, a última vez mesmo que eu vim, eu tava com uma diarreia que não parava, tomando soro e não passava, daí quando começou a me dar uma fraqueza nas pernas e daí eu corri para as gurias.</i></p> <p><i>Da última vez que eu vim aqui...a técnica, me deu soro e não adiantou e a minha pressão tava subindo, eu não tenho a receita, não achei a receita, daí ela me disse vai no PA e já pede a tua receita, minha pressão tava 17, daí eu fui mas não gosto, só vou se tiver muito ruim.</i></p> <p><i>...daqui eu não tenho queixa, passei mal várias vezes e fui bem atendida, já chamaram a Samu pra mim e eu agradeço, se não tivessem me ajudado, eu estaria como?</i></p>
Conectividade e Comunicação	<p><i>Eu preferia só consultar aqui, daí eu chego na Santa Casa ele me pergunta todos os meses a mesma coisa...</i></p> <p><i>O médico tá preocupado com meu sono e com remédio pra dormir e eu to querendo um remédio que eu não surte.</i></p>
Integralidade	<p><i>Tenho que ir consultar na Santa Casa e não gosto nem é por ter que contar toda a minha história de novo, o problema é chegar na Santa Casa, tenho pavor daquele pavilhão cheio de gente, eu não gosto de tumulto. Eu não gosto nem de ir no PA da 12, só vou se estou muito mal.</i></p> <p><i>Tem lugares que eu não gosto de ir porque fui mal entendida, eu posso dizer que não sou uma pessoa mal educada, meus problemas psicóticos, eu nunca faltei com respeito porque tenho medo que me maltratem, pra não me machucarem, dá o bem pra receber o bem. Todas as vezes que eu cheguei aqui, não tenho queixa do meu posto, eu só tenho que elogiar.</i></p>
Normatividade	<p><i>Para seguir as orientações do profissional, eu não faço pela profissão, eu faço porque eu gosto da pessoa, entendeu? Se eu gosto de ti eu vou fazer mas eu prefiro tentar seguir as orientações, prefiro tentar ajudar.</i></p> <p><i>Eu odeio aqueles remédios, daí eu abandonava, no outro dia tomava um, no outro dia já não tomava, to bem e não preciso, passava 2, 3 dias e ficava mal e daí já começava a surtar e tomava de novo e demorava pra passar e eu vinha correndo pedir ajuda, mas nunca, jamais as gurias disseram assim: "tu tem que tomar", sempre de boa, sempre tentando me ajudar e colocar na minha cabeça.</i></p>
Subjetividade e práticas educativas	<p><i>Me sinto bem na unidade, é como se fosse minha casa, posso falar de hoje? Hoje, não. Me disseram que vocês vão embora, me deu um ódio...e eu não gosto de sentir essas coisas.</i></p> <p><i>É que nem eu estava falando com a Ângela, é que nem um divórcio, a Ângela conheço desde que a minha guria nasceu, minha filha tem 32 anos, como assim, vai me deixar? Separação, a sensação é essa.</i></p>

	<i>Quando tu acha que tá no começo da tua neurose e tu vem logo conversar, tu não te afunda, eu vim várias vezes conversar... quantas vezes eu vim aqui e chorei no ombro das gurias, várias vezes e daí eu vinha pra um desabafo e as reuniões...</i>
--	--

Fonte: Entrevista aos usuários

Quadro 9- Caso 07

Dimensões das RAS	Falas exemplares
Unidades Mínimas	<i>Quando fico doente eu tomo mais ou menos um remédio que eu tenho em casa e se não adiantar eu procuro o posto, no caso eu moro perto do posto e eu venho aqui e daí conforme for se o médico disser que é mais grave eu vou no PA e daí se é mais grave ainda daí eles encaminham para um hospital. ...eu tento com chá, com remédio é o que eu faço, tomo chá...quando eu peguei "selmonella" foi assim, eu tentei manejar daí começou aquela dor, daí o médico daqui mandou eu tomar soro e não parava de evacuar e daí fiquei três dias assim e fui no PA da 12 que eu fiquei 10 dias e depois eu fiquei 17 dias internada no Vila Nova.</i>
Conectividade e Comunicação	<i>Eu acho que os profissionais não conversam, tu tem que ter uma boa memória, eu tenho uma pasta com tudo, eu tava esperando pra ginecologia, antes era cisto, daí me encaminharam para o Conceição e daí eu cheguei lá e tive que falar tudo de novo e daí me pediu todos os exames de novo, daí tive que voltar pro posto e daí me pediram os exames tudo de novo... Os serviços se complementam por causa de ti, porque tu conta tudo de novo, tu não pode perder o fio da meada, tu tem que ter a paciência de contar tudo de novo. ...Aqui sempre que troco o médico eu trago a minha pasta.</i>
Integralidade	<i>...tanto de bom humor quanto de mau humor, os profissionais explicam quando precisa de exames, aqui não tem laboratório e na recepção te dão opções de laboratório mais perto pra ir, se na consulta não conseguem explicar, daí na recepção elas te explicam e se elas não te explicam, tu liga pra saber ou vai lá então não tem como não saber, se tu quer mesmo fazer o exame tu tem que perguntar. ...são 32 anos, eu acompanhei a modificação desse posto...eu tenho acompanhado...Do ano passado pra cá tem sido uma regressão contínua porque o médico não para...tu chega aqui e as coisas mudam, tu vem na quarta pra fazer um CP e chega aqui e cadê? Tu chega e não é mais, antes tinha que vir marcar para o mês e ficava um filão, depois tu chegava aqui de tarde e consultava na hora, como é no PA e depois regrediu... progride e regride. E antes não tinha dentista aqui, acho que a senhora é a primeira dentista que vem e que fica.</i>

Normatividade	<p><i>Ahh eu dou muita importância para as orientações dos profissionais eu sempre tento seguir, chego em casa e tento fazer mas nem sempre posso, por exemplo: a nutricionista diz que tem que comer isso e se eu não tenho e como o que dá, eu vou fazendo o máximo possível e a medicação eu sempre peço pra dar uma que tenha aqui porque eu não tenho condições de comprar.</i></p> <p><i>...os médicos sempre entendem, nem que demore um pouquinho, uma vez teve uma doutora aqui que trazia um livrão e sempre consultava um genérico mais acessível. Ela olhava e via se tinha na rede, ela ajudava para o paciente não sair sem remédio.</i></p>
Subjetividade e práticas educativas	<p><i>Aqui antes tinha curso de gestante, eu participei do curso, esperando a minha filha que hoje tem 30 anos, eu tinha 17 anos. Eu fiz o curso e perguntava tudo, ...como eu não tinha muita informação da minha mãe, eu perguntava aqui, porque a minha mãe não falava nada, eu perguntava mesmo, não tinha vergonha e o médico explicava tudinho, a enfermeira dizia que a minha filha era neta dela.</i></p> <p><i>Foi a minha segunda família, educativa, eu não terminei os estudos, eu casei com 17 anos e esse conhecimento eu tive aqui.</i></p> <p><i>A gente aprende muita coisa aqui, a gente aprende educação, culinária, aprende o que fazer em casa e para as pessoas, ensina como tomar a medicação, acho muito educativo, a camisinha, que se falava da camisinha de homem, de mulher, tinha o grupo da família, a gente dava risada...na época que o Lula entrou começou o grupo do Bolsa Família...eu vinha em todas as reuniões.</i></p>

Fonte: Entrevista aos usuários

6 DISCUSSÃO

6.1 AS UNIDADES MÍNIMAS NA RAS (OS SERVIÇOS, OS TRABALHADORES E OS USUÁRIOS) E A PRODUÇÃO DO ACOLHIMENTO E DO VÍNCULO

As Unidades Mínimas, ou os elementos fixos da rede (os pontos), são as pessoas, consideradas individualmente (um trabalhador, um usuário, um gestor) ou em conjuntos (as equipes ou outros arranjos organizativos), mas também podem ser as ações, as intervenções, ou as instituições e os serviços (AMARAL; BOSI, 2017).

Nas práticas discursivas na dimensão de análise das Unidades Mínimas, o cuidado se expressou pelo acolhimento e pelas relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários. A forma como os processos de adoecimento foram percebidos e compreendidos pelos usuários, acolhidos pelos trabalhadores, constituíram as produções dos itinerários terapêuticos. Assim como, a forma como o vínculo se constituiu entre os usuários e os trabalhadores determinou o papel das Unidades Mínimas no itinerário do cuidado.

“Me sinto acolhida, compreendida por vocês, sabe? Para mim, vocês são maravilhosas, faz falta na vida de um paciente...” (Elis)

“Quando eu comecei o tratamento no posto, eu andava que nem mendigo na rua e eu fui capturado na rua por alguns parentes e amigos, que me trouxeram aqui e as gurias me acolheram... eu sou aquela planta que regaram e foi indo e foi indo e voltou a crescer.” (Chico).

“Quando eu to mal, eu tomo mais ou menos um remédio que eu tenho em casa e se não adiantar eu procuro um posto, no caso eu moro perto do posto e eu venho aqui e daí conforme for se o médico disser que é mais grave eu vou no pronto atendimento e daí se é mais grave ainda daí eles encaminham para um hospital.” (Nara)

A identificação das necessidades que o usuário ou a sua família apresentam podem ser reconhecidas, desde que sejam dadas oportunidades para que se possa compreender o que o sujeito traz subjetivamente, e as práticas educativas nas Unidades Mínimas atuam de forma importante.

O acolhimento ultrapassa o ato de ‘triagem’ ou da ‘escuta interessada’ e pressupõe um conjunto de atividades educativas, de escuta, de identificação de problemas e de intervenções no enfrentamento dos problemas de saúde. A educação atua na ampliação da capacidade dos trabalhadores responderem às demandas dos usuários (ASSIS *et al.*, 2010, grifo do autor).

O acolhimento na saúde está pautado na ética, tolerância e inclusão social com escuta solidária e compromisso de cidadania. É resultante das relações no processo de cuidado. No encontro entre profissionais e usuários dá-se a negociação educativa que busca e estimula certa autonomia. O acolhimento não depende apenas dos envolvidos, usuário e trabalhador, mas das condições políticas, econômicas, sociais e históricas dadas pelo aparato institucional e que também se modificam nesse processo (SCHIMITH; LIMA, 2004; MATUMOTO, 1998).

A acessibilidade universal pautada no trabalho em equipe define o acolhimento e a relação qualificada entre trabalhador e usuário com parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY *et al.* 1999).

Os usuários da UBS São Pedro, que foram entrevistados, têm a unidade como referência de cuidado e a procuram para a resolução dos seus problemas de saúde, possuem vínculos estabelecidos com os trabalhadores, considerando-os como fonte regular de acolhimento e apoio, constituindo relações de confiança.

“Na última vez que passei mal, tinha a técnica de enfermagem Maria Rita e ela reconheceu, pois ela já sabia como eu era no dia a dia.”
(Chico)

“...daí eu vinha para um desabafo e para as reuniões, mas eu não era de conversar, eu achava que ninguém ia me ajudar, que ninguém ia resolver pra mim, agora não, eu tenho que botar pra fora, se eu guardar eu vou pirar de novo...Quando tu acha que tá no começo da tua neurose e tu vem logo conversar, tu não te afunda, eu vim várias vezes conversar com as enfermeiras... quantas vezes eu vim aqui e chorei no ombro da Ângela.” (Elza)

“...Olha só quantos anos que eu venho aqui, aqui tinha uma enfermeira que era super e naquela época, ela e um médico davam palestras para as mães, eles ensinavam as mães novinhas, tu fazia curso, tinha curso de gestante, eu participei de um curso de gestante da minha filha que hoje tem 30 anos.” (Nara)

“No início eu não dou bola mas se eu ver que não tá passando, a última vez mesmo que eu vim, eu tava com uma diarreia que não parava, tomando soro e não passava, daí quando começou a me dar uma fraqueza nas pernas eu corri para as gurias do posto.” (Elza)

Quando um usuário de um serviço de saúde busca ajuda, não está apenas atrás de um exame ou de uma consulta, mas, sim, de soluções para o seu problema. Os usuários buscam relações de confiança e a certeza de que seu problema vai ser compreendido, buscam o compromisso de que tudo que puder ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços (MERHY, 2004). Pode-se afirmar que o usuário em sua subjetividade busca uma relação educativa com o serviço.

Os usuários em suas práticas discursivas ressaltam esse processo de acolhimento que vivenciam. A APS e toda a interação social que produz é muito favorável ao trabalho educativo, que modela a construção do cuidado, com a participação de diferentes saberes e práticas das equipes multiprofissionais.

O vínculo será ou não desenvolvido no contexto do trabalho em saúde, dependendo de como se dão as relações educativas. O estabelecimento do vínculo é um modo, um processo de conhecimento, por parte dos trabalhadores, dos problemas da comunidade atendida (BRUNELLO *et al.* 2010; COELHO; JORGE, 2009).

Na portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o termo vínculo ora é entendido como princípio, ora como fundamento e diretriz da APS. O vínculo consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre usuário e trabalhador da saúde, possibilitando o aprofundamento do processo de corresponsabilização, que é construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2011a; SEIXAS *et al.*, 2019).

“Vínculo é o dispositivo que leva os sujeitos (trabalhadores e usuários) ao encontro de potencialidades, já que favorece a reciprocidade de experiências e possibilita a construção de atos terapêuticos co-responsabilizados” (SANTOS *et al.*, 2008, p. 469). O entendimento do significado do vínculo está associado com a capacidade do usuário de usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca de sua vida (SANTOS *et al.*, 2008).

6.2 A CONECTIVIDADE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: O PAPEL DA COMUNICAÇÃO NO ITINERÁRIO DO CUIDADO

As Unidades Mínimas da RAS estabelecem diferentes formas de ligação, compondo um espaço virtual reticular com dois aspectos fundamentais: os pontos fixos e as relações produzidas entre esses pontos, descritas como fluxos, conexões, inter-relações, etc. São exemplos de relações entre os serviços: encaminhamentos, visitas institucionais, contatos telefônicos, interconsultas. A Conectividade e como a RAS estabelece as suas relações é uma dimensão que permite avaliar os efeitos do conjunto das Unidades Mínimas, tais efeitos podem ser identificados (ou não) como coerência e complementaridade das ações na RAS (AMARAL; BOSI, 2017).

Há uma variedade de relações possíveis entre os serviços de saúde, com significativas diferenças no modo como acontecem e os seus efeitos práticos. A comunicação entre os pontos da RAS se estabelece por meio de procedimentos muitas vezes tecnicamente distintos, pois responde a necessidades diferentes que demandam condições materiais e humanas também diversas. A conectividade não é uma característica estanque, englobando também a capacidade de estabelecer novas conexões (AMARAL; BOSI, 2017).

A presença de um sistema de referência e contrarreferência de pessoas e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde é fundamental para promover a integração dos pontos de atenção à saúde. Os sistemas logísticos, que são soluções tecnológicas, são considerados componentes das RAS, oferecem soluções baseadas nas tecnologias de informação e são voltados para promover a eficaz integração, assim como a comunicação entre os pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos das RAS são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários, as centrais de regulação e o registro eletrônico em saúde (MENDES, 2011).

A implantação de prontuários eletrônicos dos usuários na APS, o e-SUS Atenção Básica, é um exemplo de solução tecnológica em busca da conectividade e integração dos pontos da RAS. Começou a ser implantado em Porto Alegre, no ano de 2016 (PORTO ALEGRE, 2016), como parte da informatização do processo de

trabalho na APS em todo o território nacional. É visto como positivo pelos usuários, principalmente considerando a dimensão da comunicação e conectividade na RAS.

A existência de um prontuário unificado com as informações do usuário, aperfeiçoa a conectividade entre as Unidades Mínimas, diminui a fragmentação entre os níveis de atenção. Por exemplo, o usuário não passará por procedimentos já realizados, que por falta de registros poderão ser repetidos, dificultando ou atrasando os itinerários terapêuticos (COELHO; JORGE, 2009).

O ponto inicial da comunicação entre as Unidades Mínimas na RAS se dá entre trabalhadores das equipes de saúde e usuários e sustenta-se por meio de: práticas e atitudes educativas, o acolhimento, a relação de confiança e o vínculo. Dessa forma, pavimenta-se um caminho inicial que o usuário trilhará em seu projeto terapêutico, inclusive buscando outros serviços.

“Eu já saio do posto com o meu encaminhamento, e tá ali tudo que precisa ser feito, o tratamento que precisa ser feito, conforme a minha necessidade que tem de ser atendida.” (Bethânia)

“Antes era complicado, tu tinha que contar toda a tua história e dependendo do estado que eu estivesse é um mar de lágrimas, se eu tiver bem e ter que repetir toda a minha história é tranquilo...” (Marisa)

“Quando eu vou no médico, já tem todo o meu prontuário e talvez ele até já saiba o que vem acontecendo, e vai logo direto ao assunto, vai fazendo o trabalho dele, tem alguns médicos que puxam pela gente, pra aprofundar o assunto, pra ver como a gente tá passando.” (Chico)

“Para a gente que tem depressão e tem medo de sair para rua, dá uma certo medo de consultar em outro local, mas quando tu chega lá eles te acolhem tão bem que se torna algo prazeroso, eles te tratam bem.” (Bethânia)

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica entendê-la como uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades e demandas da população, o que resulta em sua articulação como centro de comunicação das RAS (MENDES, 2011).

De acordo com os dados analisados é possível afirmar que a APS nem sempre consegue cumprir o seu papel como centro de comunicação da RAS no município de Porto Alegre. Nos processos de comunicação entre os diferentes níveis de atenção, muitas vezes os usuários precisam repetir exames que são solicitados por diferentes serviços ou precisam repetir informações a respeito do seu tratamento a cada novo serviço ou especialidade acessada. Os usuários percebem que os trabalhadores dos diferentes pontos de atenção na RAS não mantêm contato em situações diversas. Nesses casos, os próprios usuários promovem a conexão entre esses pontos, a cada nova consulta, repetem, buscam e repassam informações. Tal fato se torna ainda mais complexo já que o projeto terapêutico deveria ser compartilhado pelos diferentes serviços, garantindo a complementaridade das ações.

“Eu acho que os profissionais não conversam, tu tem que ter uma boa memória, eu tenho uma pasta com tudo, eu tava esperando pra ginecologia, antes era cisto, daí me encaminharam para o Conceição e daí eu cheguei lá e tive que falar tudo de novo e daí me pediram todos os exames de novo, daí tive que voltar para o posto e daí me pediram os exames...” (Elza)

“A outra dentista disse que eu tava com uma infecção na garganta, daí ela mandou eu ir lá no Hospital Conceição e daí lá o doutor mandou eu vir pra cá, e eu fiquei pra cá e pra lá, até que eu disse pra ela que eu não tinha mais dinheiro pra ir... daí acabou que eu fui no meu dentista particular onde fiz a minha prótese e ele lixou e curou aquele problema.” (Cássia)

“Acho que não têm comunicação com os hospitais, sempre quando a unidade me encaminhava para outro local eu sempre ia com uma declaração... agora, o médico de lá não devolve pra unidade como tá o meu tratamento.” (Marisa)

“Eu já tive dificuldade, muita dificuldade, o meu caso era problema mental, então eu tinha dificuldade de entender as coisas, passei mal, até andei me perdendo no ônibus, sendo capturado pelos parentes, isso já aconteceu, então eu tive dificuldade nesse caso aí mas eu entendo que é pra melhor, então tem que ir na consulta.” (Chico)

O modo como ocorre a comunicação entre os serviços na RAS afeta a

continuidade das ações nos percursos dos usuários, atuando diretamente na possibilidade de fragmentação do cuidado. As políticas de planejamento e organização do SUS em rede pressupõem a superação de problemas que levam à fragmentação. Tal fragmentação manifesta-se no desempenho da coordenação entre os níveis e pontos de atenção ou na experiência de acesso ou perda da continuidade da atenção às pessoas que utilizam o sistema (MENDES, 2011).

A fragmentação afeta diretamente a experiência dos usuários em seus itinerários terapêuticos com cuidados descontinuados. No caso da APS, a ausência de papéis e fluxos claramente estabelecidos têm caracterizado o modo como os serviços de saúde operam, agravando a desarticulação assistencial, pela insuficiente integração entre os serviços, baixa qualidade dos processos de regulação e insuficiente oferta de atenção especializada (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Os serviços de APS para serem resolutivos devem estar integrados em uma rede de atenção. A integração da rede pressupõe a UBS como porta de entrada preferencial mas sem deixar de garantir o acesso aos demais níveis de atenção. A definição de mecanismos formalizados de referência e contrarreferência e a coordenação das diversas ações pela equipe da UBS viabiliza o cuidado contínuo. Na organização dos fluxos dos usuários, o acesso aos serviços e ações especializadas de acordo com as necessidades de saúde é responsabilidade da gestão municipal (BRASIL, 2011b; GIOVANELLA *et al.*, 2002; TASCA, 2011).

6.3 A INTEGRAÇÃO: O EFEITO DO PAPEL DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO REALIZADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

O modelo multidimensional de avaliação qualitativa elaborado por Amaral e Bosi (2017) considera a dimensão da Integração nas RAS, como efeito do conjunto das relações. Os componentes que conformam a Integração nas RAS, são a capacidade dos serviços de possibilitarem continuidade e a coordenação do cuidado.

Ao pensar o SUS como uma rede coordenada, capaz de garantir o acesso e a continuidade do cuidado, considera-se que as ligações entre os serviços ocorrem mediante o estabelecimento de intrincadas interações entre os responsáveis pela organização e produção do sistema (gestores), os responsáveis pela organização e produção dos serviços (prestadores e profissionais) e os usuários. A coordenação do cuidado significa estabelecer conexões com um objetivo maior, que é atender às necessidades e preferências dos usuários na produção do cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2018; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; LIMA; RIVERA, 2009).

A coordenação é o propósito principal em processos de integração dos serviços de saúde. A integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e serviços. O principal propósito é coordenar a sua interdependência, permitindo a cooperação para a realização de um projeto coletivo (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; LIMA; RIVERA, 2009).

A APS como parte da RAS possui o papel de favorecer o acesso oportuno e adequado aos serviços diagnósticos e terapêuticos, sejam eles ambulatoriais ou hospitalares, da população adscrita aos territórios regionalizados (ALMEIDA *et al.*, 2018).

As diretrizes organizacionais do SUS em termos de continuidade do cuidado descritas nas práticas discursivas dos usuários, apresentam rupturas na coordenação do cuidado e, conseqüentemente, o comprometimento da integralidade. Dessa forma, o usuário torna-se protagonista do processo de coordenação.

“Os serviços se complementam por causa de ti, porque tu conta tudo de novo, tu não pode perder o fio da meada, tu tem que ter a paciência de contar tudo de novo. Aqui sempre que troca o médico eu trago a minha pasta. Eu já tinha tido um problema com meu filho e o médico perguntou o que tu acha que resolve? Então ele me escutou. Tu tem que saber o que é certo, o que é errado, é de pessoa pra pessoa, depende das pessoas também.” (Nara)

“Quando tu já tem um acompanhamento com um profissional daí tem quase que voltar lá do zero pra explicar porque o outro não vai conseguir pegar o meu acompanhamento assim como de tantos outros médicos que passam pelo posto; é triste, é lamentável.” (Chico).

As dificuldades para a continuidade do cuidado são acentuadas pela rotatividade dos trabalhadores na UBS São Pedro, caracterizando saídas e entradas frequentes dos trabalhadores, voluntária ou involuntariamente. Políticas que preservem vínculos de trabalho, principalmente por meio de realização de concurso público, de definição de plano de carreira e que promovam a permanência dos trabalhadores nas equipes não foram investimentos realizados no município de Porto Alegre no período de realização do estudo. O que se verificou foi um processo de aumento da precarização de vínculos de trabalho, demissão de trabalhadores concursados e substituição por equipes contratadas por parcerias público-privadas (FERREIRA, 2020; SANTINS, 2020).

A perda ou troca de profissionais gera um fator de ruptura no processo de trabalho das equipes de saúde, o que implica na perda do vínculo, comprometendo a longitudinalidade do cuidado (GIOVANI; VIEIRA, 2013; STANCATO; ZILLI, 2010; TONELI *et al.*, 2018).

Garantir o cuidado integral à saúde ainda é um desafio para a APS, embora se evidencie a consolidação das políticas, práticas educativas e de cuidado e saberes na conformação das redes de saúde. As dificuldades para atingir o vínculo e a integralidade se constituem desde a gestão em saúde, que estabelece os desenhos e fluxos para a conformação de uma rede de cuidado, a determinantes que não são exclusivos do âmbito da saúde, ressaltando que a conjuntura sócio-política produz impactos nos processos saúde-doença da população (BRITO-SILVA *et al.*, 2014; RAUPP *et al.*, 2015).

A coordenação do cuidado interliga recursos comunitários, assistenciais, farmacêuticos, dentre outros. “Quanto maior o número de pessoas e serviços envolvidos na provisão de cuidados e mais complexa a intervenção para a resolução da necessidade de saúde, maior é o nível de coordenação requerido para que se obtenha resultados desejáveis” (ALMEIDA *et al.*, 2018, p. 245). Principalmente nos casos das condições crônicas e problemas de saúde mental que exigem o uso simultâneo de diversos serviços (ALMEIDA *et al.*, 2018; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; MENDES, 2011).

A coordenação do cuidado incorpora perspectivas dos usuários e dos profissionais da saúde, que estão entrelaçadas. Um sistema de saúde que tenha como perspectiva atender às necessidades e prioridades dos usuários considera o ponto de vista do usuário e a sua participação na definição do seu plano terapêutico como um dos elementos para a organização dos serviços (ALMEIDA *et al.*, 2018; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011). Nesse aspecto, o estudo destaca o papel transversal de processos educativos como estimuladores da intersubjetividade e humanização da RAS.

Nas práticas discursivas dos usuários, o papel e importância das equipes de saúde contribuindo para a continuidade e a coordenação do cuidado.

“Eu vivia em função da minha mãe, minha vida virou de cabeça pra baixo quando ela foi a óbito e eu perdi totalmente o chão, inclusive eu trabalhava num hospital há dez anos quando desmaiei lá e bati com os dentes daí eu tive uma grande ajuda da profissional da odontologia Ana Carolina que me socorreu e prestou toda a ajuda e apoio possível e também a psicóloga, a nutricionista, todo mundo me amparando, até então minha mãe sempre tinha se tratado nesse posto.” (Bethânia)

“...teve uma prima minha e uma amiga que me juntaram e me trouxeram aqui e daí me encaminharam pro Postão e de lá me encaminharam pra Tobias Barreto, onde encontrei um médico que foi muito competente, muito atencioso, que me deu apoio, as psicólogas, daí me mandaram retornar pra cá pra fazer um acompanhamento e eu continuei aqui e aí eles foram me acompanhando lá também e que nem eu digo, foram regando a planta, foram cuidando, ela cresceu de novo.” (Chico)

“Teve um tempo que eu não senti nada, tava bem tranquila, quer dizer, não bem tranquila, tinha umas recaídas...ficava nervosa, ficava chorando, eu me alterava, e daí depois eu tive que voltar aos médicos novamente. Depois me encaminharam para o Melanie via posto de saúde, fiquei na fila de espera e me encaminharam onde fiz o tratamento pois eu vinha tendo várias tentativas de suicídio e aí fiquei no Melanie, e to no Melanie até hoje com diagnóstico de bipolaridade.” (Marisa)

“...a dentista lá é maravilhosa, fui bem acolhida, me senti tão bem com ela, agora eu tenho que ligar pra lá porque preciso tirar umas raízes e já tirei o RX lá...falou em boca assim, o meu eu, eu vou me

sentir melhor com dente, os dentes é tudo, a aparência da pessoa muda.” (Elis)

“...consigo entender o motivo sim de ter sido encaminhada e fico feliz da vida, porque daí chegou a minha vez, não vejo dificuldade nenhuma, também já fui fazer panorâmica e outros exames na UFRGS e no Santa Marta e agora tenho que continuar com o tratamento, porque eu tenho gengivite, e já tenho um acompanhamento com especialista através da dentista do posto que me encaminhou.” (Bethânia)

É preciso desconstruir a prática centrada no saber médico e nos saberes pautados nos núcleos especializados das profissões, é necessário incorporar nas práticas dos trabalhadores, saberes ampliados e a dimensão cuidadora, a valorização do outro e o respeito com a visão de mundo de cada um. É preciso considerar o outro como cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação necessários para a resolução dos seus problemas de saúde (SANTOS; ASSIS, 2006).

A integralidade implica no compromisso com uma atenção resultante de práticas direcionadas às necessidades objetivas e subjetivas das pessoas, considerando o contexto social. Tais práticas devem ser apreendidas e transformadas em ações por uma equipe multiprofissional e integrando ações educativas com as assistenciais em uma busca de uma compreensão ampliada dos problemas de saúde. O sentido da integralidade implica em integrar partes de um organismo vivo, dividido e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer um sujeito, um semelhante. Essa assimilação deve se processar cotidianamente nos encontros entre profissionais e usuários nos serviços de saúde (ALVES, 2005; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

A educação em saúde garante a integralidade e sua perspectiva dialógica, participativa e emancipadora e que contribui para a autonomia do usuário, mas também dos trabalhadores possibilitando um espaço de reinvenção de modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais (BRASIL, 2007).

6.4 A NORMATIVIDADE: OS PROTOCOLOS E A ENTRADA E SAÍDA DOS PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Do modelo multidimensional elaborado por Amaral e Bosi (2017), depreende-se que a Normatividade é a dimensão que permite avaliar a adesão a diretrizes clínicas e linhas de cuidado singulares, assim como o estabelecimento de critérios de encaminhamento, assim como, a entrada e a saída de cada ponto da rede.

Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica é um documento que estabelece critérios para diagnóstico e tratamento preconizado com medicamentos e demais produtos apropriados, as posologias recomendadas, os mecanismos de controle clínico e o acompanhamento dos resultados terapêuticos. Já as Diretrizes Clínicas são recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção, assim como orientam a organização dos serviços em relação às condições de saúde de maior relevância sanitária. São elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde doença, com foco na integralidade e orientam as Linhas de Cuidado, viabilizando a comunicação entre as equipes e serviços, programações de ações e padronização de recursos (BRASIL, 2001).

As Linhas de Cuidado foram pensadas para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. São articuladas através do reconhecimento de que gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário aos serviços de que necessita (FRANCO; FRANCO, 2012).

Nas RAS, os serviços de saúde interagem entre si em diferentes fluxos, em uma relação horizontalizada com elevado grau de interdependência e devem ser organizados de maneira usuário-centrado, levando em conta a singularidade das demandas e necessidades dos usuários. A implementação de Linhas de Cuidado para as doenças mais prevalentes e de projetos terapêuticos são indispensáveis para a qualificação do cuidado. Tais estratégias podem ser utilizadas para organizar a atenção de enfermidades crônicas e orientar os usuários sobre os caminhos

preferenciais que devem percorrer para terem suas necessidades atendidas (SILVA, 2011).

De acordo com o Manual de Gestão Financeira do SUS (2003), a referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, por exemplo: os hospitais e os centros de especialidades. A contra-referência significa um menor grau de complexidade, quanto a necessidade do usuário em relação aos serviços de saúde. A busca por mecanismos e fluxos facilitadores do estabelecimento de processos de referência e contra-referência é fundamental para a concretização da integralidade (BRASIL, 2003; FRATINI; SAUPE, 2008).

Os usuários, que participaram do estudo, possuem a UBS como referência de cuidado e são encaminhados de maneira protocolar para outros serviços, dando continuidade ao processo de cuidado. Quando se trata de um projeto terapêutico a ser construído e não apenas de um tratamento que prescreve medicamentos, as escolhas não são meramente técnicas, há um diferencial através do vínculo, das práticas educativas, da capacidade de escuta e da competência cultural dos profissionais envolvidos no cuidado.

“...como o doutor foi tranquilo, me falou de um jeito especial, como ele foi uma pessoa preparada...ele disse tu vai ter que tomar sempre esse remédio, não foi um bicho de sete cabeças, tem que ter cuidado com sal, tem que ter um cuidadinho sempre.” (Cássia)

“Eu não tomo nenhuma atitude contra o que o médico diz, porque eu até me perco, eu me perco na hora na hora do remédio...Procuro chegar em casa e escrever as orientações, eu procuro colocar em prática e alguém da minha família ajuda porque às vezes eu saio daqui, ando uma quadra e não me lembro.” (Chico)

“Ahh eu dou muita importância para as orientações dos profissionais eu sempre tento seguir, chego em casa e tento fazer mas nem sempre posso, por exemplo: a nutricionista diz que tem que comer isso e se eu não tenho e como o que dá, eu vou fazendo o máximo possível e a medicação eu sempre peço pra dar uma que tenha aqui porque eu não tenho condições de comprar.”(Nara)

“O médico me passou bastante segurança, até então eu nem sabia que era hipertensa, eu comecei a sentir uma dor nas costas, eu sempre tive pressão baixa...daí eu vim aqui com dor nas costas, daí

o doutor tirou minha pressão estava alta e ele disse tu tá com quadro de hipertensão vamos começar com medicamento, eu comecei com o propranolol que às vezes a gente não encontra aqui, eu tenho que comprar.” (Cássia)

De acordo com os dados analisados, os usuários encontram entraves nos seus percursos de cuidado que envolvem: a rotatividade dos profissionais, as barreiras no acesso (bairro muito distante dos serviços de saúde especializados), o contexto econômico das famílias, as filas de espera para determinadas especialidades e exames e a própria centralidade no modelo biomédico que não privilegia uma comunicação empática. Tais entraves podem prejudicar a formação de vínculo com os trabalhadores e a continuidade do cuidado.

“Eu não aguento tanto remédio, eu preferia ficar só no posto e lá eles fazem sempre as mesmas perguntas, não muda nada, tu tem que tomar e deu, tem um remédio que tá me engordando...eu tenho certeza que se fosse aqui seria diferente, então eu prefiro a minha casa unidade.” (Nara)

“Eu achei que já estava apta a fazer a cirurgia, eles não falam abertamente, tá sendo muito difícil, podiam explicar melhor, popularmente, a leiga pensa horrores, pode ser que esteja errada.” (Elis)

“Eu odeio aqueles remédios, daí eu abandonava, no outro dia tomava um, no outro dia já não tomava, estou bem e não preciso, passava dois ou três dias e ficava mal e daí já começava a surtar e tomava de novo e demorava pra passar e eu vinha correndo pedir ajuda, mas nunca, jamais as enfermeiras aqui disseram assim: tu tem que tomar, sempre de boa, sempre tentando me ajudar e colocar na minha cabeça.” (Elza)

As informações entre serviços e níveis de atenção devem estar organizadas de modo a evitar esforços excessivos de repetição de informações e de procedimentos para o atendimento das necessidades dos usuários. O e-SUS é um dos instrumentos que oportunizam a otimização das informações. O fluxo de informações deve ser fluido entre os diversos pontos de atenção e principalmente entre os profissionais e usuários (ALMEIDA *et al.*, 2018). Tal situação ainda não é

uma realidade no itinerário de todos os usuários, resultando em uma certa resistência a serem referenciados a outros pontos da RAS.

Um agir profissional prescritivo e orientado apenas pelo saber técnico, por mais que seja aprimorado, não conduz ao diálogo que constrói coletivamente as respostas necessárias para as pessoas envolvidas. Para isso, é necessário saber ouvir e criar confiança para a expressão de saberes e questionamentos. As pessoas não se modelam passivamente às prescrições dos profissionais pois já trazem para o atendimento as suas próprias visões e uma série de outras alternativas de tratamento e que são saberes válidos pois estão integrados à cultura e a realidade local (VASCONCELOS, 2001).

O papel dos usuários na corresponsabilização com o próprio cuidado tem sido enfatizado, passando pela escolha dos usuários dos serviços de preferência na RAS e construção de pactos compartilhados de informações. A ressignificação de fluxos e desenhos do caminhar nas redes, fortalece a autonomia dos usuários (MAGALHÃES JÚNIOR; PINTO, 2014).

6.5 SUBJETIVIDADE: OS SUJEITOS NA RAS E AS PRÁTICAS EDUCATIVAS CONTRIBUINDO NO CUIDADO

O construto multidimensional proposto por Amaral e Bosi (2017) para avaliação qualitativa das RAS, considera a Subjetividade como uma das dimensões da RAS que perpassa transversalmente todas as demais dimensões. Nessa dimensão se considera os protagonismos, os sentidos, os valores e vínculos afetivos circulantes na rede.

Nas RAS, as intervenções dos trabalhadores não se fundamentam apenas em decisões baseadas em saberes técnicos, mas também se relacionam com inter-subjetividades. Dessa forma, a produção de sentidos que ocorre no trabalho modifica as atividades desenvolvidas. Os vínculos estabelecidos não se resumem a meras condutas impessoais, há a produção subjetiva dos sujeitos envolvidos, o que torna a Subjetividade uma dimensão transversal relacionada às demais dimensões, com potencial de reconfigurá-las (AMARAL; BOSI, 2017).

O estudo procurou estabelecer a satisfação do usuário, o grau de envolvimento na construção do seu itinerário de cuidado, a percepção de sua capacidade de colaboração tendo como foco também as práticas educativas escolhidas e desenvolvidas nesse percurso pelos trabalhadores.

“Eu fiquei mal, muito mal mesmo, me deram bastante atenção, conversaram comigo, e em momento algum deixaram de fazer algo pra me ajudar...Os profissionais contribuem, tanto que quando eu entrei aqui, eu andava que nem mendigo na rua... eu fui capturado na rua por alguns parentes e me trouxeram aqui e as gurias, elas, eu sou aquela planta que elas regaram e foi indo e foi indo e voltou a crescer.” (Chico)

“Eu dependo de vocês, assim, pra me dar ânimo, me dão força, quer dizer que a palavra, a conversa, vocês me dão um ânimo que eu não tenho” (Elis).

“Sou suspeita pra falar porque me sinto em casa, no caso na odontologia, a dentista Ana Carolina, se caso algum dia ela sair daqui eu vou chorar muito...não falto às consultas... quando eu me sinto doente eu já venho direto porque no meu pensamento eu já tenho localizado o socorro.” (Bethânia)

“Em relação ao médico esse último é tão querido,ele chegou a falar pra mim, promete que vai fazer um esforcinho pra fazer as caminhadas, então aquilo toca no teu íntimo, me sinto em casa, me deixa super bem.” (Cássia)

“É muito importante o apoio de vocês, é fundamental, porque se não fosse isso, eu já perdi muitas coisas devido a depressão, já deixei de fazer muitas coisas e uma delas é que eu nem teria os dentes na boca e nem conseguiria estar aqui falando se não fosse a ajuda dessas profissionais.” (Bethânia).

“Para seguir as orientações do profissional, eu não faço pela profissão, eu faço porque eu gosto da pessoa, entendeu? Se eu gosto de ti eu vou fazer mas eu prefiro tentar seguir as orientações, prefiro tentar ajudar.” (Nara)

“Aqui a gente aprende a se cuidar, aprende a se alimentar, a fazer o tratamento, coisas que eu não tinha aprendido até então eu vim a aprender nesse posto, aprendi a lidar com as pessoas.” (Chico)

A constituição das redes e serviços de saúde envolve instituições e projetos, mas são pessoas que se articulam e se conectam, são pessoas que constroem vínculos. É a unidade básica do vínculo, a relação entre sujeitos, que vai conformar a RAS. A organização da atenção à saúde se dá fundamentalmente pelas relações, pelas conexões que são estabelecidas entre pessoas e se formam linhas e fluxos horizontais por dentro das organizações (FEUERWERKER, 2000 apud LIMA; RIVERA, 2009; FRANCO, 2006, ROVERE, 1998 apud LIMA; RIVERA, 2009).

A subjetividade do trabalho é constitutiva das RAS estabelecendo linhas múltiplas de relação entre trabalhadores e usuários, em uma lógica de fluxos-conectivos em prol de um determinado projeto terapêutico comprometido com a integralidade do cuidado (FRANCO; MERHY, 2012). Quando os trabalhadores de saúde desejam, eles fazem e operam nas suas relações outros fluxos de conexão com suas equipes, com outras unidades de saúde e principalmente com os usuários. Não há hipótese de que no trabalho em saúde a subjetividade deixe de ser algo relevante no processo de cuidado (FRANCO; MERHY, 2012; SANTOS; MISHIMA; MARTINS, 2018).

“O elemento humano é central e garante o caráter produtor do cuidado, o modelo assistencial não se configura por atos de produção imanentes ao próprio processo, mas gerados pelos trabalhadores em relação” (FRANCO; MERHY, 2012, p. 151). Os trabalhadores em atividade atuam sob linhas de força influenciadas por uma ética do cuidado, que se expressam pelas tecnologias de cuidado e as subjetividades que operam no processo do cuidado. O trabalho em saúde é sempre relacional, em ato, nos encontros. A subjetividade é a operadora da realidade, ou seja, o modo singular como cada um significa o trabalho e o cuidado, direciona o modo como se produz o agir em saúde (FRANCO; MERHY, 2012, 2013).

A subjetividade é uma das dimensões que compõem o complexo cenário do trabalho em saúde e é constitutiva das RAS. “Estabelece linhas múltiplas de relação entre as existências de trabalhadores e usuários, numa lógica de fluxos-conectivos em prol de um determinado projeto terapêutico mais ou menos comprometido com a integralidade do cuidado” (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018, p. 863).

A educação em saúde colabora na construção dos vínculos, e, por conseguinte, na produção do cuidado:

“A gente aprende muita coisa aqui, a gente aprende educação, culinária, aprende o que fazer em casa e para as pessoas, ensina como tomar a medicação, acho muito educativo, a camisinha, que se falava da camisinha de homem, de mulher, tinha o grupo da família, a gente dava risada...na época que o Lula entrou começou o grupo do Bolsa Família...eu vinha em todas as reuniões.” (Nara)

“Aqui que eu aprendi a escovar meus dentes, é educativo em todos os sentidos, quando eu chego aqui eu sinto vontade de me cuidar mais ainda.” (Bethânia)

“Eu considero o posto um espaço educativo, um espaço muito importante, como eu sou moradora antiga, eu venho de uma época que o posto era só pra dar remédio, a gente ia pro Conceição, eu sou de uma época que eu uso prótese pois meus dentes foram todos arrancados porque não tinha tratamento odontológico, a minha filha não vai ter esse problema pois ela vai vir e vai fazer um tratamento, vai receber informações, era dor e era extração, e isso mudou porque existe a odontologia no posto.” (Marisa)

“...eu gostava muito dos grupos, a doutora Zélia alegrava a gente, às vezes a gente chegava triste e já mudava, era muito bom, era muito divertido...eu vinha pra descontraír, era um local de doença...mas eu tenho boas lembranças do posto, foi e é uma ajuda, uma nova família.” (Chico).

As práticas educativas que ocorrem no cotidiano da UBS têm um papel importante no autocuidado e fortalecimento da autonomia dos usuários, incluindo as questões relativas à Saúde Bucal. Os usuários entrevistados consideram a UBS São Pedro como um espaço de ensino, de compartilhamento de experiências e até mesmo um local de entretenimento, devido a presença dos grupos de convivência, informações, contatos, conversas e o vínculo com os trabalhadores de saúde que atuam nesse espaço.

A prática educativa na ESF não conta necessariamente com um espaço restrito para o seu desenvolvimento. A aproximação com o cotidiano das famílias e com vida comunitária presentes na APS ajuda a revelar as dimensões emocionais, ambientais e sociais envolvidas nos problemas de saúde, enriquecendo as práticas de cuidado (ALVES, 2005; BRASIL, 1997; VASCONCELOS, 2017).

O que faz com que o trabalhador aja de uma forma ou de outra é a sua subjetividade, construída com base na sua história de vida, suas experiências, valores que adquiriu e que vão determinar uma certa forma de analisar e intervir sobre o mundo do trabalho em saúde. Favorece para isso sua implicação com o objeto, isto é, o problema de saúde do usuário com o qual se relaciona. A subjetividade e a implicação estão presentes em todo processo assistencial, inclusive nas práticas de educação em saúde (FRANCO, 2007).

Em relação às práticas educativas, considera-se que estas tanto podem ser formais e desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços, como a realização das palestras e distribuição de cartilhas e folhetos; como também podem ser informais, desenvolvidas nas ações de saúde cotidianas. Entretanto, dada a relevância da comunicação dialógica, valoriza-se o espaço das relações interpessoais estabelecidas nos serviços de saúde como contextos de práticas educativas (ALVES, 2005).

O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos para o cuidado, porém não mais pela imposição de um saber técnico científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001; DE SOUZA; JACOBINA, 2009).

O cuidado no campo da saúde é sua própria razão de ser. É o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais dos serviços. O trabalho em saúde tem como característica o encontro entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidade (usuário) e pessoas que detêm um conhecimento específico ou possuem recursos instrumentais (profissionais). Nesse encontro são mobilizados sentimentos, emoções e identificações, que dificultam ou facilitam a aplicação desses conhecimentos do profissional na percepção das necessidades de atenção ou na compreensão das demandas trazidas pelos usuários (ALVES, 2005; SILVA JUNIOR; MERHY; CARVALHO, 2003).

A atenção à saúde, principalmente a APS, se constitui em um espaço oportuno para a educação em saúde. Os trabalhadores e os usuários estabelecem vínculos, que são favorecidos pela proximidade e a confiança desenvolvida ao longo

do tempo. Dessa forma, a relação usuário-trabalhador de saúde se transforma em um momento de encontro, através da escuta, inclusão, negociação e compartilhamento de saberes. As práticas educativas são potentes no processo de cuidado, colaborando para a autonomia dos usuários, possibilitando que se tornem corresponsáveis pelos seus percursos de cuidado e configurando a multidimensionalidade qualitativa da RAS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foram percorridos caminhos com o intuito de compreender de que modo a construção de itinerários de cuidado de usuários, que, em suas condições de agravos crônicos de saúde, vivenciam as dimensões qualitativas da RAS.

Na análise da dimensão das Unidades Mínimas que compõem a RAS, o cuidado se expressou pelo acolhimento e pelas relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários. A forma como os processos de adoecimento foram percebidos e compreendidos pelos usuários ao serem acolhidos pelos trabalhadores, produziu o vínculo e determinou o papel das Unidades Mínimas na produção dos itinerários do cuidado.

Analisando a dimensão da Conectividade da rede, o ponto inicial da comunicação entre as Unidades Mínimas na RAS se dá entre trabalhadores das equipes de saúde e usuários e sustenta-se por meio das práticas educativas, no acolhimento e no vínculo, pavimentando um caminho que o usuário trilhará em seu projeto terapêutico, inclusive buscando outros serviços.

Nas práticas discursivas analisadas pelo estudo, quando a APS não consegue cumprir o papel de centro de comunicação da RAS, os usuários precisam assumir o papel de protagonizar conexões, a cada nova consulta nos itinerários do cuidado, repetem, buscam e repassam informações. As rupturas na coordenação institucional do cuidado refletem no comprometimento da integração entre os pontos da rede e na integralidade do cuidado.

Em relação às entradas e saídas dos pontos da RAS, os usuários que participaram do estudo, buscam a UBS por reconhecerem-na como um local de cuidado e são encaminhados de maneira protocolar para outros serviços, dando continuidade ao processo de cuidado. Mas, quando se trata de um projeto terapêutico a ser construído, as escolhas não são meramente técnicas. Práticas educativas são inerentes aos processos de construção de vínculo e a capacidade de acolher dos trabalhadores envolvidos no cuidado.

Os usuários encontram entraves nos itinerários do cuidado, que envolvem a rotatividade dos profissionais, as barreiras geográficas no acesso, o contexto

econômico das famílias, filas de espera para determinadas especialidades e exames e a própria centralidade no modelo biomédico que não privilegia uma comunicação empática.

A relação de confiança estabelecida e as práticas educativas que ocorrem no cotidiano da UBS têm um papel importante no autocuidado e fortalecimento da autonomia dos usuários e compõem a dimensão da Subjetividade da RAS, perpassando todas as outras dimensões. A equipe multiprofissional, apesar da desvalorização e sofrimento decorrentes da extinção dos vínculos empregatícios, manteve-se atuante, receptiva ao outro, buscando orientar, educar, compartilhar, experimentar e contribuir na construção dos itinerários de cuidado dos usuários.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**. v. 42, p. 244-260, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2020.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v29n2/84-95/pt>. Acesso em: 08 jul. 2020.
- ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. *In*: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 125-38, 1999. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2021.
- ALVES, V. N. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, Fev. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>. Acesso em: 06 fev. 2019.
- AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. Rede como transconceito: elementos para uma demarcação conceitual no campo da saúde coletiva. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 51, p. 1-6, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/YwbFHt8fT7FPv44gPDkvVCR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jul. 2021.
- AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 424-434, Junho 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JLpLfqM9D68FZpwn8cQvD6L/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 abr. 2019.
- ARAÚJO, L. F. S. *et al.* Análise da demanda do direito à saúde e as possibilidades de mediação pelo Tribunal de Justiça de Mato Grosso. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.). **Usuários, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc. p. 185-192, 2001. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Usu%C3%A1rios-Redes-Sociais-Media%C3%A7%C3%B5es-e-Integralidade-em-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2020.
- ASSIS, M. M. A. *et al.* Desafios metodológicos da abordagem qualitativa: diversidade de cenários, participantes, estratégias e técnicas. *In*: SILVA, R. M. *et al.* **Estudos qualitativos**: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações. Sobral: UVA, p.

29-48, 2018. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/326719018_Estudos_qualitativos_enfoques_teoricos_e_tecnicas_de_coleta_de_informacoes_-_Ebook. Acesso em: 20 ago. 2020.

ASSIS, M. M. A., *et al.* (orgs.) Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, Fev. 2004. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>. Acesso em: 9 mar. 2019.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, pág. 63-72, 2001. Disponível em
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 set. de 2020.

BELLATO, R. *et al.* A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 10, n. 3, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46717>. Acesso em: 30 jul. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASS). **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS; 2015. Disponível em:
<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2019.

BRASIL *et al.*, 2018. Considerações Introdutórias: reflexões sobre a pesquisa qualitativa na saúde. *In*: SILVA, R. R. *et al.* **Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações**. Sobral: UVA, p. 21-26, 2018. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/326719018_Estudos_qualitativos_enfoques_teoricos_e_tecnicas_de_coleta_de_informacoes_-_Ebook. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 4279/ GM/MS**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 03 jul. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**/ Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. Brasília, 2018. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Politica-Nacional-de-Educacao-Permanente-em-Saude.pdf>. Acesso em 10 jun. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.488 GM/MS, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, n. 204, p. 55-55, 2011a.

BRASIL. Portaria no 2.436 GM/MS, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei 8.080/90. Brasília: MS, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do **Sistema Único de Saúde: manual básico / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Manual%20FNS.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2021**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 5. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 13 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. I. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRITO-SILVA, K. *et al* . Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 240-248, abr.

2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200240&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 nov. 2020.
- BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. *In*: POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2009. p. 23-31.
- BRUCHÊZ, *et al.* Análise da Utilização do Estudo de Caso Qualitativo e Triangulação na Brazilian Business Review. **Espacios** (Caracas), v. 37, p. 24, 2016. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/mostraucsppga/xvmostrappga/paper/viewFile/4125/1279>. Acesso em: 13 jul. 2019.
- BRUNELLO, M. E. F. *et al.* O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem** [online], v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021>. Acesso em: 12 mar. 2021.
- CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, Nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 Mar. 2020.
- CABRAL, M. P. G. *et al.* “Ter câncer mudou minha vida”: cartografia de Luiza na micropolítica das redes de cuidado oncológico. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000300614&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2020.
- CAMPOS, G.W.S. Prefácio. *In*: MENDONÇA, M.H.M et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p 15-17
- CANZONIERI, A. M. **Metodologia da Pesquisa Qualitativa na Saúde**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- CARDOSO, M. H. C. A.; GOMES, R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 499-506, Jun. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 mar. 2020.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.
- CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. **A educação em saúde na prática do PSF: manual de enfermagem**. Brasília, DF: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 2001. Disponível em:

<https://repositorio.usp.br/directbitstream/f6531fec-848b-4c2d-b9af-76f1f29c870a/CHIEsa,%20A%20M%20doc%2097.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2020.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 14, suppl 1, p. 1523-1531, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026> Acesso em: 25 ago. 2021.

COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate** [online]. v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>. Acesso em: 8 Agosto 2021.

DE SOUZA, I. P. M. A.; JACOBINA, R. R. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 618-618, 2009. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/293/pdf_106. Acesso em: 04 abr. 2020.

FALKENBERG, M.B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, Mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2019.

FERRAZ, M. Funcionários do Imesf começaram a ser demitidos nesta segunda pela prefeitura de Porto Alegre. **Gaúcha/ZH**. 17 dez. 2020. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2020/12/funcionarios-do-imesf-comecaram-a-ser-demitidos-nesta-segunda-pela-prefeitura-de-porto-alegre-ckif12wmt008h019wivhrgf7g.html>. Acesso em: 19 ago. 2021.

FERREIRA, J.; ESPÍRITO SANTO, W. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 179-198, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 ago. 2020.

FERREIRA, M. CNS recomenda medidas de proteção ao trabalho no SUS em Porto Alegre. **Brasil de Fato**. 13 out. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefatores.com.br/2020/10/13/cns-recomenda-medidas-de-protecao-ao-trabalho-no-sus-em-porto-alegre>. Acesso em 08 set. 2021.

FEUERWERKER, L.C.M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, J.J. (org.). **Educação, Saúde e Gestão**. Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec, 2011. p.99-113.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. **Interface**

(Botucatu), Botucatu , v. 16, n. 41, p. 315-329, Jun. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Ago. 2019.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. Disponível em: <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2020.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde, 2012. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/Linha-cuidado-integral.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2021.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/UERJ-Abrasco, 2006. p.459-474

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 427-438, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Tc5BpVpJMWgWJDVPjJWcYVH/?lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2021.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 345-353, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VRpYptVLKFZpcGFbY5MfS7m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 fev. 2020.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. *In*: **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, p. 151-171, 2013.

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 151-163, 30 abr. 2012. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>. Acesso em: 10 mar. 2021.

FRATINI, J. R. G; SAUPE, G. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n.1, p. 65-72, 2008. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908/3211>. Acesso em: 08 abr. 2020.

GAZZINELLI, M. F. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, Fev 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 mar. 2020.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. 1. ed. Porto Alegre: Ed. UFRGS; 2009, Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/52806/000728684.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 mar. 2019.

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2019.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, n. 26, p. 37-61, 2002. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SistemasMunicipaisSa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020.

GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H. Atenção primária à saúde. *In*: GIOVANELLA, L, ESCOREL, S., LOBATO, L. V. V., *et al.*, (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; p. 493-545, 2012.

GIOVANI, M. S. P.; VIEIRA, C. M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 7, n. 4, 2013. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/572/1213>. Acesso em: 02 out. 2020.

GOMES, K.O. *et al.* Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, suppl. 1, p. 881-892, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 fev. 2019.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. A educação popular e o cuidado em saúde: um estudo a partir da obra de Eymard Mourão Vasconcelos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 18, suppl 2, p. 1427-1440, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0466>>. ISSN 1807-5762. Acesso em: 19 mar. 2020.

HARTZ, Z. M. A., CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 20, suppl 2, p. 331-336, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>. Acesso em: 27 ago. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA, IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm. Acesso em: 07 jun 2019.

L'ABBATE, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490, 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 ago. 2019.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Acesso em: 18 jul. 2021.

LIMA J. C.; RIVERA F. J. U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Comunicação Saúde Educação**. v. 13, p. 329-342, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jicse/a/fcT96KSSRrT8fKhZrtrBdxr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2020.

MADEL T.; PINHEIRO R. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. *In*: MATOS, R. A.; PINHEIRO, R. (orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. p 9-15.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulg Saúde Debate**. p. 14-29, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>. Acesso em: 14 out. 2020.

MALTERUD, K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. **The Lancet**, v. 358, n. 9280, p. 483-488, 2001.

MÂNGIA, E.; MURAMOTO, M. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 176-182, Dez. 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14045>. Acesso em: 17 jul. 2019.

MATUMOTO, S. **O Acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-14012009-164720/publico/SilviaMatumoto.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento->

[em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf](#). Acesso em: 4 de Jan. 2020.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, v. 45, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em 13 maio 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 13 mar. 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 20 mar. 2019.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 11 maio 2020.

MERHY, E. E. *et al.* 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*: MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, p. 103-20, 1998.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília, DF, 2004. p. 108-137. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

MEYER, D. E. *et al.* "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, Jun. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 out. 2019.

MEYER, D. E.; FÉLIX J.; VASCONCELOS, M. F. F. Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. [online]. v. 17, n. 47, p. 859-71, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2013nahead/aop4513.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2019.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. de S.; GUERRIERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, abril de 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401103&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 de out. de 2020.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v. 45, n. 1, p. 19-25. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100003>. Acesso em: 11 ago. 2021.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. Discursive textual analysis: a multiple face reconstructive process. **Ciência & Educação**, v. 12, n. 1, p. 117-128, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v12n1/08.pdf>. Acesso em: 16 de jul. 2019.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. L.; LUCIANA DIAS, L. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. 116, pp. 11-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 20 out. 2021.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158-164, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTclYsW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2020.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, p. 15-36, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>. Acesso em: 01 nov. 2020.

PINAFO, E. *et al.* Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. v. 9, n. 2, p. 201-221, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000200003>. Acesso em 6 set. 2020.

PINHEIRO, R. *et al.* O "estado do conhecimento" sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, T. E. *et al.* (orgs.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, p. 13-24. 2016.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, p. 9-36, 2003.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 435-450, Jun 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 mar. 2020.

POPE C.; MAYS N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. *In*: POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2009. p. 11-21.

PORTO ALEGRE. CONTE, V. Secretaria Municipal de Saúde. Capital é referência na implantação do prontuário eletrônico. 2016. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_noticia=190274&CAPITAL+E+REFERENCIA+NA+IMPLANTACAO+DO+PRONTUARIO+ELETRONICO. Acesso em: 29 ago. 2020.

POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa, enfoques epistemológicos e metodológicos**. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Signos, Significados e Práticas Relativos à Doença Mental. *In*: RABELO, M. C. M., ALVES, P. C. B., SOUZA, I. M. A. (orgs.). **Experiência de doença e narrativa** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 43-57. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

RAMOS, E. Caso Imesf: Juiz determina que Município de Porto Alegre cumpra acordo firmado com MPT. **Portal TRT-4ª Região**. 13 jan. 2020. Disponível em: <https://www.trt4.jus.br/portais/trt4/modulos/noticias/284766>. Acesso em: 10 set. 2021.

RAUPP, L. M. *et al.* Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 615-634, Junho 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200615&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 nov. 2020.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 554-562, Set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jan. 2019.

RUIZ, E. N. F.; GERHARDT, T. E. Etnografando dádivas e fazendo aparecer o cuidado em itinerários terapêuticos: anseios e incursões de uma “primeira viagem”. *In*: GERHARDT, T. E. *et al.* (orgs.) **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, p.185-201, 2016.

SANTINS, R. Em meio à pandemia, Prefeitura de Porto Alegre anuncia demissão de 1.291 profissionais do Imesf. Sul21. 24 set. 2020. Disponível em: https://sul21.com.br/cidadesz_areazero/2020/09/em-meio-a-pandemia-prefeitura-de-

[porto-alegre-anuncia-demissao-de-1-291-profissionais-do-imesf/](#). Acesso em: 10 set. 2021.

SANTOS, A. M. *et al.* Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública** [online]. v. 42, n. 3, p. 464-470, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000025>. Acesso em: 06 ago. 2020.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, Mar. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 ago. 2020.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 861-870, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n3/861-870/>. Acesso em: 19 fev. 2020.

SILVA, T. L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Saúde em Debate** [online]. 2020, v. 44, n. 124, pp. 58-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012404>. Acesso em: 8 set. 2021.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 4-6, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jan. 2019.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, Dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 ago. 2020.

SEIXAS, C. T. *et al.* O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2019, v. 23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SnztsW57vJYxrrFmVh7rgkP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 ago 2021.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. C. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900021>. Acesso em: 07 fev. 2020.

SILVA JUNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Construção da**

Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, Jun 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 ago. 2020.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. *In*: VASCONCELOS, E. M.; PRADO, E. V. (orgs.). **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.115-36

STANCATO, K.; ZILLI, P. T. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: uma revisão da literatura. **Rev. adm. saúde**, p. 87-99, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002. 710 p.

SUL 21. Conselho Municipal de Saúde critica renovação de contratos com entidades privadas em Porto Alegre. SUL 21. 7 ago. 2021. Disponível em: <https://sul21.com.br/noticias/saude/2021/08/conselho-municipal-de-saude-critica-renovacao-de-contratos-com-entidades-privadas-em-porto-alegre/>. Acesso em: 10 set. 2021.

TASCA, R.(coord.) **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Navegador SUS-Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, 2011. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18457/9788579670657_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 7 jan. 2020.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p.89-111

TONELLI, B. Q. *et al.* Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/8314/114114300>. Acesso em: 12 jul. 2021.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, p. 67-83, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/zdzwnsyC9nQV8dNgsDqbxLd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 jan. 2020.

VASCONCELOS, E. M. Introdução: Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. *In*: VASCONCELOS E.M; PRADO E.V. (orgs.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2017. p 19-33.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 5, n.8, p.121-126, Fev. 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832001000100009>. Acesso em: 9 abr. 2019.

VASCONCELOS, E. M.; VASCONCELOS, M. O. D.; SILVA, M. O. A contribuição da educação popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. **Educação e Contemporaneidade**: revista da FAEEBA, Salvador, v. 24, n. 43, p. 89-106, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/28701> Acesso em: 22 maio 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida, pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa. Agradecemos a atenção, compreensão e apoio!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, concordo de livre e espontânea vontade em participar da pesquisa **“O ITINERÁRIO DOS USUÁRIOS NAS REDES DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES AO CAMPO DA EDUCAÇÃO”** e, conforme segue:

1. Fui informado(a), de forma clara e objetiva, que a pesquisa anteriormente citada irá estudar a contribuição da educação em saúde no itinerário do cuidado. Estou ciente de que a pesquisa abordará os temas relacionados a seguir: trabalho da equipe de saúde, vivências subjetivas, processo de adoecimento e de cuidado, entre outros temas.

2. Sei que a minha participação é voluntária e que a não participação ou desistência não resultará em nenhum prejuízo para mim.

3. Fui esclarecido(a) de que minha participação na pesquisa é isenta de despesas.

4. Sei que nesta pesquisa serão realizadas entrevistas individuais com os usuários da Rede de Atenção à Saúde de Porto Alegre, para a coleta de informações. Fui informado que as entrevistas serão gravadas e terão duração aproximada de 1 (uma) hora.

5. Fui esclarecido(a) sobre a possibilidade de desconforto psicológico (timidez, ansiedade, entre outros) pela participação e, caso julgue necessário, posso

me manifestar a respeito a qualquer momento, a fim de ser compensado e até mesmo informar minha desistência.

6. Fui informado(a) que este estudo poderá resultar em benefícios, mesmo que indiretamente a mim, tais como o aprimoramento do trabalho. Sei que os resultados poderão ser divulgados e repassados à sociedade de maneira científica, como artigos publicáveis, capacitações, apresentações em eventos científicos, materiais de apoio, entre outros, e que minha identidade será mantida em sigilo.

7. Tenho conhecimento que as informações coletadas serão analisadas e, que as gravações serão transcritas para texto e que estes materiais serão estudados por profissionais submetidos à normas de sigilo e ética, não comprometendo minha privacidade e garantindo meu anonimato.

8. Sei que receberei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa provocar a minha vontade de desistir de participar da pesquisa. E que posso, a qualquer momento, solicitar mais informações à pesquisadora pelos telefones (51) 984434074 e pelo e-mail *anapaula77rs@hotmail.com*. Caso sinta necessidade, pode também solicitar informações ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, no telefone (51) 3308 3738 ou à orientadora da pesquisa pelo telefone (51) 91994058 ou pelo e-mail *crismwarm@gmail.com*.

9. Tenho conhecimento de que esta pesquisa é componente do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde do qual a pesquisadora Ana Paula dos Santos Machado faz parte, e está sob a orientação da Professora Cristine Maria Warmling. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, em x de 2019.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito da pesquisa e, declaro, ainda, que recebi cópia deste Termo de Consentimento, devidamente assinado.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2019.

Abaixo assinam:

Participante da pesquisa

Pesquisadora

APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE PESQUISA- PARTE 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Projeto de pesquisa:

Data: ____/____/____

Número da entrevista _____

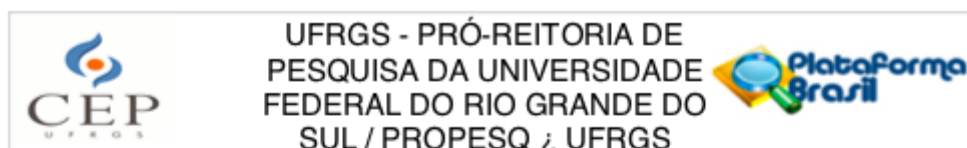
Orientação:

Este questionário é composto de duas partes. A primeira parte possui questões fechadas e refere-se ao seu perfil socioeconômico. A segunda parte compõe-se de algumas questões abertas abordando questões do seu cuidado em saúde e do cuidado recebido na sua unidade de saúde. Procure responder as perguntas com calma e atenção, reforçando que é garantido o seu anonimato.

Parte 1 - Perfil socioeconômico

	Identificação
1. Sexo	() Masculino () Feminino
2. Mês e ano de nascimento	____/____
3. Cidade de origem	
4. Estado de origem	
5. Profissão/Ocupação	
6. Quantas pessoas residem com você	
7. Escolaridade	
8. Cor da pele autorreferida	
9. Renda familiar	

ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIO DOS USUÁRIOS NAS REDES DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES AO CAMPO DA EDUCAÇÃO

Pesquisador: Cristine Maria Warmling

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21698619.8.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.706.385

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa "O itinerário dos usuários nas Redes de Saúde: contribuições ao campo da educação" é coordenado pela Profa. Dra. Cristine Maria Warmling, e conta com a participação de Ana Paula dos Santos Machado e de Fabiana Schneider Pires. Está vinculado ao Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde, da Faculdade de Medicina da UFRGS. Trata-se de uma proposta de projeto de Mestrado Profissional. A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre foi incluída como co-participante da pesquisa.

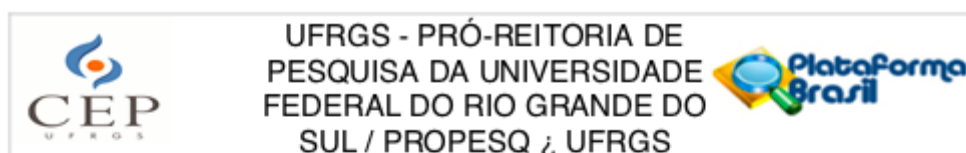
Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal será analisar no itinerário do cuidado o processo de educação na saúde de usuários em uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre/RS.

Os objetivos secundários serão:

- Compreender como se educa o usuário para torná-lo corresponsável no itinerário do seu cuidado.
- Analisar nas experiências de participação no cuidado (acolhimento, produção do vínculo) as concepções intrínsecas sobre a educação.
- Analisar os discursos dos usuários em relação a coordenação do itinerário do cuidado na RAS.
- Intervir de modo pedagógico no espaço coletivo de educação na saúde do cenário estudado.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** e@ca@propesquufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.706.385

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

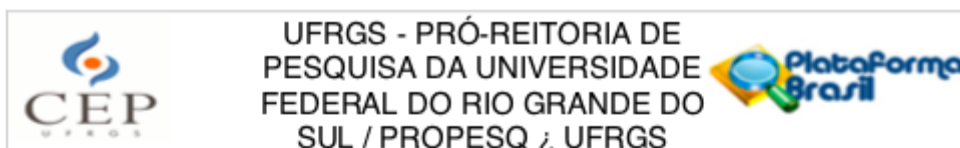
RISCOS: Descritos de forma satisfatória. De acordo com as pesquisadoras o estudo apresenta riscos mínimos de causar desconforto psicológico (timidez e ansiedade) nos participantes ao abordar questões de saúde e percepções em relação aos profissionais de saúde, caso isso aconteça a entrevista será interrompida imediatamente. Assim como, existem riscos mínimos quanto a possibilidade de identificação dos participantes e de suas situações de vida, saúde ou doença. Os pesquisadores se comprometem a diminuir esses riscos mantendo o anonimato dos participantes nos dados divulgados, restringindo o manuseio do material de pesquisa aos pesquisadores do estudo e removendo na descrição das falas informações que possibilitem o reconhecimento dos participantes. Além disso, para minimizar esses riscos será garantido local reservado e liberdade para não responder questões, assim como estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto. A conversa será conduzida atendo-se aos objetivos expressos no roteiro das entrevistas.

BENEFÍCIOS: Adequadamente descritos. Não há benefício direto ao participante. Os benefícios seriam relacionados à contribuição do estudo para que se amplie a compreensão sobre as práticas de educação na saúde que ocorrem no cotidiano dos serviços de saúde e compreender de que maneira essas práticas contribuem no percurso do usuário nas RAS e no seu cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Introdução e revisão da literatura: apresentada.
- Justificativa para a realização da pesquisa: As pesquisadoras indicam que quando considerado o escopo de responsabilidades da Atenção Primária relacionadas a coordenação do cuidado, especialmente devido às alterações exigidas pela gestão dos sistemas em rede, é necessário analisar de que maneira as práticas educativas que ocorrem no cotidiano dos serviços colaboram na produção e acompanhamento do itinerário do cuidado dos usuários.
- Delineamento experimental: pesquisa de natureza qualitativa com delineamento de estudo de caso do tipo único e holístico.
- Local de realização: Unidade de Saúde São Pedro, localizada no bairro Lomba do Pinheiro, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Critérios de inclusão dos participantes: usuários da Unidade de Saúde São Pedro, com idade superior ou igual a 18 anos e terem sido atendidos nesse serviço, nos últimos três anos com agravos crônicos que exigiram produção de itinerários de cuidado nas redes de saúde tais como:

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** efica@propeq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
SUL / PROPEQ & UFRGS

Continuação do Parecer: 3.706.385

ISTs, câncer, tuberculose,

hipertensão, diabetes, agravos em saúde mental e/ou em saúde bucal.

- Forma de convite dos participantes: acontecerá de forma direta na residência ou na própria unidade de saúde.

- Número de participantes: máximo de 25. O número de participantes será determinado por saturação das informações coletadas, ou seja, com base na repetição das ideias contidas na análise das falas (MINAYO, 2008).

- Procedimentos para produção dos dados: entrevistas aprofundadas (gravadas e transcritas) aos usuários, conduzidas por meio de um roteiro. O tempo estimado é de 40 minutos a 1 hora. Será produzido diário de campo com anotações e reflexões relacionadas ao cotidiano de trabalho como profissional da saúde e gestora do serviço ao qual está inserida.

- Análise dos dados: baseada na análise textual discursiva (MORAES e GALIAZZI, 2006)

- Instrumento para Coleta de Dados: presentes. Foi apresentado o roteiro de orientação das perguntas abertas fundamentado no construto de AMARAL E BOSI (2017).

- Orçamento: R\$681,00, que abrangem custos de materiais de escritório, informática, gravação de dados, impressão de documentos.

- Cronograma: início das coletas de dados previsto para dezembro de 2019.

Considerações sobre os Temos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto: presente.

- Termo de Compromisso para Utilização e Divulgação de Dados: presente (conforme modelo da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre).

- Termo de Ciência e Autorização do Local aonde ocorrerá a pesquisa: presente (conforme modelo da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre).

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido = presente.

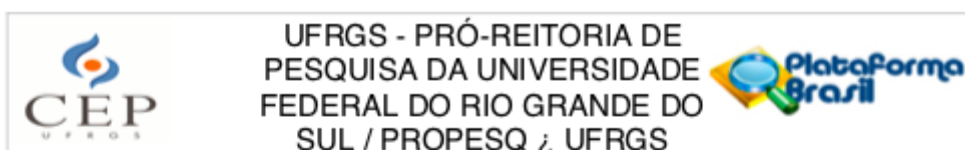
Recomendações:

- O número de participantes apontado pelas pesquisadoras é de 25. Segundo informado, será adotado o critério de saturação. Assim, este CEP considera que o número máximo a ser abordado é 25. Caso se constate posteriormente que seja necessário abordar um número maior de participantes, realizar solicitação para tal por meio de Emenda.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise da resposta das pesquisadoras aos questionamentos encaminhados, o CEP-UFRGS aprova o projeto de pesquisa neste centro, quanto aos aspectos éticos para a realização de

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farrroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propeq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
SUL / PROPEQ UFRGS

Continuação do Parecer: 3.706.385

pesquisa em seres humanos, conforme as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do CONEP/CNS/MS. Salienta-se às pesquisadoras que o mesmo deve ser apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre antes de sua realização.

PENDÊNCIAS ENCAMINHADAS:

- Descrição de RISCOS: Além dos riscos apresentados, as pesquisadoras devem prever o risco relacionado à quebra de sigilo e confidencialidade na divulgação dos dados, especialmente pois haverá gravação de voz. Apresentar quais as estratégias serão adotadas para minimizar esses riscos.

ATENDIDO: Segundo as pesquisadoras, "o presente projeto de pesquisa apresenta riscos mínimos de causar desconforto psicológico (timidez e ansiedade) nos participantes ao abordar questões de saúde e percepções em relação aos profissionais de saúde, caso isso aconteça a entrevista será interrompida imediatamente. Assim como, existem riscos mínimos quanto a possibilidade de identificação dos participantes e de suas situações de vida, saúde ou doença. Os

pesquisadores se comprometem a diminuir esses riscos mantendo o anonimato dos participantes nos dados divulgados, restringindo o manuseio do material de

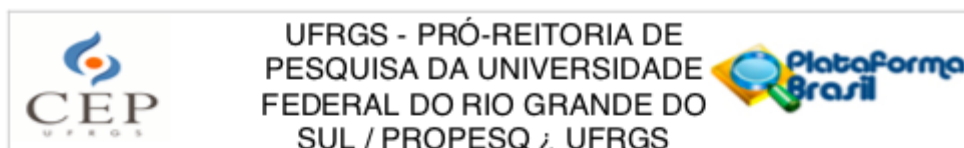
pesquisa aos pesquisadores do estudo e removendo na descrição das falas informações que possibilitem o reconhecimento dos participantes. Além disso, para minimizar esses riscos será garantido local reservado e liberdade para não responder questões, assim como estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto. A conversa será conduzida atendo-se aos objetivos expressos no roteiro das entrevistas.

- ORÇAMENTO: Indicar que os recursos necessários para a execução da pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora responsável (docente). Uniformizar os valores que constam na Plataforma Brasil e no corpo do projeto.

ATENDIDO.

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: o modelo apresentado pelas pesquisadoras contempla os itens que devem constar em um TCLE. Porém, conforme Carta Circular nº 51-SEI/2017-CONEP/SECNS/MS de setembro de 2017, esse termo deve ser elaborado na forma de um convite e com linguagem adequada e que facilite a compreensão do seu teor pelo participante. É

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.706.385

necessário incluir informações de contato do CEP da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, uma vez que trata-se de instituição coparticipante. Remover do cabeçalho as informações "Universidade Federal do Rio Grande do Sul" e "Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos".

ATENDIDO. As pesquisadoras revisaram o TCLE.

- Informar se os áudios produzidos durante as gravações serão utilizadas para registro de dados ou se serão divulgados em publicações ou eventos. No segundo caso, é necessário incluir Termo de Uso de Imagem e Voz. Foi indicado no TCLE que haverá gravação de áudio. Informar como o áudio será utilizado pelas pesquisadoras.

ATENDIDO. As pesquisadoras informam ao participante no TCLE que " áudios gravados não serão divulgados".

Considerações Finais a critério do CEP:

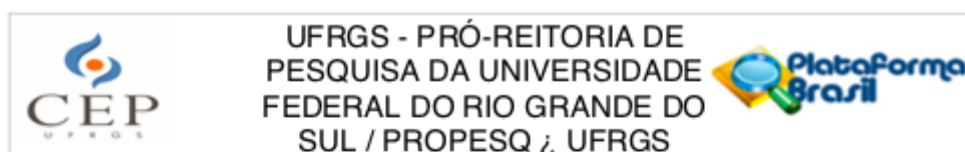
Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1399463.pdf	27/10/2019 20:21:05		Aceito
Outros	parecerresp.pdf	27/10/2019 20:20:45	Cristine Maria Warmling	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclerevis.pdf	27/10/2019 20:20:14	Cristine Maria Warmling	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projutorevis.pdf	27/10/2019 20:19:56	Cristine Maria Warmling	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	22/09/2019 22:32:12	Cristine Maria Warmling	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_de_utilizacao_e_divulgacao_dos_dados.pdf	12/09/2019 23:16:12	ANA PAULA DOS SANTOS MACHADO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutoDGAPS.pdf	12/09/2019 23:15:54	ANA PAULA DOS SANTOS MACHADO	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.706.385

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 14 de Novembro de 2019

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** efica@propesq.ufrgs.br