

CONCEPÇÕES, PRÁTICAS E PERSPECTIVAS DE AÇÕES DE SAÚDE COLETIVA: ÓTICA DE ARTICULADORES DA ATENÇÃO BÁSICA

CONCEPTIONS, PRACTICES AND PERSPECTIVES OF COLLECTIVE HEALTH ACTIONS: OPTICS OF BASIC ATTENTION ARTICULATORS

CONCEPCIONES, PRACTICAS Y PERSPECTIVAS DE ACCIONES DE SALUD COLECTIVA: ÓPTICA DE ARTICULADORES DE ATENCIÓN BÁSICA

Lina Karina Bernal Ordoñez¹, Cássia Irene Spinelli Arantes²

RESUMO

Objetivo: analisar o desenvolvimento de ações de saúde coletiva em municípios do estado de São Paulo, sob a perspectiva de articuladores da atenção básica. **Método:** pesquisa do tipo descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com dez articuladores da atenção básica. Para a coleta de dados, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada e as falas foram submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** emergiram quatro categorias temáticas – concepções de saúde coletiva; contextos que desfavorecem o desenvolvimento de ações de saúde coletiva; contextos que favorecem o desenvolvimento de ações de saúde coletiva; e propostas para o planejamento e desenvolvimento de ações de saúde coletiva na atenção básica. **Conclusão:** há diversos desafios para a prática da saúde coletiva na atenção básica, dentre eles, a falta de reuniões de equipe e o fato de alguns gestores municipais de saúde terem dificuldade para se comunicar e dialogar com as equipes da área. O agente comunitário e o coordenador da atenção básica foram identificados como importantes aliados para o fomento de práticas de saúde coletiva na atenção básica.

Descritores: Atenção Básica à Saúde; Gestão em Saúde; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

Objective: analyse the development of collective health actions in municipalities of the state of São Paulo, from the perspective of basic care articulators. **Method:** It is a descriptive research with qualitative approach, carried out with ten articulators of basic care. For data collection, it was used semi-structured interview technique and the speeches were submitted to content analysis, in thematic modality. **Results:** Four thematic categories emerged: conceptions about collective health; contexts that discourage the development of collective health actions; contexts that promote the development of collective health actions; and proposals for the planning and development of collective health actions. **Conclusion:** there are several challenges for the practice of collective health in basic care, among them: the lack of team meetings and the fact that some municipal health managers have difficulty for communication and dialogue with the health teams. The Community Health Agent and the basic care coordinator were identified as important allies for the promotion of collective health practices in this kind of care.

Keywords: Basic Health Care; Health Management; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: analizar el desarrollo de acciones de salud colectiva en municipios del estado de São Paulo, en la perspectiva de articuladores de atención básica. **Método:** investigación de tipo descriptiva, con abordaje cualitativa, realizada con 10 Articuladores de Atención Básica. Para la colecta de los datos, fue utilizada la técnica de entrevista semiestructurada y los datos sometidos a análisis de contenido, en la modalidad temática. **Resultados:** emergieron cuatro categorías temáticas: concepciones de salud colectiva; contextos que desfavorecen el desarrollo de acciones de salud colectiva; contextos que favorecen el desarrollo de acciones de salud colectiva; e propuestas para la planeación y desarrollo de acciones de salud colectiva en la atención básica. **Conclusión:** Hay diversos desafíos apuntados para la práctica de salud colectiva en la atención básica+: la falta de realización de las reuniones de equipo, gestores municipales de salud con dificultad para la comunicación y el diálogo con los equipos de salud. El agente comunitario de salud y el coordinador de atención básica fueron identificados como importantes aliados para el fomento de prácticas de salud colectiva en la atención básica.

Descriptor: Atención Primaria de Salud; Gestión en Salud; Salud Pública.

¹Graduada em Enfermagem. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Carlos. ²Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos. Docente na Universidade Federal de São Carlos.

Como citar este artigo:

Ordoñez LKB, Arantes CIS. Concepções, Práticas e Perspectivas de Ações de Saúde Coletiva: Ótica de Articuladores da Atenção Básica. 2018; 8: e2587. [Access _____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2587>

INTRODUÇÃO

A saúde coletiva surge a partir da crítica à hegemonia do saber médico e ao discurso biologista no atendimento à saúde. É definida como um campo de conhecimentos e práticas marcado pela interdisciplinaridade e que se preocupa com as necessidades sociais em saúde (e não apenas com a doença), entendendo saúde como um processo dinâmico e social. Esse campo, que toma as coletividades, os grupos sociais como seu objeto de intervenção, vem buscando construir saberes e fazeres, no processo saúde-doença, centrados em determinantes socioculturais e econômicos⁽¹⁾.

Neste estudo, compreendem-se como ações de saúde coletiva aquelas relacionadas com a apreensão e compreensão das necessidades de saúde, ações de promoção, vigilância e educação em saúde, estratégias de democratização da saúde e controle social, além de ações intersectoriais⁽²⁾.

De forma geral, a saúde coletiva enfrenta diversas limitações relacionadas aos meios concretos de sua institucionalização nas práticas de atenção à saúde, de acordo com os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Por ser uma área que se constrói a partir de diferentes processos de trabalho e que se articula intimamente com a estrutura da sociedade e a dinâmica de forças dos grupos sociais, as práticas de saúde coletiva podem ocorrer em diversos cenários⁽²⁾, dentre os quais a atenção básica (AB) se configura como espaço privilegiado.

No Brasil, a AB é definida como contato preferencial dos usuários e principal porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa definição se confirma pela grande capilaridade da AB, pois ela se estabelece nos locais mais próximos da moradia da população, orientando-se pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade⁽²⁾.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) propõe uma AB acolhedora e resolutiva, por meio de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que incluam: promoção e proteção da saúde; prevenção de agravos; diagnóstico; tratamento; reabilitação; redução de danos; cuidados paliativos; e vigilância em saúde. De acordo com o documento, tais medidas devem se articular a ações de intersectorialidade que busquem impactar os determinantes da saúde e a autonomia de coletivos para garantir uma atenção à saúde integral⁽³⁾.

No entanto, estudos mostram que os trabalhadores da AB têm dificuldades para assumir a saúde como um fenômeno social, compreendendo os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, o que leva à reprodução do modelo medicalizante da atenção à saúde⁽⁴⁻⁶⁾. Ainda nesses estudos, destaca-se a necessidade de ampliar o conhecimento e as habilidades requeridas dos trabalhadores da AB para a atuação na saúde coletiva.

Nesse contexto, compreende-se que as práticas da saúde coletiva precisam ser construídas, produzidas e avaliadas pelas equipes da AB, com a colaboração do coletivo envolvido, assim como devem fazer parte do processo de formação dos profissionais da área. Dessa forma, poderá contribuir para uma atenção integral à saúde na AB.

Buscando qualificar as práticas da AB em São Paulo, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-SP) criou, em 2009, uma iniciativa chamada Programa de Articuladores da Atenção Básica, com o objetivo de promover apoio ao plano de fortalecimento da AB na esfera local e regional, desenvolver ações de avaliação e monitoramento da AB em conjunto com as equipes gestoras e técnicas e potencializar a capacidade de gestão municipal⁽⁷⁾.

Junto com esse programa, inclui-se uma nova função profissional no âmbito da AB: a do articulador. Trata-se de profissionais da SES-SP, selecionados por critérios técnicos, para desenvolver ações de apoio na AB, com foco nos municípios com menos de 100 mil habitantes⁽⁷⁾. Assumem, como objeto de trabalho, o reconhecimento e a priorização das necessidades de saúde locais e, junto com gestores e equipes de saúde, se propõem a construir alternativas de enfrentamento dos problemas identificados⁽⁸⁾.

Nessa perspectiva, os articuladores atuam como consultores, pois compreendem o contexto dos municípios que apoiam e sugerem estratégias pertinentes para uma melhor atenção à saúde. Atuam também como comunicadores, já que estão constantemente em contato com os municípios, integrando-os e articulando-os local e regionalmente⁽⁷⁾.

O Programa de Articuladores da Atenção Básica é pouco divulgado na literatura científica. Até setembro de 2017, existiam só três artigos sobre o assunto, publicados nos anos de 2011⁽⁸⁾, 2016⁽⁹⁾ e 2017⁽¹⁰⁾.

No primeiro⁽⁸⁾, as autoras apresentam o processo de implantação do programa e afirmam que ele tem se constituído numa importante estratégia para o fortalecimento da Atenção Primária no estado de São Paulo, tanto pelo apoio direto à gestão municipal, como também pela atuação com as equipes das Unidades Básicas de Saúde, na consolidação de processos de trabalho acordes com as diretrizes da PNAB. As autoras concluem que, apesar dos aspectos positivos já apontados, é necessário aprimorar o programa, aprofundando as ações de educação permanente dos articuladores, para que eles possam oferecer um apoio técnico atualizado e embasado na teoria, mantendo o diálogo e a construção conjunta com os municípios.

O segundo artigo⁽⁹⁾ analisou como “as visitas aos municípios”, uma das atividades técnicas dos articuladores, mostram-se um recurso potencialmente útil para promover a humanização nos serviços prestados na AB. O estudo conclui que os articuladores podem contribuir para humanizar as práticas na AB, sejam elas de assistência ou de gestão, já que utilizam uma abordagem fortemente pautada na comunicação e na abertura de espaços de conversa. Porém, as autoras ressaltam que não há garantias de implicações humanizadoras em todas as intervenções, pois nem todos os articuladores adotam uma prática pautada no diálogo; alguns demonstram uma atuação mais individual e técnica. Tendo isso em vista, as autoras apontam a necessidade de análises constantes da prática dos articuladores, sobre o modo como se posicionam e posicionam seus interlocutores ao abrirem espaços de conversa.

Já o terceiro artigo⁽¹⁰⁾ analisou o modo como os articuladores atribuem sentido à função e descrevem sua atuação cotidiana. Ressalta-se que esses profissionais enfrentam vários desafios, situações que são chamados a solucionar e, perante as quais, sentem-se, muitas vezes, desprovidos de recursos.

Com base na revisão de literatura, é possível constatar a escassez de estudos sobre o Programa de Articuladores da Atenção Básica. Apesar de as funções dos articuladores não estarem centradas na saúde coletiva e de os estudos divulgados sobre o programa não abordarem essa temática, é relevante reconhecer, nas percepções desses profissionais, o potencial da sua atuação, para favorecer a concretização de práticas de saúde coletivas na AB.

Considerando a importância do papel dos articuladores para a construção e qualificação da AB, bem como as dificuldades que a concretização das práticas de saúde coletiva na AB ainda enfrenta^(2,4-6), somadas à lacuna na literatura científica, este artigo parte dos seguintes questionamentos: quais concepções os articuladores da AB possuem sobre ações de saúde coletiva? E como percebem essas práticas no cotidiano da AB? Para responder a tais perguntas, definiu-se, como objetivo, analisar as concepções, práticas e perspectivas de articuladores da AB sobre as ações de saúde coletiva em municípios de São Paulo.

MÉTODO

Este artigo apresenta dados oriundos de uma dissertação de mestrado acadêmico intitulada *Ações de saúde coletiva sob a perspectiva dos articuladores da atenção básica à saúde*.

Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. A escolha por essa abordagem partiu do interesse por compreender e analisar a realidade social dos sujeitos com uma visão dialética, que privilegia a contradição e o conflito; o fenômeno da transformação, o vir a ser, o movimento histórico e a totalidade⁽¹¹⁾.

Esta pesquisa foi realizada no âmbito da SES-SP, especificamente, na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS 13), que se localiza na macrorregião nordeste de São Paulo, composta pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto. A RRAS 13 conta com noventa municípios agregados em doze regiões de saúde, abrangendo uma população total de 3.307.320 habitantes⁽¹²⁾. O programa possui um total de noventa profissionais distribuídos em 64 regiões de saúde, sendo um articulador por região; cada articulador apoia, em média, dez municípios com menos de 100 mil habitantes⁽⁷⁾.

Os critérios para inclusão de profissionais na pesquisa foram: articuladores de AB da RRAS 13 que estivessem em atividade no momento da coleta de dados e que aceitassem participar do estudo. Foram excluídos os articuladores que estavam afastados de suas atividades. Sendo assim, dentre os treze articuladores atuantes na área durante a coleta de dados, participaram dez.

A coleta dos dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, com roteiro de questões norteadoras sobre os seguintes temas:

apreensão e compreensão das necessidades de saúde; ações de promoção, vigilância e educação em saúde; estratégias de democratização da saúde e controle social e ações intersetoriais. As entrevistas foram realizadas em sala privativa, no local de trabalho dos articuladores, entre fevereiro e março de 2014. Com vistas a garantir a qualidade e fidedignidade dos dados, as entrevistas foram gravadas mediante anuência dos participantes. Para preservar o anonimato, identificou-se cada entrevistado com a letra A e o número correspondente à ordem de sua entrevista.

Para a análise dos resultados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo⁽¹³⁾ na modalidade temática, seguindo-se as etapas: impregnação dos dados; determinação das unidades de registro e suas significações; codificação e classificação; e tratamento e interpretação dos resultados. A primeira etapa possibilitou continuar as marcações das unidades de registro, ordenando-as por temas. Agruparam-se os dados por meio de aproximações e distanciamentos, e foram construídas as categorias⁽¹³⁾. Essa análise buscou respaldo em autores que têm trabalhado e discutido a saúde coletiva no Brasil.

Após aprovação da pesquisa em Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer nº 509.282, entramos em contato com os articuladores para convidá-los a participar voluntariamente da pesquisa; aqueles que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização do perfil dos participantes

Dentre os dez articuladores entrevistados, nove eram do sexo feminino e um do sexo masculino. Quanto à formação profissional, sete eram formados em enfermagem, dois em psicologia e um em odontologia. Todos possuíam pós-graduação *lato sensu*, com predomínio da especialização em saúde pública.

Com relação ao tempo de trabalho, no programa de articuladores da AB até o momento das entrevistas, sete participantes estavam no cargo desde que foi implantado o programa no estado de São Paulo, ou seja, há cinco anos; um deles atuava há quatro anos no programa; outro, há três meses; e um tinha nove meses no cargo.

Sobre o número de municípios que cada articulador apoia, variou entre cinco e nove.

A partir da análise das entrevistas com os articuladores, emergiram quatro categorias, que serão detalhadas a seguir: concepções de saúde coletiva; contextos que desfavorecem o desenvolvimento de ações de saúde coletiva; contextos que favorecem o desenvolvimento de ações de saúde coletiva; e propostas para o planejamento e desenvolvimento de ações de saúde coletiva.

Concepções de saúde coletiva

Foram identificadas diferentes concepções dos articuladores da AB sobre ações de saúde coletiva. Tais ações incluem àquelas estabelecidas pelos programas prioritários institucionalizados pelo SUS, bem como as planejadas a partir do levantamento de necessidades de saúde, as de intersectorialidade, as que envolvem promoção e prevenção de agravos à saúde e as que são realizadas para além das unidades de saúde. Isto pode ser constatado nas seguintes falas: “como saúde da mulher, saúde do homem, idoso, criança, campanha de vacinação, têm os atendimentos em grupos, mas também que são divididos, às vezes, por patologias” (A1); “ações extramuros na comunidade e com a comunidade, ocupando-se e lidando com a dinâmica e as reais necessidades do território” (A3); “necessidade de se procurar outros setores que ultrapassem a saúde e de se trabalhar articuladamente sempre na procura de um atendimento integral à saúde” (A9); “Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças” (A10).

Pelos resultados apresentados, foi possível identificar compreensões e conceitos diversos sobre saúde coletiva. De forma geral, as falas convergiram para o aspecto social, que contempla a saúde coletiva na sua construção teórica. Tal compreensão dos articuladores diz respeito a uma visão ampliada e coerente com os preceitos da saúde coletiva, entendida como um campo de produção de conhecimentos e práticas direcionadas à apreensão das necessidades de saúde e seus determinantes, considerando como seu objeto de trabalho os grupos sociais e a elaboração de estratégias voltadas especialmente para a promoção da saúde⁽¹⁴⁾. Assim, os articuladores da AB podem auxiliar e promover práticas de saúde coletiva efetivas e integrais, por meio do trabalho em rede, e o coletivo faz parte ativa do planejamento, desenvolvimento e da avaliação dessas práticas.

Também emergiu, em um dos depoimentos, uma definição de ações de saúde coletiva ainda muito ligada às diretrizes públicas no que se refere ao cumprimento de estratégias propostas por programas específicos, institucionalizados pelo Estado e dirigidos a grupos de pessoas com características e necessidades de saúde similares. Dessa maneira, gera-se a naturalização e padronização das ações, distanciando-se do sentido proposto pela saúde coletiva. Essa visão encontra ressonância nas características próprias da saúde pública, dentre as quais se destacam a prevenção de doenças e promoção da saúde de grupos populacionais definidos, além da organização da atenção individual e curativa⁽²⁾.

Contextos que desfavorecem o desenvolvimento de ações de saúde coletiva

Os articuladores relataram alguns entraves para o desenvolvimento de ações de saúde coletiva na AB. Uma dificuldade apontada é a inadequação do perfil de atuação e de formação dos profissionais das equipes de saúde, que ainda reflete o modelo tradicional, baseado no atendimento clínico, individual e curativo, tal como podemos perceber nas falas: “Ainda existe muito esse modelo de pronto atendimento, de atendimento à demanda espontânea. Eles só ficam focados na questão do atendimento individual” (A2); “eu acho que é um problema de comprometimento, de acomodação” (A10).

Nota-se que os articuladores apontam o perfil imediatista e racionalizador dos trabalhadores da saúde como um fator desfavorável ao desenvolvimento de ações de saúde coletiva.

A AB é o local onde o atendimento à saúde deve facilitar o vínculo, com o objetivo de construir relações horizontais e duradouras entre equipes de saúde e usuários. No entanto, no Brasil, é a lógica de pronto atendimento e de hipervalorização da resposta à demanda espontânea que predomina nos serviços de saúde⁽¹⁵⁾.

Resultado desse modelo reducionista é a grande redução nas possibilidades de intervenção por parte das equipes da AB, dado que o processo de trabalho, orientado pelo paradigma biologicista e preventivista, prioriza serviços e ações curativas, tratamento de doenças e medicalização, enfatizando a atenção em saúde com uso intensivo de aparato tecnológico material⁽¹⁵⁾.

Estudos mostram que o modelo reducionista de atendimento à saúde, apontado pelos articuladores, é uma dificuldade percebida por outros trabalhadores da AB. Identificou-se, por exemplo, que a atuação das equipes está estruturada de forma a priorizar o atendimento das queixas trazidas pelos usuários aos serviços, sobre as quais, as equipes intervêm pontualmente, pouco resolvendo e, além disso, dificultando a construção de vínculo entre usuários e equipes de saúde^(5-6,16).

Cabe ressaltar que esse modelo, com prevalência dos fatores biológicos, é importante para abordar as variações orgânicas do processo saúde-doença; porém, é limitado, na medida em que subestima a importância de outros fatores que o ser humano engloba, como políticos, sociais e subjetivos⁽¹⁵⁾.

Nessa lógica, se as equipes de saúde da AB realizassem escuta e acolhimento de forma mais ampliada e consciente, poderiam identificar demandas que ultrapassam o aspecto biológico e, para o devido enfrentamento desses casos, perceberiam a necessidade de mobilização e organização diferenciada de recursos e respostas, num processo em que o usuário seria parte ativa⁽⁵⁾.

A falta de reuniões de equipe também foi apontada como dificuldade para o desenvolvimento das ações de saúde coletiva: “As reuniões de equipe, ainda que previsto que se realize uma reunião de equipe por semana, muitas vezes esse espaço ele não está garantido” (A2); “onde tem reuniões semanais eles utilizam esses dados; onde não tem, você percebe que é meio desconectado” (A4).

Essas reuniões são reconhecidas pelos articuladores como momentos que devem ser garantidos na AB, pois são importantes para o planejamento das ações de saúde, de acordo com as necessidades reais do território. No entanto, apontam que elas não acontecem na prática de algumas equipes.

Para que a saúde coletiva possa acontecer no cotidiano de trabalho na AB, é necessário garantir espaços institucionais onde se privilegie o compartilhamento de saberes, discussões, avaliações e planejamento das práticas⁽¹⁵⁾. As reuniões de equipe representam um espaço chave para tal fim e contribuem para superar a reprodução de ações de saúde apenas técnicas e rotineiras.

A falta de reuniões com as equipes, focando somente o atendimento da queixa, pode

ser atribuída à desmotivação no ambiente de trabalho, devida ao acúmulo de funções dos trabalhadores da AB e à pressão para atender as necessidades de saúde complexas da população⁽¹⁷⁾.

Esse contexto desfavorece uma atenção resolutive e efetiva à saúde da população, pois a comunicação e a constante troca de informações devem fazer parte do cotidiano de trabalho das equipes de saúde na AB, práticas que ocorrem por meio das reuniões. Assim, deve-se enfatizar a importância das reuniões de equipe na AB como espaço de diálogo, manifestação de opiniões, construção de estratégias de atendimento coletivo e subsídios para conceber decisões mais acertadas⁽⁷⁾.

Além do exposto, outra dificuldade apontada refere-se à forma de atuação do gestor municipal de saúde, como se percebe pelas falas: “Você tinha um tempo para você trabalhar com o gestor. E o que é que a gente percebeu? Que isso começou a não chegar às equipes. Então, aquilo que a gente achava que estava acontecendo, não estava” (A4); “O gestor, algumas vezes, também exerce influência sobre esse processo, dificultando-o. Chegou um gestor, acabou com tudo; depois chegou outro gestor, voltou com tudo” (A7); “ele (o gestor) mandava lá e a estratégia ia funcionar conforme ele mandava que era, sem agendamento, demanda espontânea só” (A8).

Alguns entrevistados relataram quão difíceis têm sido a comunicação e a articulação do trabalho entre gestores e equipes de saúde. Ainda existem municípios cujos gestores de saúde não dialogam com as equipes, abrindo mão de um instrumento indispensável para planejar e desenvolver as ações de saúde coletiva. Como consequências disso, ocorrem a sobreposição do gestor às equipes e a imposição de exigências nos processos de trabalho que, na visão dos articuladores, estão desvinculadas do preconizado pela AB.

Referente à fala segundo a qual o gestor impõe às equipes o atendimento exclusivo à demanda espontânea, alguns estudos têm corroborado a existência de gestores com perfil centralizador e com grande dificuldade de conferir autonomia às equipes de saúde para participarem no planejamento das ações. Tal situação gera o chamado tripé “dor-desprazer-trabalho”, que se explica na sensação de excisão de conhecimentos, saberes e desejos no processo de trabalho das equipes, causado pela restrição

do fazer à obediência e ao cumprimento de tarefas⁽¹⁸⁾.

Enquanto as redes de comunicação entre gestão e equipes estiverem interrompidas, os processos de trabalho na AB serão afetados, pois o bloqueio do fluxo de informações entre os envolvidos prejudica o estabelecimento de vínculos e impede a estruturação de uma rede de atuação sólida⁽¹⁹⁾, resultando na formação de processos de trabalho que se afastam cada vez mais dos princípios e objetivos da PNAB.

A alternância de gestões nos municípios foi outra dificuldade ressaltada, prejudicando principalmente o trabalho das equipes de saúde, pois, em muitas ocasiões, interrompem-se atividades que já haviam sido discutidas e planejadas, o que quebra a continuidade do trabalho e obriga as equipes a se manterem num círculo, sem avanços significativos no desenvolvimento de ações de saúde integrais e coletivas.

Vale ressaltar que cabe ao gestor, como responsável pelo sistema municipal de saúde, de quem depende, em grande parte, o bom funcionamento da AB, subsidiar as equipes de saúde e usuários no planejamento e ajuste do trabalho, conforme as demandas e necessidades reais e potenciais da população. Portanto, a atuação dos gestores deve se basear na incorporação dos princípios do SUS, envolvendo todos os atores responsáveis num processo de troca de experiências, saberes, informações e orientações, promovendo a cogestão para a mudança do modelo de atenção à saúde, para que ninguém tome decisões por si só⁽¹⁸⁾.

Em resposta às dificuldades identificadas no cotidiano da AB, os articuladores ressaltam haver adotado estratégias para potencializar a atuação das equipes, sendo a ressignificação do trabalho na AB, a estratégia mais destacada, conforme as seguintes falas: “Justamente, é mostrar para o gestor o que é a estratégia saúde da família, como deve trabalhar” (A5); “O que eu tenho buscado é tentar trabalhar com as equipes para praticamente fazer um re-introdutório do que é saúde da família, sensibilizar” (A10).

Tais estratégias de enfrentamento fazem referência à construção de espaços de reflexão, educação, sensibilização, conscientização e discussão junto com equipes de saúde e gestores, tentando sempre analisar e lembrar as reais atribuições da AB e subsidiando novas formas de cuidado à saúde. Cumpre-se, assim, o objetivo pelo qual o programa de articuladores da AB foi

criado, que se refere à qualificação da AB nos municípios apoiados⁽¹⁰⁾.

Contextos que favorecem o desenvolvimento de ações de saúde coletiva

Esta categoria emergiu a partir da identificação, por parte dos articuladores, de diversos elementos que, no cotidiano da AB, propiciam, de alguma maneira, as ações de saúde coletiva. Os articuladores destacaram o papel desenvolvido por um membro da equipe de saúde, favorecendo e potencializando a prática da saúde coletiva na AB, como expõem os seguintes discursos: “Essa figura do agente comunitário, que vai até a comunidade, que vai atrás das demandas, diferente da unidade de atenção básica tradicional, a qual se espera que o usuário venha quando ele tem problema” (A7); “O PMAQ veio muito em cima disso, para a organização. Ajudou muito por que ele te cobra as reais atribuições da AB, o próprio questionário, ele já é uma forma de aprimorar o olhar. Então, quando o pessoal responde a isso, eles começam a ter outra visão do processo de trabalho” (A10); “Para quem trabalha em município pequeno é mais fácil alcançar porque ele tem um coordenador de atenção básica, que a prioridade dele é avaliar a necessidade, aí a coisa melhora, aí o planejamento flui, aquele coordenador é um facilitador exatamente” (A10).

Quanto aos contextos facilitadores das ações de saúde coletiva, apreende-se, a partir dos depoimentos, que, ao vislumbrar mudanças no modelo de atenção à saúde, alguns articuladores veem, no Agente Comunitário de Saúde (ACS), um membro chave da equipe para alcançar maiores avanços na produção de ações de saúde coletiva na AB.

A importância do ACS, segundo as falas dos entrevistados, está em sua função de levantar as necessidades de saúde no território. Tal função dá ao ACS um papel diferenciado em relação aos outros membros da equipe, pois lhe permite se aproximar muito mais da população, possibilitando a criação de vínculos. Porém, estudos mostram que, apesar da posição fundamental exercida pelos ACS na AB, eles se veem frequentemente em situações perante as quais ainda não possuem o devido preparo, nem os instrumentos adequados para responder à grande variedade de demandas que emergem do território onde estão imersos⁽²⁰⁾.

Assim, ao mesmo tempo que os ACS representam trabalhadores da equipe,

protagonistas no desenvolvimento de ações de saúde coletiva, o despreparo expressado por eles para o atendimento a algumas demandas pode torná-los também profissionais que interferem negativamente nessas ações, quando não contam com instrumentos, educação e capacitação adequadas para realização de seu trabalho.

A implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi apontada como ferramenta favorável às práticas de saúde coletiva, uma vez que equipes e municípios recebem incentivo financeiro ao desenvolverem e avaliarem ações dessa natureza na rede de saúde.

Mesmo com a noção de “quanto eu vou ter a mais”, própria da lógica capitalista, parece que a instituição do PMAQ está promovendo o desejo e a intenção em gestores e equipes de se aproximarem cada vez mais, de terem uma visão mais aprimorada do coletivo. Com isso, é possível diminuir a distância entre saúde coletiva e as ações realizadas, por meio de um conjunto de práticas que promovam a mudança e a gestão do cuidado, produzindo a melhoria e a qualidade da AB⁽²¹⁾.

Outro contexto, apontado por articuladores como facilitador da prática da saúde coletiva, é a figura do coordenador municipal da AB, pois ele auxilia os municípios nos processos de levantamento das necessidades de saúde, planejamento, execução e avaliação das ações. Ao coordenador da AB também compete: coordenar o trabalho das equipes; articular processos intra e intersetoriais; possibilitar a comunicação e a articulação entre gestão, equipes e articulador da AB. Desse modo, seu trabalho objetiva reorganizar e qualificar as práticas da AB, além de contribuir para a autonomia e qualidade de vida dos coletivos⁽²²⁾.

Propostas para o planejamento e desenvolvimento de ações de saúde coletiva

Os articuladores fizeram algumas propostas que possibilitariam o desenvolvimento de ações de saúde coletiva na AB. Tais propostas se colocam como desafios a serem enfrentados na construção de novas práticas por equipes, gestores e outros atores envolvidos nas práticas de saúde: “Se trabalhar nessa concepção de discutir caso, tem a questão de educação permanente. Eu acho que são processos que a gente precisa fortalecer cada vez mais” (A3); “Eu acho que a sensibilização dos gestores é importante em relação a isso. Como te falei, não

dá para você ter uma equipe se o gestor não veste a camisa” (A5).

Como proposta para suscitar e viabilizar ações de saúde coletivas na AB, articuladores indicaram a criação e manutenção de espaços de discussão e encontro entre todos os envolvidos na produção da saúde municipal, dado que tais espaços permitem superar processos de trabalho rotineiros, técnicos e pouco reflexivos ao ampliarem, por meio da discussão e troca de experiências, o entendimento do processo saúde-doença dentro do contexto socioambiental, o que pode contribuir para a qualificação dos serviços de saúde na AB e repercutir na melhoria da qualidade de vida dos coletivos.

Outra proposta dos articuladores é trabalhar especialmente com os gestores municipais de saúde, no sentido de sensibilizá-los e conscientizá-los para uma gestão mais dialógica com as equipes da AB e com a própria população do território. Trata-se de uma perspectiva que privilegia a concepção ampliada da saúde e suas interfaces com aspectos técnicos, políticos e sociais; uma gestão cujo objetivo inclui melhorar a qualidade de vida das pessoas e permitir o exercício da liberdade, o empoderamento e a autonomia dos coletivos. Dessa maneira, contribuiria para mais e melhores práticas de saúde coletiva na AB, em vez de apenas evitar a doença e prolongar a vida⁽³⁾.

Para que seja possível a existência de gestores municipais de saúde sensíveis ao trabalho na AB, com foco em saúde coletiva, é necessário que os próprios gestores ampliem o conceito de gestão, indo além da responsabilidade de dirigir e organizar o sistema de saúde municipal e o trabalho das equipes. Gestão inclui também lidar com interesses, desejos, necessidades, saberes e poderes dos indivíduos envolvidos nesse processo⁽²²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise, é possível concluir que, de forma geral, o conceito de saúde coletiva, apresentado pelos articuladores, relaciona-se com as ações que visam intervir na vida das pessoas e nos determinantes sociais da saúde. Porém, na prática, persistem alguns desafios, dentre os quais se destacam a falta de reuniões de equipe e as dificuldades de comunicação e diálogo entre gestores e equipes de saúde.

Diante dos desafios no cotidiano de trabalho, os articuladores criam estratégias de

enfretamento que contribuem para promover e consolidar ações de saúde coletiva na AB. Para isso, desenvolvem abordagens pautadas no diálogo, na criação de espaços de discussão e de educação permanente, visando sensibilizar equipes e gestores para um trabalho mais focado no planejamento de ações, que atendam às necessidades dos coletivos. Cabe ressaltar que tais estratégias são apenas um começo importante para o fortalecimento de processos de trabalho que se aproximem do preconizado pela saúde coletiva.

O agente comunitário de saúde e o coordenador da AB foram identificados pelos articuladores como importantes aliados para o fomento de práticas de saúde coletiva na AB, sendo indispensável estimular e fortalecer sua participação. Vale destacar que, apesar de o enfermeiro ser um trabalhador chave na composição das equipes no que se refere à gestão, prestação do cuidado e avaliação das ações em saúde, esse profissional não apareceu nas falas dos articuladores, nem como facilitador nem como dificultador das ações aqui abordadas. Sendo assim, questiona-se: qual o papel do enfermeiro na AB para o desenvolvimento de práticas de saúde coletiva? Será que os enfermeiros não se sentem instrumentalizados para trabalhar com foco nos preceitos da saúde coletiva?

A criação de espaços para reunir equipes, promovendo a discussão e a reflexão, foi apontada por articuladores como estratégia que merece ser consolidada, dado que pode viabilizar e potencializar a prática da saúde coletiva na AB.

As perspectivas dos articuladores da AB, discutidas neste artigo, sugerem reflexões sobre o papel e as responsabilidades desses profissionais na necessária reorientação do trabalho na AB voltado para a saúde coletiva. Podem também instigar questionamentos úteis para construir novas práticas e discursos a respeito dos caminhos de concretização da saúde coletiva no contexto da AB e, conseqüentemente, contribuir para debates nacionais e internacionais a respeito da qualificação e potencialização da AB.

Conclui-se que os articuladores, atuando no apoio, na comunicação e na educação, têm potencial para contribuir com a concretização da saúde coletiva na AB, na medida em que propõem ampliar as práticas com foco em demandas sociais e coletivas, para além da intervenção na doença.

Para tal fim, é necessário que a atuação dos articuladores seja constantemente analisada e atualizada, pois o que possibilita ou impede a transformação do trabalho na AB é o modo como atua o articulador, aspecto que esta análise não alcança. Assim, destaca-se a necessidade de novos estudos a fim de desvelar o importante papel dos articuladores nos municípios para a consolidação de ações fundamentadas nos preceitos da saúde coletiva na AB.

Outro limite desta pesquisa é o fato de as ações de saúde coletiva serem exploradas somente na perspectiva dos articuladores da AB. Por isso, espera-se que futuros estudos abordem a perspectiva de outros sujeitos envolvidos nesse contexto, como equipes de saúde, gestores e usuários. Espera-se também que novos estudos aprofundem no impacto do trabalho dos articuladores sobre a organização e qualificação da AB.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JR de CM. Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira. *Intelligere* 2016;2(1):139-55. DOI: [10.11606/issn.2447-9020.intelligere.2016.115732](https://doi.org/10.11606/issn.2447-9020.intelligere.2016.115732)
2. Souza LEPE de. Saúde pública ou saúde coletiva? *Espaço Saúde* 2014 [citado em 8 jun 2017]; 15(4):7-21. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/saude_publica_4.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
4. Regis CG, Batista NA. O enfermeiro na área da saúde coletiva: Concepções e competências. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(5):830-6. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680510i
5. Chagas HM de A, Vasconcellos M da PC. Quando a porta de entrada não resolve: Análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. *Saúde Soc.* 2013;22(2):377-88. DOI: [10.1590/S0104-12902013000200010](https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200010)
6. Almeida LR de, Silva ATMC da, Machado L dos S. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface* 2014;18(48):47-60. DOI: [10.1590/1807-57622014.0560](https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0560)
7. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Articuladores da atenção básica: Experiências e resultados positivos. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2010.
8. Andrade MC, Castanheira ERL. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):980-90. DOI: [10.1590/S0104-12902011000400015](https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400015)
9. Doricci GC, Guanaes-Lorenzi C, Pereira MJB. Programa Articuladores da Atenção Básica: Construindo humanização através do diálogo. *Physis* 2016;26(4):1271-92. DOI: [10.1590/s0103-73312016000400011](https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000400011)
10. Doricci GC, Guanaes-Lorenzi C, Pereira MJB. O Programa Articuladores da Atenção Básica: Uma proposta inovadora para qualificação da Atenção Básica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017;22(6):2073-82. DOI: [10.1590/1413-81232017226.17412016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.17412016)
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
12. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Mapa regional de saúde RRAS13- Araraquara-Barretos-Franca-Ribeirão Preto. São Paulo: SES/SP; 2012.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Osório A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: Definições e debates em sua constituição. *Saúde Soc.* 2015;24(supl 1):205-18. DOI: [10.1590/S0104-12902015S01018](https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018)
15. Fertoni HP, Pires DEP de, Biff D, Scherer MD dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015;20(6):1869-78. DOI: [10.1590/1413-81232015206.13272014](https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014)
16. Pereira LP, Nery AA. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. *Esc Anna Nery* 2014;18(4):635-43. DOI: [10.5935/1414-8145.20140090](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140090)
17. Silveira SLM, Câmara SG, Amazzarray MR. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. *Cad Saúde Coletiva* 2014;22(4):386-92. DOI: [10.1590/1414-462X201400040012](https://doi.org/10.1590/1414-462X201400040012)
18. Figueiredo PP de, Cezar-Vaz MR, Soares JF de S, Sena J, Cardoso LS. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: A concepção de gestão que permeia o agir em saúde. *Physis* 2010;20(1):235-59. DOI: [10.1590/S0103-73312010000100013](https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000100013)
19. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de

planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. Cad Saúde Pública 2012;28(3):537-48. DOI: [10.1590/S0102-311X2012000300014](https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300014)

20.Flôres GM da S, Weigelt LD, Rezende MS de, Telles R, Krug SBF. Gestão pública no SUS: Considerações acerca do PMAQ-AB. Saúde Debate 2018;42(116):237-47. DOI: [10.1590/0103-1104201811619](https://doi.org/10.1590/0103-1104201811619)

21.Barroso SM, Guerra A da RP. Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). Cad Saúde Coletiva 2013;21(3):338-45. DOI: [10.1590/S1414-462X2013000300016](https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000300016)

22.Machado RN. A coordenação municipal de atenção primária e sua importância para o desempenho das Equipes de Saúde da Família. [monografia de especialização] Uberaba (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.

Nota: Este artigo apresenta dados oriundos de uma dissertação de Mestrado acadêmico intitulada: Ações de saúde coletiva sob a perspectiva dos articuladores da atenção básica à saúde.

Recebido em: 27/10/2017

Aprovado em: 28/08/2018

Endereço de correspondência:

Lina Karina Bernal Ordoñez

Rodovia Washington Luis, km 235

CEP: 13565-905 - São Carlos/SP - Brasil

E- mail: linakarina55@gmail.com