

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia

Sara Machado de Amorim

**TEORIZAÇÃO DOS FENÔMENOS ENVOLVIDOS NA NÃO
ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE,
CONSIDERANDO OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Belo Horizonte
2025

Sara Machado de Amorim

**TEORIZAÇÃO DOS FENÔMENOS ENVOLVIDOS NA NÃO
ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE,
CONSIDERANDO OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia — área de concentração em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. João Henrique Lara do Amaral

Coorientadora: Profa. Dra. Viviane Elisângela Gomes

Colaboradora: Ma. Elisa Lopes Pinheiro

Belo Horizonte
2025

Ficha Catalográfica

A524t Amorim, Sara Machado de.
2025 Teorização dos fenômenos envolvidos na não estruturação
T dos serviços primários em saúde, considerando os atributos
da atenção primária / Sara Machado de Amorim. -- 2025.

95 f. : il.

Orientador: João Henrique Lara do Amaral.
Coorientadora: Viviane Elisângela Gomes.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Atenção primária à saúde. 2. Pesquisa sobre serviços de saúde. 3. Política de saúde. 4. Teoria fundamentada. I. Amaral, João Henrique Lara do. II. Gomes, Viviane Elisângela. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA SARA MACHADO DE AMORIM

Realizou-se, no dia 29 de julho de 2025, às 09:00 horas, na sala 3418 da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *TEORIZAÇÃO DOS FENÔMENOS ENVOLVIDOS NA NÃO ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE, CONSIDERANDO OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA*, apresentada por SARA MACHADO DE AMORIM, número de registro 2023707786, graduada no curso de ODONTOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof. João Henrique Lara do Amaral - Orientador (Faculdade de Odontologia da UFMG), Profa. Viviane Elisângela Gomes (Faculdade de Odontologia da UFMG), Prof. Álex Moreira Herval (Universidade Federal de Uberlândia), Profa. Aline Araújo Sampaio (Faculdade de Odontologia da UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 29 de julho de 2025.

Prof. João Henrique Lara do Amaral (Doutor)

Profa. Viviane Elisângela Gomes (Doutora)

Prof. Álex Moreira Herval (Doutor)

Profa. Aline Araújo Sampaio (Doutora)



Documento assinado eletronicamente por **Álex Moreira Herval, Usuário Externo**, em 29/07/2025, às 11:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Viviane Elisangela Gomes, Professora do Magistério Superior**, em 29/07/2025, às 11:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Henrique Lara do Amaral, Professor do Magistério Superior**, em 30/07/2025, às 14:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Aline Araujo Sampaio, Professora do Magistério Superior**, em 31/07/2025, às 14:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4379425** e o código CRC **F84D4195**.

Referência: Processo nº 23072.219525/2025-35

SEI nº 4379425

Dedico esse estudo aos meus pais, por criarem uma janela, pela qual eu vislumbro esse mundo.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me permitir trilhar essa jornada. Toda honra, glória e louvor ao Senhor!

Aos meus pais, por sempre me incentivarem e apoiarem em tudo! Obrigada por acreditarem e me permitirem sonhar esse sonho! Amo vocês!

À minha família, pelo apoio e orações!

Aos amigos, que ao dividirem o mesmo barco, tornam a vida mais leve! Em especial à Kamila, Pedro e *Ted*, por todo carinho, cuidado e suporte nesses dois anos! Ficar em Belo Horizonte só foi possível por vocês! Obrigada por tudo!

Às amigadas conquistadas no Mestrado Profissional, ao “*sexteto do MP*”, e especialmente à Priscila, cuja vivência e partilha de experiências enriqueceram meu caminhar! Que possamos lutar sempre em defesa do SUS!

Às meninas da Cuidar e da SeOdonto, por tornarem o desafio de conciliar a rotina diária de trabalho com os estudos, um pouco mais leve! Obrigada por cada incentivo, cada conselho, cada risada!

Ao querido João Henrique, meu orientador, cujas palavras não são suficientes para agradecer! Privilegiados são os que cruzam seu caminho, pois seus ensinamentos e sua sensibilidade são admiráveis. Obrigada pela paciência e maestria em me orientar nessa caminhada! Em frente, com coragem!

À querida Viviane Gomes, minha coorientadora e à Elisa Pinheiro, minha colaboradora. Agradeço a parceria, colaboração, ensinamentos e incentivos nessa jornada. Foi um prazer aprender tanto com vocês e construir conjuntamente esse trabalho!

Aos professores e professoras do Programa de Mestrado Profissional pela dedicação, carinho e por tanto conhecimento compartilhado!

Aos demais colegas da UFMG pela vivência desses dois anos.

Aos participantes da pesquisa, que ao contarem suas histórias, contribuíram valiosamente para que esse estudo acontecesse, e à Prefeitura de Juiz de Fora, por conceder espaço para tal.

À banca examinadora, por aceitar prontamente o convite. Vocês fazem a diferença e isso impulsiona a minha caminhada.

A todos que, ao cruzarem meu caminho, deixaram um pouco de si. Foram apoio, suporte, alegrias, exemplo e inspiração.

“O sonho é que leva a gente para a frente. Se a gente for seguir a razão, fica aquietado, acomodado.”

Ariano Suassuna

RESUMO

Este estudo objetivou construir teorização acerca da não estruturação e não orientação dos serviços primários de saúde, considerando os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Caracterizada como o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS é responsável pela porta de entrada do sistema, pela prestação de atenção ao longo do tempo e às principais condições de vida da população, e pela coordenação e integração de toda a rede de atenção à saúde (RAS). Portanto, os serviços primários em saúde devem estruturar-se segundo os atributos: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação de atenção, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado no referencial teórico construído com base nos atributos da APS relacionados com a Política Nacional de Atenção Básica, e metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Foram realizadas 11 entrevistas intensivas com atores sociais inseridos na oferta de serviços públicos de saúde no município: profissionais atuantes nas unidades básicas de saúde, residentes a ela vinculados, e gestores. Os dados foram categorizados segundo a TFD. A partir do processo de análise dos dados, construiu-se a teorização do estudo e obteve-se como categoria central “Hegemonia da atenção especializada e herança do modelo biomédico como estruturantes da orientação dos serviços de saúde”. A teorização permitiu identificar as origens do fenômeno estudado revelando, apesar de iniciativas de fortalecimento da APS, uma organização dos serviços de saúde no município fortemente influenciada pelo modelo biomédico e por heranças históricas. Os achados poderão contribuir com a transformação do modelo assistencial e a adoção de estratégias para o efetivo fortalecimento dos serviços primários em saúde no município. Este estudo subsidiou a elaboração do produto técnico, cujo objetivo é fortalecer a APS por meio de uma série de episódios na ferramenta de mídia social podcast, intitulada “Podcast: Quem tem Boca vai ao SUS”, compartilhando evidências científicas e reflexões sobre as políticas de saúde à luz dos atributos da Atenção Primária, tendo como pano de fundo, o município de Juiz de Fora.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; pesquisa sobre serviços de saúde; políticas de saúde; teoria fundamentada.

ABSTRACT

Theorization of the phenomena underlying the lack of structuring of primary services, based on the attributes of Primary Health Care

This study aimed to develop a theorization about the lack of organization and orientation of primary health services, considering the attributes of Primary Health Care (PHC) in the municipality of Juiz de Fora, Minas Gerais. PHC, the first level of care in the Unified Health System, is responsible for the system's entry point, addressing primary health needs and providing continuous care, as well as coordinating and integrating the broader health care network. Therefore, primary health services must be structured according to the following attributes: access to initial contact, longitudinality, comprehensiveness, coordination of care, family orientation, community orientation, and cultural competence. The study is qualitative and grounded in a theoretical framework based on the PHC attributes outlined in the Brazilian National Primary Care Policy. Methodologically, it is supported by grounded theory (GT). Eleven in-depth interviews were conducted with social actors involved in the provision of public health services in the municipality, including professionals working in primary health care units, residents affiliated with them, and managers. Through data analysis, a theoretical construct emerged, with the central category identified as follows: "The hegemony of specialized care and the legacy of the biomedical model as structuring elements in the orientation of health services." This theorization enabled the identification of the roots of the phenomenon, revealing that, despite initiatives to strengthen PHC, the organization of services in the municipality remains heavily shaped by the biomedical model and historical legacies. These findings could inform strategies to strengthen primary healthcare services in the municipality and transform the care model. This study informed the development of a technical product, the objective of which is to strengthen the PHC by sharing scientific evidence and reflections on health policies considering the attributes of PHC through a series of episodes on the podcast platform titled "Podcast: Quem tem Boca vai ao SUS?" set in the context of the municipality of Juiz de Fora.

Keywords: primary health care; health services research; health policy; grounded theory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 —	Árvore dos Problemas	15
Figura 2 —	Árvore dos Objetivos	16
Figura 3 —	Mapa da localização do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.....	27
Figura 4 —	Mapa da macrorregião Sudeste	27
Quadro 1. (Artigo)	Categoria central, categoria Organização dos serviços de saúde orientada pelo modelo assistencial biomédico, e subcategorias da teorização, subcategorias e exemplos de dados brutos	42
Quadro 2. (Artigo)	Categoria central, categoria Formação profissional não qualificada para a APS e subcategorias da teorização, subcategorias e exemplos de dados brutos	43
Quadro 3. (Artigo)	Categoria central, categoria Fragilidades técnico-político-gerenciais na gestão da APS e subcategorias da teorização, subcategorias e exemplos de dados brutos	43
Quadro 4. (Artigo)	Categoria central, categoria Controle social enfraquecido e subcategorias da teorização, subcategorias e exemplos de dados brutos.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP/ UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
CLS	Conselho (s) Local (s) de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HU/ UFJF	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
JF	Juiz de Fora
LOS	Lei (s) Orgânica (s) da Saúde
MG	Minas Gerais
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDAPS	Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde
PLS	Programação Local de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRMSF	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIEX UFMG	Sistema de Informação da Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada em Dados
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE SÍMBOLOS

® Marca registrada

% Percentagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Contexto de saúde no Brasil	17
2.2 Atenção Primária à Saúde	18
2.2.1 Atributos da Atenção Primária	20
3 OBJETIVOS	23
4 METODOLOGIA EXPANDIDA	24
4.1 Desenho do estudo	24
4.2 Referencial teórico-metodológico	25
4.2.1 Referencial teórico	25
4.2.2 A Teoria Fundamentada em Dados	25
4.3 Local do estudo	26
4.4 Sujeitos do estudo	27
4.5 Coleta de dados	28
4.6 Análise de dados	30
4.7 Considerações Éticas	32
5 RESULTADOS	33
5.1 Artigo	34
5.2 Produto Técnico	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A — Roteiro norteador	72
APÊNDICE B — Exemplo de codificação aberta	74
APÊNDICE C — Exemplo de memorando	75
APÊNDICE D — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	76
APÊNDICE E — Formulário de descrição de produto técnico	78
ANEXO A — Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	80
ANEXO B — Normas de submissão da Revista	84
ANEXO C — Comprovante de submissão do artigo	95

1 INTRODUÇÃO

A Declaração de Alma-Ata, documento síntese da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários (1978, Alma-Ata) — primeiro destaque dado à Atenção Primária à Saúde (APS) em termos globais, não somente reafirmou a saúde como um direito humano fundamental, como também definiu a APS como sendo a estratégia de oferta de serviços de saúde (OMS, 1978). No contexto brasileiro, o Movimento da Reforma Sanitária (MRSB) possibilitou uma ampliação nas discussões acerca da saúde e da insuficiência de um modelo centrado na doença, fragmentado, superespecializado e ausente a participação social (Czeresnia; Freitas, 2003).

Como desdobramento, formulou-se a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado pelas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação comunitária (Brasil, 1988). Segundo Starfield (2001), essa modalidade de atenção apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é um modelo de mudança da prática clínico assistencial dos profissionais de saúde e uma estratégia de reorganização dos sistemas de saúde.

Nessa reorientação, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reiterou a compreensão da saúde da população como resultado de múltiplos determinantes e condicionantes, os quais, em maior parte, podem ser abordados na APS (Brasil, 2017). Para tal, caracteriza-se como o primeiro nível do SUS, responsável pela porta de entrada para as novas necessidades e problemas, pela prestação de atenção à pessoa ao longo do tempo e às principais condições de vida e pela coordenação e integração de toda a rede de atenção à saúde (RAS) (Starfield, 2001). No decorrer do desenvolvimento das políticas de saúde, ficou evidente o protagonismo assumido pela APS (Castro *et al.*, 2019).

Para as ações e serviços da APS, Starfield (2001) propôs quatro atributos essenciais: acesso do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação de atenção. Além destes, Shi, Starfield e Xu (2001) propuseram outros três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Segundo as diretrizes para a organização da RAS, uma APS de qualidade estrutura-se segundo esses atributos e outras três funções essenciais: resolução, organização e responsabilização (Brasil, 2010b).

A “Árvore dos Problemas”, proposta por Coral, Ogliari e Abreu (2009) e adotada neste estudo, constituiu-se como ferramenta na identificação das causas e

consequências da situação e o desenvolvimento de intervenções e soluções. Para tal, é composta por diagramas que analisam um problema do ponto de vista das causas que o originam (Coral; Ogliari; Abreu, 2009). Assim, propicia uma visão abrangente da situação-problema e a reflexão sobre as diversas possibilidades de enfrentamento (Brasil, 2014).

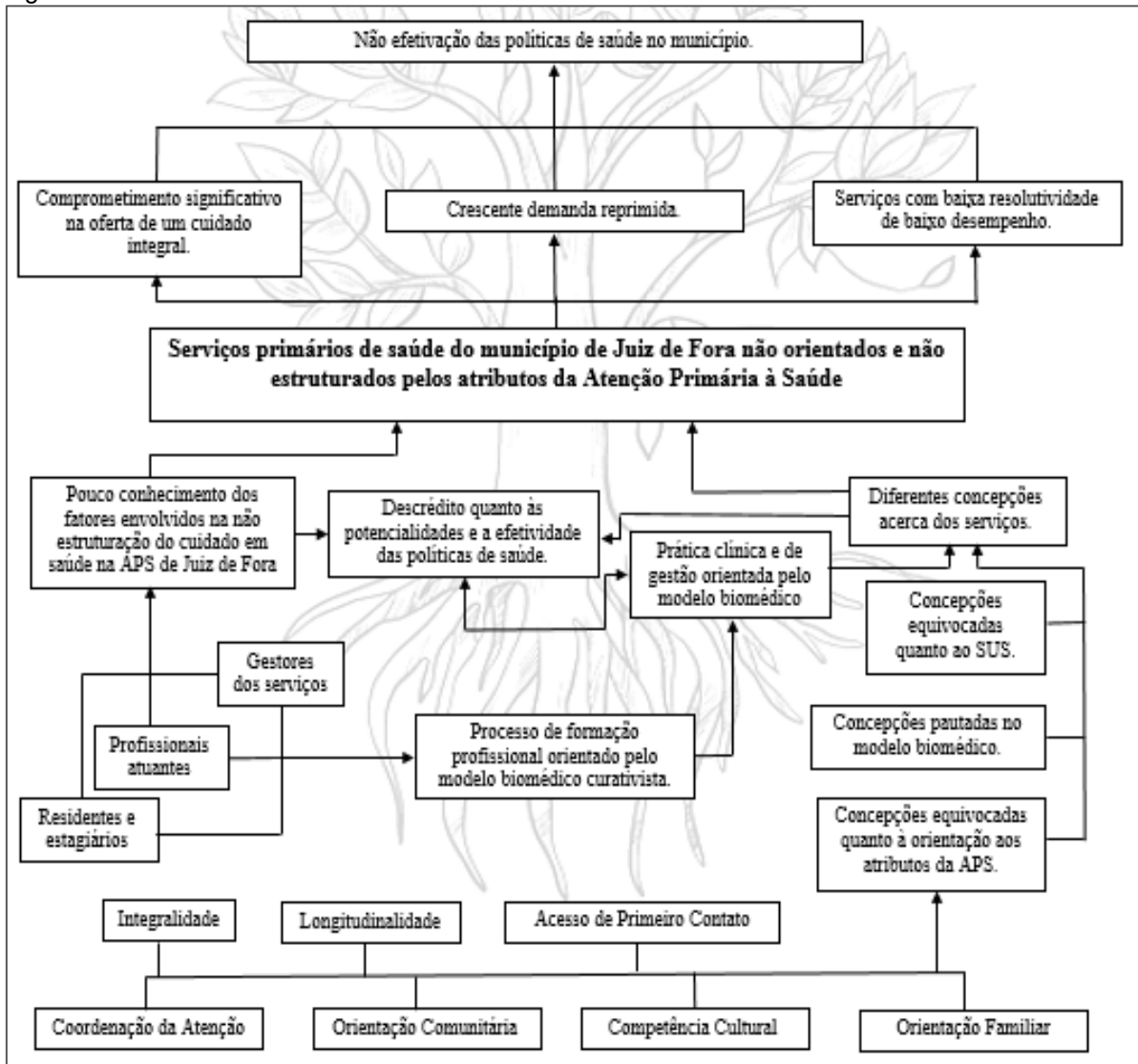
A representação gráfica da *Árvore dos Problemas* (FIGURA 1) foi construída a partir da situação problema (tronco) que é “o serviço primário de saúde do município de Juiz de Fora não orientado e não estruturado pelos atributos da APS”. As principais causas (raízes) e os efeitos negativos (galhos e folhas) da não estruturação desses serviços, se devem ao pouco conhecimento, pelos diferentes atores, dos fenômenos envolvidos nesse processo e à coexistência de diferentes concepções acerca dos serviços. Essas concepções, se formulam a partir da materialização, na prática, de um processo formativo orientado ao modelo biomédico curativista e acabam intensificando o descrédito, que é gerado pelo pouco conhecimento dos fatores que interferem na não estruturação do cuidado em saúde na APS. Consequentemente, não há a consolidação e efetivação das políticas de saúde no município.

Para a elaboração da *Árvore dos Objetivos* (FIGURA 2), observou-se as causas e os efeitos gerados pela não estruturação e não orientação dos serviços primários, convertendo essas condições negativas em ações positivas, derivando assim o objetivo geral, os meios (objetivos específicos) e os fins (resultados esperados). A representação gráfica do objetivo geral (tronco) consiste na “Estruturação e orientação dos serviços primários de saúde do município de Juiz de Fora para os atributos da APS”, a partir da identificação de fenômenos impeditivos e reorientação do processo de trabalho, proporcionados por uma formação profissional pautada no modelo de promoção à saúde. Tendo como resultados esperados, a oferta de uma APS orientada e qualificada e a efetivação das políticas de saúde no município. Cabe ressaltar que os elementos representados no diagrama com caixas pontilhadas não foram abordados neste projeto.

Este estudo objetivou construir teorização acerca da não estruturação e não orientação dos serviços primários de saúde, considerando os atributos da APS, em um município brasileiro, a partir da concepção de diferentes atores sociais (agente comunitário de saúde, assistente social, cirurgião-dentista, enfermeiro, gestor, médico, residente e técnico de enfermagem) inseridos na oferta de serviços públicos

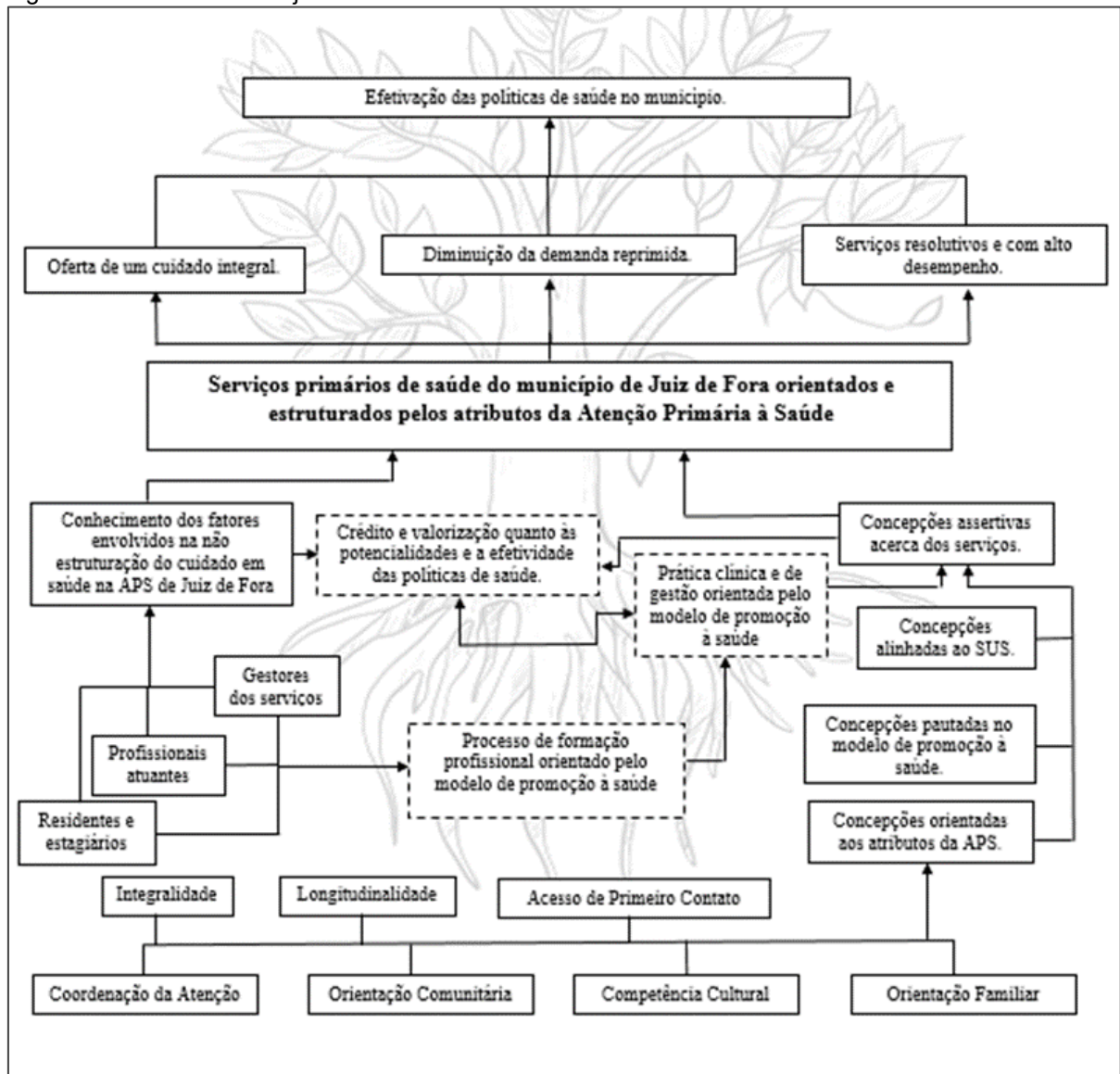
de saúde no município. O ineditismo deste estudo reside na teorização do fenômeno supracitado, sendo a sua compreensão essencial para o desenvolvimento das políticas de saúde, uma vez que poderá contribuir significativamente para a organização da APS, em consonância com os atributos que a orientam em diferentes contextos.

Figura 1 — Árvore dos Problemas



Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

Figura 2 — Árvore dos Objetivos



Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contexto de saúde no Brasil

Anteriormente à criação do SUS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), extinto em 1993, constituía-se como a política pública de saúde em vigor. O modelo de saúde vigente visava o atendimento dos contribuintes da Previdência, beneficiando assim, apenas os trabalhadores da economia formal e seus dependentes. Para tal, tinha-se grandes unidades de atendimento ambulatorial especializado e hospitalar, ofertando serviços a partir de convênios com a iniciativa privada, consolidando uma lógica de cuidar da doença (Giovanella *et al.*, 2012).

O MRSB, com início em meados dos anos 1970, possibilitou e ampliou as discussões acerca da saúde e da insuficiência do modelo biomédico curativista em responder às necessidades de saúde da população brasileira. A saber, as características desse modelo incluíam, a redução da saúde à ausência de doenças; enfoque em práticas individuais, clientelistas e privatistas; o hospital como a unidade central e o profissional médico com o domínio de intervenção; distanciamento da realidade dos indivíduos; ausência de participação social; fragmentação e superespecialização (Czeresnia; Freitas, 2003).

Como crítica à essa abordagem hegemônica, surgiu um pensamento voltado para a revalorização das dimensões sociais e culturais determinantes do processo saúde-doença, expresso no modelo de Promoção da Saúde (Giovanella *et al.*, 2012). Diferentemente, esse novo modelo abarcava as seguintes proposições: a saúde como qualidade de vida, considerada no seu conceito ampliado e a partir de uma determinação social; os princípios de hierarquização e regionalização; o predomínio de intervenções multiprofissionais e multidisciplinares; a participação comunitária; a prestação dos serviços como um direito de cidadania, com atenção às coletividades; e a percepção integral do ser humano, articulando assim, ações de promoção, prevenção e recuperação (Czeresnia; Freitas, 2003).

Marco do MRSB, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986, discutiu temas que se desdobraram em diretrizes atuais: busca da equidade; garantia de acesso universal às ações e serviços de saúde; aumento do financiamento público do setor saúde; unificação e integração das ações preventivas, curativas e de

reabilitação entre os níveis de governo; e atribuição de maiores poderes à população na formulação, implementação e controle das ações de saúde. Além da aprovação da unificação do sistema de saúde, a consolidação do conceito ampliado de saúde, do direito de cidadania e dever do Estado (Giovanella *et al.*, 2012).

A Constituição Federal de 1988, assumindo o conceito ampliado de saúde criado na 8ª CNS, trouxe a saúde como direito de todos e dever do Estado, propondo as ações e os serviços públicos de saúde integrando uma rede regionalizada e hierarquizada — o SUS, organizado pelas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação comunitária (Brasil, 1988). Promulgadas em 1990, as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) constituíram as bases legais de organização do SUS.

Desse modo, o nível básico comportaria os serviços dotados de tecnologias e profissionais para realizar os procedimentos mais frequentemente necessários; enquanto os ambulatorios e os hospitais estariam em um nível mais especializado. Neles estariam sendo realizados aqueles procedimentos menos frequentemente necessários, para os quais não seria aceitável ociosidade, dadas as implicações sobre a qualidade e os custos crescentes do sistema. Nesse sentido, enquanto os serviços de APS deveriam se distribuir o mais amplamente possível no território nacional, os especializados obedeceriam a uma lógica de distribuição geográfica mais concentrada (Giovanella *et al.*, 2012).

2.2 Atenção Primária à Saúde

O Relatório Dawson (1920, Reino Unido) é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de APS para expressar uma organização de serviços de saúde de forma sistêmica, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida (Lavras, 2011). Como alternativa a um modelo curativo-hospitalar, as concepções desse relatório influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico, cuja proposta orientou a reorganização de sistemas de saúde em outros países do mundo (Lavras, 2011; Giovanella *et al.*, 2012).

A Declaração de Alma-Ata definiu a APS como sendo a estratégia para oferta dos cuidados em saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e

famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978, p. 1).

Mendes (2012) apontou que diferentes concepções acerca da APS podem coexistir em um mesmo país, sendo que três principais interpretações se destacam, decorrentes da dualidade em se instituir uma concepção abrangente de saúde, concomitantemente a uma hegemonia da concepção de saúde centrada na doença. A saber, APS seletiva (programa exclusivamente destinado aos pobres, com tecnologia simples e poucos recursos), APS como nível primário de um sistema de saúde (modo de organização da porta de entrada aos serviços, que resolve os problemas mais comuns com custos econômicos reduzidos) e a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde (capaz de apropriar, recombina e reordenar os recursos do sistema com resolutividade).

O reconhecimento da APS como um componente-chave dos sistemas de saúde fundamenta-se nas evidências de seu significativo impacto nos países que a adotaram como base para seus sistemas: melhores indicadores de saúde, maior efetividade no cuidado e no tratamento de acordo com a transição epidemiológica, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e sobre o estado de saúde geral da população (Starfield, 2001; OPAS, 2011).

No contexto brasileiro, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi instituída como forma prioritária para expansão, consolidação e organização da APS (Paim *et al.*, 2011; Brasil, 2017). A partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, a ESF considera o indivíduo no seu ambiente físico e social (Fertonani *et al.*, 2015), os processos de trabalho pautam-se na promoção da saúde, superando assim, o modelo assistencial biomédico hegemônico (Paim *et al.*, 2011). Desse modo, a adesão à ESF propicia diminuição das disparidades e respostas frente as necessidades de saúde da população (Castro *et al.*, 2019). Entretanto, na realidade dos serviços primários brasileiros, a ESF não se consolidou, uma vez que a APS ainda mescla

elementos culturais, técnicos e operacionais sustentados por suas diferentes interpretações (Mendes, 2012).

2.2.1 Atributos da Atenção Primária

Para as ações e serviços da APS, Starfield (2001) propôs quatro atributos essenciais: acesso do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação de atenção. Além destes, Shi, Starfield e Xu (2001) propuseram outros três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Essa abordagem considera como características da APS: prestação de serviços de primeiro contato; garantia de cuidado integral considerando os âmbitos físico, psíquico e social da saúde; responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação de cuidado ao longo da vida; e coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis no cuidado, inclusive mais complexo. Nessa concepção, os serviços de APS deveriam estar orientados para a comunidade, a partir do conhecimento das suas necessidades de saúde; centrados na família, para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros; e ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades (Starfield, 2001). Segundo as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde, uma APS de qualidade estrutura-se segundo esses atributos e outras três funções essenciais: resolução, organização e responsabilização (Brasil, 2010b).

O primeiro atributo da APS — **acesso de primeiro contato**, é constituir-se como porta de entrada dos serviços de saúde, fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, excetuando as verdadeiras emergências e urgências médicas (Brasil, 2020). Para tal, esse nível de atenção precisa ser acessível à população, além de garantir acesso aos outros níveis para que os demais atributos sejam contemplados. O acolhimento, a resolutividade e a integralidade constituem-se elementos fundamentais para esse atributo nos serviços de saúde (Will; Dalbello-Araujo, 2023). Portanto, barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais devem ser eliminadas (Giovanella *et al.*, 2012).

A **longitudinalidade** implica na existência de uma fonte continuada de atenção, refletida em uma relação interpessoal intensa e expressando a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde (Brasil, 2020). Para que se

estabeleça o vínculo, faz-se necessário a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, além da identificação da população — adscrição territorial, para qual esse cuidado é destinado (Giovanella *et al.*, 2012).

Como pilar na construção do SUS, a **integralidade** é trabalhada em quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção; atenção nos três níveis de complexidade da assistência; articulação das ações de promoção, proteção e prevenção; e abordagem integral do indivíduo e das famílias (Giovanella *et al.*, 2002). Logo, refere-se à capacidade da APS em reconhecer as necessidades de saúde da população e disponibilizar um leque de serviços para atendê-la, ainda que não possam ser oferecidos dentro das unidades de APS (Starfield, 2001).

Para a garantia dessa atenção integral, a APS deve assumir a **coordenação da atenção** — corresponde à harmonização entre a APS e a RAS. Pressupõe alguma forma de continuidade, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a sua integração no cuidado do paciente (Starfield, 2001). Por meio desse atributo, o provedor de APS é capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe por meio da coordenação entre os serviços (Brasil, 2020). A falta de integração da APS com os demais níveis de atenção compromete a resolutividade da RAS, gerando aumento desnecessários nos custos em saúde, desigualdades no acesso e baixa efetividade do sistema (Almeida *et al.*, 2018).

Quanto aos atributos derivados, a **orientação familiar** remete ao ambiente familiar do indivíduo como cenário para o cuidado (Giovanella *et al.*, 2012). Starfield (2001) aponta que esse atributo deveria representar a essência do modelo ESF.

A **orientação comunitária** reconhece as necessidades em saúde da comunidade em função do contexto socioeconômico cultural em que vive (Starfield, 2001). Para tal, os dados epidemiológicos, o contato direto com a população, o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços são utilizados (Brasil, 2020). Portanto, quanto a esse atributo, a participação social é uma importante ferramenta no empoderamento das pessoas sobre seus direitos em relação à prestação dos serviços de saúde (Will; Dalbello-Araujo, 2023).

A **competência cultural** refere-se à adaptação do provedor às características culturais especiais da população (Brasil, 2020).

A avaliação dos serviços primários, haja vista sua importância no processo saúde-doença, é crucial na qualificação da assistência, pois permite identificar lacunas e orientar a proposição de estratégias para sua efetivação (Brasil, 2010a; Coura *et al.*,

2019). As propostas que consideram a APS em seu aspecto mais amplo, se fazem mais pertinentes por propiciarem entendimento acerca dos fenômenos envolvidos e pela capacidade de apontarem seus desafios e potencialidades (Coura *et al.*, 2019).

3 OBJETIVOS

Construir teorização acerca da não estruturação e não orientação dos serviços primários de saúde, pelos atributos da APS, no município de Juiz de Fora (JF), Minas Gerais (MG) a partir da concepção de atores sociais da APS — profissionais atuantes nas unidades básicas de saúde (UBS) (agente comunitário de saúde, assistente social, cirurgião-dentista, enfermeiro, médico e técnico de enfermagem) e residentes a ela vinculados, assim como gestores.

Desenvolver produto técnico em formato de uma série de episódios em um programa de *podcast*, buscando fortalecer a APS e o SUS, a partir do compartilhamento de experiências e de reflexões à luz dos atributos da APS, tendo o município estudado como pano de fundo das discussões.

4 METODOLOGIA EXPANDIDA

O presente estudo surgiu da necessidade de a pesquisadora compreender o fenômeno da não orientação e não estruturação dos serviços primários de JF aos atributos da APS. A pesquisadora foi aluna do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), e pôde acumular, durante seu processo formativo, experiências na interface gestão-ensino-serviço dentro da APS do município. Essas vivências propiciaram conhecimento da organização dos serviços primários no município, cuja não orientação e não estruturação à APS podem ser confirmadas com os estudos que avaliaram e qualificaram esses serviços (Horta *et al.*, 2014; Veperino; Gomes; Leite, 2017; Costa; Guerra; Leite, 2022; Amorim; Leite, 2023; Pinheiro *et al.*, 2023).

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter exploratório, descritivo e analítico realizado por meio do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) (Strauss; Corbin, 2008). Para tal, foram realizadas entrevistas intensivas com os sujeitos envolvidos no fenômeno da não orientação e não estruturação dos serviços primários aos atributos que qualificam e orientam a APS, a fim de se desenvolver uma teorização explicativa a partir da fala desses atores. Optou-se pela pesquisa qualitativa, uma vez que ela possibilita considerar os contextos e as interações em que os sujeitos estão inseridos (Turato, 2005), e assim, emergir, pela concepção deles, as condições que levam a não estruturação e não orientação da APS no município.

O desenvolvimento dessa metodologia exige, por parte do pesquisador, um conhecimento teórico e estudo constante dos seus principais elementos constituintes, além de tempo e dedicação (Santos *et al.*, 2018). Para tal, foram realizadas reuniões para estudo e treinamento do método, possibilitando à equipe de pesquisa — pesquisadora principal, aluna da pós-graduação no Mestrado Profissional; dois docentes de pós-graduação; e uma aluna de pós-graduação no Doutorado —, o desenvolvimento de habilidades para a condução do estudo.

4.2 Referencial teórico-metodológico

4.2.1 Referencial teórico

O referencial teórico foi elaborado com base na análise crítica e sistemática dos atributos da APS (Starfield, 2001; Shi; Starfield; Xu, 2001), relacionando-os à PNAB enquanto eixo político reorientador dos serviços de saúde (Brasil, 2017). A definição operacional da APS sistematizada por Starfield tem se consolidado como um referencial na formulação das políticas de APS no contexto brasileiro (Brasil, 2010a).

A APS deve ser fonte de cuidado para a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, prestando um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação e trabalhando harmoniosamente com a RAS (Starfield, 2001). Pressupõe-se uma fonte continuada de atenção, refletida em relações interpessoais de confiança mútua entre os usuários e a equipe de saúde (Brasil, 2010a). O contexto familiar e seu potencial de cuidado devem ser considerados, assim como o reconhecimento, por meio de dados epidemiológicos e do contato com a comunidade, das necessidades em saúde da população (Starfield, 2001; Brasil, 2020). Além disso, deve haver adaptação do serviço às características culturais especiais da população (Brasil, 2020).

Desse modo, um serviço de saúde planejado para atender às necessidades da população pode ser considerado como prestador de cuidados primários quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com indivíduos e comunidade, ao assumir também os atributos derivados (Brasil, 2010a).

4.2.2 A Teoria Fundamentada em Dados

Desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss nos Estados Unidos da América (EUA) durante a década de 1960, a TFD objetiva gerar uma explicação teórica para um processo, uma ação ou uma interação derivada da concepção que os sujeitos expressam nos dados coletados (Strauss; Corbin, 2008; Charmaz, 2009). O método permite a conceituação e conseqüente construção de uma teoria a respeito de uma dada realidade, em um dado tempo e lugar. No presente estudo, a condução metodológica seguiu as orientações de Strauss e Corbin (2008),

que possuem trajetórias diferentes dos métodos de Glaser, apesar da origem comum da TFD.

Os dados, analisados por meio de codificações, microanálises, deduções e induções propiciam a criação de um modelo que explica as condições para a existência do fenômeno social estudado (Santos *et al.*, 2018). Contudo, essa teoria pode ser substantiva ou formal. Ela é substantiva quando considera uma realidade específica no tempo e no espaço, não havendo a possibilidade de ser transferida para outras realidades. A teoria formal, menos comum, é caracterizada por ser aplicável em diferentes áreas do conhecimento e em outras realidades (Charmaz, 2009). O resultado encontrado neste estudo a partir do uso da TFD é uma teorização de nível substantivo.

4.3 Local do estudo

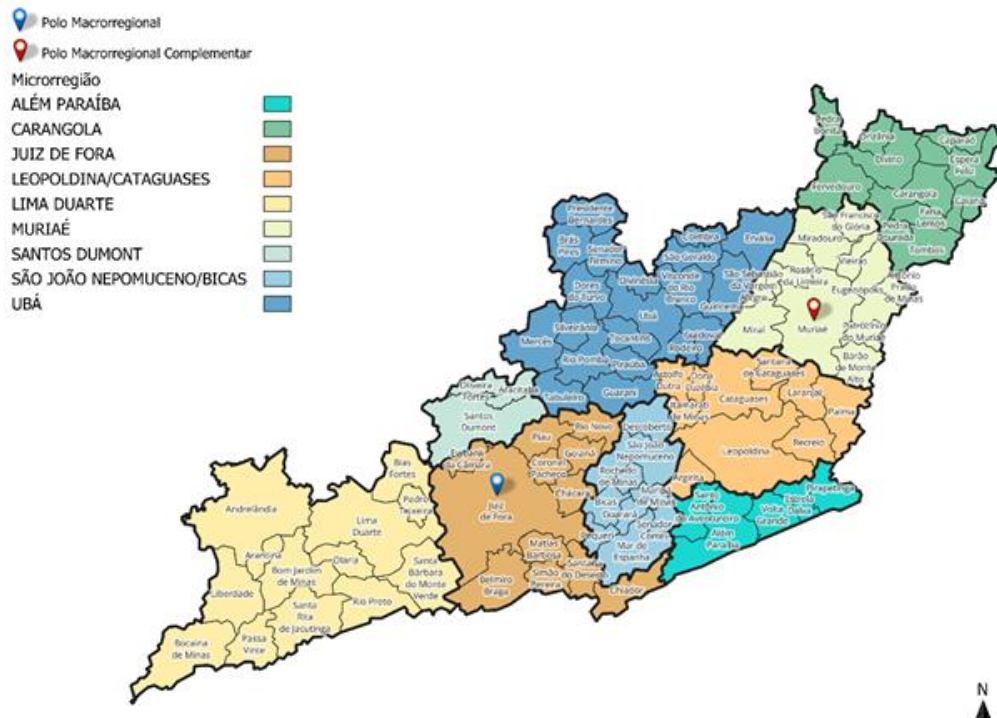
O presente estudo foi realizado no município de JF, localizado na Zona da Mata do Estado de MG (FIGURA 3). A cidade possui população estimada de 565.764 habitantes (IBGE, 2024), e é polo da Macrorregião Sudeste de Saúde, polarizando 09 microrregiões e 94 municípios (Minas Gerais, 2025) (FIGURA 4). Na macro Sudeste, JF é referência na prestação de serviços de alta complexidade (ortopedia, transplantes, neurocirurgia, cardiologia, oncologia, parto e nascimento de alto risco), no tratamento de doenças raras, processo transexualizador, diagnóstico de fibrose cística e Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais. Para as microrregiões, o município é referência para os atendimentos de urgência e emergência e de média complexidade. Além disso, na realização de alguns procedimentos de alta complexidade, a referência de JF extrapola a macro Sudeste (Juiz de Fora, 2022).

Figura 3 — Mapa da localização do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil



Fonte: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:MinasGerais_MesoMicroMunicip.svg.

Figura 4 — Mapa da macrorregião Sudeste



Fonte: MINAS GERAIS, 2025 (p. 67).

4. 4 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo são atores sociais da APS — profissionais atuantes nas UBS (agente comunitário de saúde, assistente social, cirurgião-dentista,

enfermeiro, médico e técnico de enfermagem) e residentes a ela vinculados, assim como gestores, do município de JF.

Conforme orientado por Flick (2009), Charmaz (2009), Moser e Korstjens (2018) iniciou-se com uma amostragem intencional, em que foram escolhidos sujeitos mediante deliberação do grupo de pesquisadores, capazes de fornecer informações relevantes sobre o processo de não estruturação e não orientação dos serviços primários do município aos atributos da APS. Um informante-chave indicou sujeitos que poderiam contribuir com o estudo. Os entrevistados, à medida que foram sendo contatados, indicaram novos informantes. O uso dessa técnica se justifica pelo fato de questões sensíveis, obscuras e até mesmo mascaradas estarem envolvidas no objeto do estudo, exigindo conhecimento de pessoas pertencentes ao grupo envolvido no contexto do fenômeno estudado (Flick, 2009).

Na sequência, utilizou-se a amostragem teórica, a fim de selecionar participantes que melhor contribuiriam para o desenvolvimento da teoria. Uma vez que a construção da teoria ocorre simultaneamente à coleta e à análise de dados, a amostragem teórica de novos participantes também ocorre juntamente com os conceitos teóricos emergentes (Moser; Korstjens, 2018).

A caracterização dos sujeitos foi abordada de forma a preservar a identidade e garantir o sigilo dos participantes, atendendo à legislação brasileira (Brasil, 2011a, 2011b, 2011c, 2012, 2018, 2019). Foram realizados 12 convites. Um participante, por motivo não declarado, recusou participar. Ao todo, participaram 11 entrevistados. Alguns sujeitos, atuaram em algum momento, como gestores. A gestão municipal de saúde foi representada por três participantes. Os trabalhadores de saúde contabilizaram seis participantes (agente comunitário de saúde, assistente social, cirurgião-dentista, enfermeiro, médico e técnico de enfermagem), dos quais três representavam também a gestão local de UBS. E dois entrevistados eram alunos do PRMSF.

4. 5 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu entre os meses de novembro de 2024 e maio de 2025, por meio de entrevista intensiva. Esse método, como define Charmaz (2009), por se tratar de uma conversa orientada acerca de um tópico específico com um sujeito cuja experiência seja relevante no tema investigado, permite que o entrevistado conte sua história, reflita sobre os eventos anteriores e compartilhe experiências.

Como uma técnica flexível, a entrevista intensiva permite que se vá para além das experiências descritas, interrompa para explorar um determinado enunciado, solicite mais detalhes ou explicações, reformule a ideia emitida pelo participante para achar sua precisão, volte a tópicos anteriores, altere o tópico seguinte da entrevista e valide o participante, manifestando estima pela contribuição com a pesquisa. As entrevistas permitem aos sujeitos, não só o relato de sua história, mas também uma reflexão e o compartilhamento de experiências.

O contato com os atores foi realizado previamente por mensagem de texto em aplicativo de comunicação remota, e posteriormente formalizado por meio de mensagem por e-mail para repasse das orientações. As entrevistas, agendadas previamente de acordo com a disponibilidade do participante, foram conduzidas pela pesquisadora principal. A duração média foi de 50 minutos. Os participantes foram orientados a estarem em um local possivelmente calmo, que facilitasse a gravação de áudio sem interrupções, com disponibilidade para participar da entrevista dentro do tempo estimado de duração. Não houve perda de dados durante o período da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas de forma remota, através das plataformas *Google Meet* (Google) e *Microsoft Teams*® (Microsoft Corporation), gravadas no computador pelo programa *Open Broadcaster Software (OBS Studio)* e transcritas em documento de Word (Microsoft Office®). A solicitação de um dos participantes para coleta de dados de forma presencial foi atendida, haja vista a relevância da sua contribuição. Os memorandos iniciais de cada entrevista foram registrados imediatamente após o término, a fim de permitirem sucessivas comparações e a não perda das primeiras impressões (Charmaz, 2009).

A fim de se compreender as concepções dos entrevistados sobre a APS e seus atributos, e quanto à sua presença nos serviços de saúde do município, foi elaborado, pelo grupo de pesquisadores, um roteiro norteador (APÊNDICE A) com base nas informações de domínio público sobre o fenômeno analisado e no referencial teórico previamente estudado. A entrevista se dividiu em três momentos: primeiro, com questões disparadoras acerca da trajetória formativa e profissional do participante; segundo, em que se buscou o entendimento dos atores quanto as características, organização e funcionamento da APS no município, as concepções dos atributos da APS e a não orientação e não estruturação dos serviços a eles; e por fim, questões envolvendo as expectativas de reestruturação da APS em JF, assim como as

percepções dos participantes sobre a entrevista. À medida que as entrevistas e as análises dos dados foram realizadas, novas questões foram incluídas, como orientado pelo método (Strauss; Corbin, 2008; Charmaz, 2009).

4.6 Análise de dados:

Concomitantemente à coleta de dados, foram realizados os procedimentos de análise assim como a elaboração de memorandos. Após a transcrição da entrevista, foi realizado o processo de análise de forma livre e criativa, por meio da codificação. Seguiu-se o método comparativo de análise indutiva, comparando dados, códigos e categorias. Conforme orientado por Strauss e Corbin (2008), realizou-se a revisão da literatura durante o curso da pesquisa, e os pesquisadores mantiveram a “mente aberta” em relação aos dados e os seus significados. Todo o processo da análise, discussão e elaboração da síntese dos resultados envolveu a equipe de pesquisa.

A codificação, cujo objetivo é conceituar e categorizar os dados que representam o fenômeno (Strauss; Corbin, 2008), foi realizada em três etapas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. A categoria central — explica como o problema desse estudo é abordado, foi discutida e elaborada pelos pesquisadores de modo a refinar a teorização (Strauss; Corbin, 2008; Charmaz, 2009), cuja formulação foi ordenada e integrada a partir das conexões teóricas entre as categorias. Essas, por sua vez, constituem conceitos derivados dos dados, agrupados na medida que eles começam a emergir, que representam os fenômenos narrados e percebidos pelos sujeitos do estudo. As subcategorias são criadas a fim de especificar melhor uma categoria, mas não são necessariamente obrigatórias no processo de análise (Strauss; Corbin, 2008).

A codificação aberta, “por meio da qual os conceitos são identificados e suas propriedades são descobertas nos dados”, configura a primeira etapa do processo analítico (Strauss; Corbin, 2008, p.103). Para tal, utilizou-se a técnica de leitura e codificação palavra por palavra e linha a linha na identificação dos possíveis códigos iniciais, a fim de se criar um conceito emergido dos dados. A partir de aproximações e comparações entre propriedades e dimensões de cada categoria, buscou-se definir também possíveis subcategorias. Um exemplo de codificação aberta foi apresentado no Apêndice B.

Na codificação axial, relacionou-se as categorias às suas subcategorias, objetivando associá-las e agrupá-las. O modelo do paradigma foi uma ferramenta utilizada nessa etapa, auxiliando na integração da estrutura (contexto condicional do fenômeno) e do processo (sequências de ação/interação pertencentes a um fenômeno no decorrer do tempo) (Strauss; Corbin, 2008). Uma determinada categoria era considerada saturada quando não apareciam novas informações durante a codificação.

A codificação seletiva, processo que integra e refina as categorias para estabelecer um modelo analítico, define a categoria central (Strauss; Corbin, 2008). É nessa etapa que ocorre a saturação teórica, em que não há novas propriedades, dimensões ou relações entre as categorias durante a análise.

Representando o tema principal da pesquisa, a categoria central condensa todos os produtos de análise em poucas palavras (Strauss; Corbin, 2008; Charmaz, 2009). A categoria central do estudo — explicação de como o problema é abordado, foi elaborada e discutida por todos os pesquisadores do grupo de forma a refinar a teorização. A formulação do modelo teórico sobre a não orientação e não estruturação dos serviços primários aos atributos que qualificam a APS no município estudado foi ordenada e integrada a partir das conexões teóricas entre as categorias.

Durante o percurso metodológico foram redigidos memorandos que se tornaram mais abstratos conforme o avançar da pesquisa. Como registros escritos que contém produtos de análise, as direções e percepções do analista, os memorandos constituem-se ferramentas essenciais no desenvolvimento da metodologia proposta pela TFD. Quanto ao formato, eles podem ser notas de codificação, quando se referem ao processo das codificações; notas teóricas, são memorandos sensibilizadores e resumidos de ideias e considerações do analista; e notas operacionais, constituídos por lembretes e direcionamentos (Strauss; Corbin, 2008). No decorrer do estudo vários memorandos foram desenvolvidos, um exemplo está contido no Apêndice C.

A interpretação dos dados situa-se em uma estrutura conceitual baseada na visão de mundo e na linguagem do pesquisador (Charmaz, 2009), bem como na leitura constante da literatura científica acumulada sobre o tema principal e, no decorrer da codificação, das categorias e fenômenos emergidos dos dados. Quanto aos dados, evitou-se impor ideais preconcebidas a partir de conhecimentos prévios.

4.7 Considerações Éticas

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP/ UFMG) (CAAE: 81976224.3.0000.5149 / n° do parecer 7.122.842) (ANEXO A), seguindo os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução n° 466/12 (Brasil, 2012) e pela Norma Operacional n° 001/2013 (Brasil, 2013).

Os participantes foram informados sobre a gravação da entrevista, os riscos, benefícios e sobre a possibilidade de se recusar a responder qualquer questão específica. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D). As informações cedidas foram tratadas como estritamente confidenciais pelos integrantes da equipe de pesquisa e a preservação da identidade dos participantes foi garantida pela omissão de todas as informações pessoais.

5 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados no formato de artigo (Lauriano; Pordeus, 2024). A revista selecionada para submissão foi a Revista Ciência & Saúde Coletiva (Qualis CAPES: A1). As normas de submissão estão no Anexo A e o comprovante de submissão está no Anexo B.

Além disso, foi elaborado um Produto Técnico, no formato de produto de mídias de áudio *podcast (série de episódios)*, com a finalidade de fortalecer o conhecimento e a troca de experiências exitosas no SUS em relação à APS.

5.1 Artigo

Teorização dos fenômenos envolvidos na não estruturação dos serviços à luz dos atributos da Atenção Primária à Saúde

Theorization of the phenomena underlying the lack of structuring of services, based on the attributes of Primary Health Care

Teorización de los fenómenos subyacentes a la no estructuración de los servicios, desde la perspectiva de los atributos de la Atención Primaria de Salud

RESUMO

Este estudo objetivou construir teorização acerca da não organização dos serviços primários de saúde, em acordo com os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado no referencial teórico construído com base nos atributos da APS relacionados com a Política Nacional de Atenção Básica, e metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Foram realizadas 11 entrevistas intensivas com atores sociais inseridos na oferta de serviços públicos de saúde no município. A partir do processo de análise dos dados, construiu-se a teorização do estudo e obteve-se como categoria central “*Hegemonia da atenção especializada e herança do modelo biomédico como estruturantes da orientação dos serviços de saúde*”. A teorização permitiu identificar as origens do fenômeno estudado revelando, apesar de iniciativas de fortalecimento da APS, uma organização dos serviços no município fortemente influenciada pelo modelo biomédico e por heranças históricas. Os achados poderão contribuir com a transformação do modelo assistencial e a adoção de estratégias para o efetivo fortalecimento dos serviços primários em saúde no município.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Políticas de Saúde; Teoria Fundamentada.

ABSTRACT

This study aimed to develop a theorization about the lack of organization in primary health care services in the municipality of Juiz de Fora, Minas Gerais, based on primary health care (PHC) attributes. The study is qualitative and grounded in a theoretical framework based on the PHC attributes outlined in the Brazilian National Primary Care Policy. Methodologically, it is supported by grounded theory. Eleven in-depth interviews were conducted with social actors involved in providing public health services in the municipality. Through data analysis, a theoretical construct emerged, with the central category identified as follows: “The hegemony of specialized care and the legacy of the biomedical model as structuring elements in the orientation of health services.” This theorization enabled the identification of the roots of the phenomenon, revealing that, despite initiatives to strengthen PHC, the organization of services in the municipality remains heavily shaped by the biomedical model and historical legacies. These findings could inform strategies to strengthen primary healthcare services in the municipality and transform the care model.

Keywords: Primary Health Care; Health Services Research; Health Policy; Grounded Theory.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo construir una teorización sobre la no organización de los servicios básicos de salud, de acuerdo con los atributos de la Atención Primaria de Salud (APS) en el municipio de Juiz de Fora, Minas Gerais. Se trata de un estudio cualitativo basado en el marco teórico construido a partir de los atributos de la APS relacionados con la Política Nacional de Atención Primaria, y metodológico basado en la Teoría Fundamentada (GT). Se realizaron 11 entrevistas intensivas a actores sociales involucrados en la prestación de servicios de salud pública en el municipio. A partir del proceso de análisis de datos, se construyó la teorización del estudio y la categoría central fue "Hegemonía de la atención especializada y

herencia del modelo biomédico como estructurante de la orientación de los servicios de salud". La teorización permitió identificar los orígenes del fenómeno estudiado, revelando, a pesar de las iniciativas para fortalecer la APS, una organización de servicios en el municipio fuertemente influenciada por el modelo biomédico y el patrimonio histórico. Los hallazgos pueden contribuir para la transformación del modelo de atención y la adopción de estrategias para el fortalecimiento efectivo de los servicios de atención primaria de salud en el municipio.

Descriptor: Atención Primaria de Salud; Investigación sobre Servicios de Salud; Política de Salud; Teoría Fundamentada.

INTRODUÇÃO

A Declaração de Alma-Ata¹, documento síntese da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários (1978, Alma-Ata), não somente reafirmou a saúde como um direito humano fundamental, como também definiu a Atenção Primária à Saúde (APS) como sendo a estratégia de oferta de serviços de saúde. Para tal, caracteriza-se como o primeiro nível do sistema, responsável pela porta de entrada para atendimento das necessidades de saúde, pela prestação de atenção à pessoa ao longo do tempo e às principais condições de vida e pela coordenação e integração de toda a rede de atenção à saúde (RAS)². No contexto brasileiro, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi instituída como forma prioritária para expansão, consolidação e organização da APS^{3,4}.

A partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, a ESF considera o indivíduo no seu ambiente físico e social⁵, os processos de trabalho pautam-se na promoção da saúde, superando assim, o modelo assistencial biomédico hegemônico³. Desse modo, a adesão à ESF propicia diminuição das disparidades e respostas frente as necessidades de saúde da população⁶. Entretanto, na realidade dos serviços primários brasileiros, a ESF não se consolidou⁷.

Para as ações e serviços da APS, Starfield² propôs quatro atributos essenciais: acesso do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação de atenção. Além destes, Shi *et al.*⁸ propuseram outros três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Segundo as diretrizes para a organização da RAS, uma APS de qualidade estrutura-se segundo esses atributos e outras três funções essenciais: resolução, organização e responsabilização⁹.

Este estudo objetivou construir teorização acerca da não estruturação e não orientação dos serviços primários de saúde, considerando os atributos da APS, em um município brasileiro, a partir da concepção de diferentes atores sociais inseridos na oferta de serviços públicos de saúde no município. O ineditismo deste estudo reside na teorização do fenômeno supracitado, sendo a sua compreensão essencial para o desenvolvimento das políticas de saúde, uma vez que poderá contribuir significativamente para a organização da APS, em consonância com os atributos que a orientam em diferentes contextos.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo realizado por meio do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)¹⁰. A TFD tem a finalidade de gerar uma explicação teórica para um processo, uma ação ou uma interação moldada pela concepção que os sujeitos expressam nos dados coletados¹¹. Esses dados, analisados por meio de codificações, microanálises, deduções e induções propiciam a criação de um modelo que explica as condições para a existência do fenômeno social estudado¹². Essa abordagem faz-se pertinente por seu caráter exploratório, por gerar uma teoria com base na realidade estudada¹¹ e por ter foco, tanto na compreensão interpretativa dos significados quanto nas experiências dos sujeitos¹⁰. Como resultado, tem-se uma teorização de nível substantivo¹¹.

O referencial teórico foi elaborado com base na análise crítica e sistemática dos atributos da APS^{2,8}, relacionando-os à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) enquanto eixo político reorientador dos serviços de saúde⁴. A definição operacional da APS sistematizada por Starfield tem se consolidado como um referencial na formulação das políticas de APS no contexto brasileiro¹³.

A APS deve ser fonte de cuidado para a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, prestando um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação e trabalhando harmoniosamente com a RAS². Pressupõem-se uma fonte continuada de atenção, refletida em relações interpessoais de confiança mútua entre os usuários e a equipe de saúde¹³. O contexto familiar e seu potencial de cuidado devem ser considerados, assim como o reconhecimento, por meio de dados epidemiológicos e do contato com a comunidade, das necessidades em saúde da população^{2,13}. Além disso, deve haver adaptação do serviço às características culturais da população¹³.

Desse modo, um serviço de saúde planejado para atender às necessidades da população pode ser considerado como prestador de cuidados primários quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com indivíduos e comunidade, quando inclui também os atributos derivados¹³. Para Starfield², na avaliação da APS, faz-se necessário identificar se os serviços são orientados por seus atributos, uma vez que a sua presença promove melhores indicadores de saúde, maior satisfação do usuário, menores custos e maior equidade, e, conseqüentemente, têm impacto positivo na condição de saúde das populações.

Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Juiz de Fora (JF), localizado na Zona da Mata do estado de Minas Gerais (MG). A cidade possui população estimada de 565.764 habitantes¹⁴, e é polo da Macrorregião Sudeste de Saúde, polarizando 09 microrregiões e 94 municípios¹⁵. Na macro Sudeste, JF é referência na prestação de serviços de alta complexidade, no tratamento de

doenças raras, processo transexualizador, diagnóstico de fibrose cística e Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais. Para as microrregiões, o município é referência para os atendimentos de urgência e emergência e de média complexidade. Além disso, na realização de alguns procedimentos de alta complexidade, a referência de JF extrapola a macro Sudeste¹⁶.

A cobertura de serviços de APS no município em dezembro de 2023 era de 52,97%. A cobertura potencial estimada da APS (estimativa do percentual de pessoas potencialmente cobertas por equipes que atuam na APS) para fevereiro de 2025 foi de 140,07%¹⁷.

Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo são atores sociais da APS — profissionais atuantes nas unidades básicas de saúde (UBS) (agente comunitário de saúde, assistente social, cirurgião-dentista, enfermeiro, médico e técnico de enfermagem) e residentes a ela vinculados, assim como gestores, do município de JF.

Conforme orientado por Flick¹⁸, Charmaz¹¹, Moser *et al.*¹⁹, iniciou-se com uma amostragem intencional, em que foram escolhidos sujeitos, mediante deliberação do grupo de pesquisadores, capazes de fornecer informações relevantes sobre o processo de não estruturação e não orientação dos serviços primários do município aos atributos da APS. Um informante-chave indicou sujeitos que poderiam contribuir com o estudo. Os entrevistados, à medida que foram sendo contatados, indicaram novos informantes. O uso dessa técnica se justifica pelo fato de questões sensíveis, obscuras e até mesmo mascaradas estarem presentes no objeto do estudo, exigindo conhecimento de pessoas pertencentes ao grupo envolvido no contexto do fenômeno estudado¹⁸.

Na sequência, utilizou-se a amostragem teórica, a fim de se selecionar participantes que melhor contribuiriam para o desenvolvimento da teoria. Uma vez que a construção da teoria ocorre simultaneamente à coleta e à análise de dados, a amostragem teórica de novos participantes também ocorre juntamente com os conceitos teóricos emergentes¹⁹. A

caracterização dos sujeitos foi abordada de forma a preservar a identidade e garantir o sigilo dos participantes, atendendo à legislação brasileira.

Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu entre os meses de novembro de 2024 e maio de 2025, por meio de entrevista intensiva¹¹, de forma remota, através das plataformas *Google Meet* (Google®) e *Microsoft Teams* (Microsoft Corporation®). As entrevistas, agendadas previamente de acordo com a disponibilidade do participante, foram conduzidas por uma pesquisadora principal. A duração média foi de 50 minutos. A solicitação de um dos participantes para coleta de dados de forma presencial foi atendida, haja vista a relevância da sua contribuição.

As entrevistas, gravadas no computador pelo programa *Open Broadcaster Software* (OBS Studio®) e transcritas em documento de *Word* (Microsoft Office®), passaram por revisão e conferência. Os memorandos iniciais de cada entrevista foram registrados imediatamente após o término, a fim de permitirem sucessivas comparações entre os dados, a não perda das primeiras impressões e orientação para a nova coleta de dados¹¹.

A fim de se compreender as concepções dos entrevistados sobre a APS e seus atributos e quanto à sua presença nos serviços de saúde de JF, foi elaborado, pelo grupo de pesquisadores, um roteiro norteador com base nas informações de domínio público sobre o fenômeno analisado e no referencial teórico previamente estudado. A entrevista se dividiu em três momentos: primeiro, com questões disparadoras acerca da trajetória formativa e profissional do participante; segundo, em que se buscou o entendimento dos atores quanto às concepções dos atributos da APS, suas percepções quanto às características, organização e funcionamento da APS em JF, e a não orientação e não estruturação desses serviços aos atributos; e por fim, questões envolvendo as expectativas de reestruturação da APS no município, assim como as

percepções dos participantes sobre a entrevista. À medida que as entrevistas e as análises dos dados foram realizadas, novas questões foram incluídas, como orientado pelo método^{10,11}.

Análise de dados:

Após a transcrição das entrevistas, foi realizado o processo de análise de forma livre e criativa, por meio da codificação. Seguiu-se o método comparativo de análise indutiva, comparando dados, códigos e categorias. Conforme orientado por Strauss *et al.*¹⁰, realizou-se a revisão da literatura durante o curso da pesquisa, e os pesquisadores mantiveram a “mente aberta” em relação aos dados e os seus significados.

A codificação, cujo objetivo é conceituar e categorizar os dados que representam o fenômeno¹⁰, foi realizada em três etapas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. A categoria central — explica como o problema do estudo é abordado, foi discutida e elaborada pelos pesquisadores de modo a refinar a teorização^{10,11}, cuja formulação foi ordenada e integrada a partir das conexões teóricas entre as categorias.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 81976224.3.0000.5149 / n° do parecer 7.122.842), seguindo os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução n° 466/12²⁰ e pela Norma Operacional n° 001/2013²¹. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A TFD resultou como categoria central: Hegemonia da atenção especializada e herança do modelo biomédico como estruturantes da orientação dos serviços de saúde. A ela, associam-se as categorias 1) Organização dos serviços de saúde orientada pelo modelo assistencial biomédico; 2) Formação profissional não qualificada para a APS; 3) Fragilidades técnico-político-gerenciais na gestão da APS; 4) Controle social enfraquecido. A categoria central, as categorias, subcategorias e exemplos de dados brutos estão apresentados nos quadros 1-4.

Quadro 1. Categoria central, categoria *Organização dos serviços de saúde orientada pelo modelo assistencial biomédico* e subcategorias da teorização, subcategorias e exemplos de dados brutos.

Categoria Central Hegemonia da atenção especializada e herança do modelo biomédico como estruturantes da orientação dos serviços de saúde		
Categoria	Subcategorias	Exemplos de dados brutos
Organização dos serviços de saúde orientada pelo modelo assistencial biomédico	a. JF como polo da média e alta complexidade e referência da macro e microrregião de saúde	[...] dessa estrutura que a gente tem aqui na cidade que parou no tempo [...]. Uma estrutura muito forte, muito potente, daquilo que precedeu o SUS. [...] uma estrutura inampliada, muito grande e muito forte, [...] o PAM Marechal, uma estrutura de clínicas, de especialistas de dar inveja a qualquer capital (P11)
		[ser polo da macro e da microrregião] confere a Juiz de Fora um papel indispensável na integralidade do cuidado, em especial do cuidado mais complexo (P01)
		A cidade que é centro dos territórios que são polos de micro e macrorregião, são extremamente demandados pelas especialidades e pela alta complexidade (P11)
		Então, existe uma demanda grande para você fortalecer a atenção especializada [...] (P01)
	b. Financiamento insuficiente dos serviços de saúde com impacto na APS	[...] aonde vai o dinheiro? Na média e na alta complexidade. Onde fica a Atenção Básica nessa história? Não fica, porque a média e a alta complexidade estouram qualquer orçamento (P11)
		Houve uma redução da contrapartida do Tesouro Municipal para a Saúde nos últimos anos, porque [...] foi permitida a reprogramação, através da [...] promulgação da Lei Complementar 171 [...]. Criou uma crise política, [...] que naturalmente vai comprometer programas importantes, como a reestruturação da Atenção Básica (P01)
		[...] judicialização da saúde, que é outro desafio muito grande (P01)
		O gestor começa a ser pressionado pela justiça, que age tão somente com o olho na letra fria da lei, ordenando a compra de remédio de um milhão de reais, o tempo inteiro, e não há questionamento (P11)
	c. Infraestrutura insuficiente para a APS	Questão de recursos materiais é fragilidade. A própria estrutura da unidade, às vezes, é fragilidade (P03)
		Porque eu não garanti acesso naqueles territórios que não tem estrutura (P11)
		[...] pode-se ver como os problemas estruturais foram surgindo de aproveitamento de estruturas que não foram pensadas para receber profissionais de saúde, pacientes, pessoas, equipamentos (P11)
	d. Perda de janela de oportunidade para organização da APS	Juiz de Fora [...] sempre foi um município [...] retrógrado (P04)
		Um momento áureo da Atenção Primária em Juiz de Fora, foi nessa gestão do ano aí de 2010 e 2014 [Plano Diretor da Atenção Primária] (P04)
		[...] implantação do plano diretor. [...] Aliás, Juiz de Fora adotou ele muito tempo depois de outros municípios que adotaram (P04)
		O Plano Diretor da Atenção Primária foi uma estratégia adotada há alguns anos pelo estado de Minas Gerais, que na época, Juiz de Fora não aderiu. [...] como ela [cidade] demonstra, estar à margem do que o Estado vai caminhar (P11)

		Desde a implantação da expansão de turno [...] houve uma descaracterização muito grande do que era aquela proposta original lá da Saúde da Família (P04)
		E quando houve a implantação aí desse turno estendido, não acompanhou essa discussão do território. [...] houve essa expansão, [...] com uma delimitação capenga de território. Não há um conhecimento ainda desses territórios que foram incluídos (P04)

Fonte: Autores.

Quadro 2. Categoria central, categoria *Formação profissional não qualificada para a APS* e subcategorias da teorização, subcategorias e exemplos de dados brutos.

Categoria Central Hegemonia da atenção especializada e herança do modelo biomédico como estruturantes da orientação dos serviços de saúde		
Categoria	Subcategorias	Exemplos de dados brutos
Formação profissional não qualificada para a APS	a. Formação profissional orientada pelo modelo biomédico curativista	Eu acho que esbarra muito nessa questão da formação [...] prévia [...]. O que que as graduações trazem para a formação no SUS? O que que as graduações trazem para a formação na Atenção Primária em Saúde? (P02)
		A formação é para o mercado, para o privado (P11)
		A formação para o SUS. Eu acho que isso também é algo extremamente grave. Em especial nas universidades públicas. [...] não forma para o SUS. Forma para qualquer outra coisa. Para o SUS não (P11)
	b. Formação em serviço em desacordo com os princípios da Educação Permanente em Saúde	[...] a gente ainda precisa avançar no sentido de trazer mais oportunidades de formações, que tragam reflexões críticas e que [...] façam mudanças no processo de trabalho, para atender as reais necessidades da população (P02)
		[com a expansão de horário, instituiu-se] 8 horas de educação permanente, sem qualquer sistema capaz de ofertar educação permanente. Porque não é a educação permanente que você oferece (P11)

Fonte: Autores.

Quadro 3. Categoria central, categoria *Fragilidades técnico-político-gerenciais na gestão da APS* e subcategorias da teorização, subcategorias e exemplos de dados brutos.

Categoria Central Hegemonia da atenção especializada e herança do modelo biomédico como estruturantes da orientação dos serviços de saúde		
Categoria	Subcategorias	Exemplos de dados brutos
Fragilidades técnico-político-gerenciais na gestão da APS	a. Não orientação clara dos processos de trabalho das equipes	[...] não tem uma proposta de trabalho. [...] essa capacidade [de resposta] está reduzida por essa falta de organização dos processos de trabalho (P04)
		[A Atenção primária} é muito diversa [...] de processos de trabalho. [...] apesar das especificidades do território, algumas coisas poderiam seguir mais protocolos, diretrizes estabelecidas. [...] Eu acho que falta um pouco de padronização nas unidades [...] P02
		[...] porque os profissionais que estão na ponta, às vezes eles não estão inteirados dos processos de trabalho [...]. Sensação de

		<p>pertencimento, [...] é importante [para] o profissional também se sentir pertencente do processo, do qual ele está participando. Então, eu acho que, às vezes, isso falta um pouco (P05)</p> <p>[...] [os profissionais] não vão manter o recurso, o processo, se não forem eles que organizam o processo de trabalho (P11)</p>
	b. Descontinuidade das ações a cada troca de gestão	[...] isso tudo se perdeu com a troca da gestão, [...] foi uma coisa [construção, pactuação e acompanhamento de indicadores] que se perdeu, né, com a mudança da gestão (P04)
	c. Conflitos entre as decisões técnicas e a conjuntura política	Eu já atravessei várias administrações, né, nesses vinte e tantos anos aí de prefeitura, e a gente sempre vê que falta ainda, eu acho que, prevalecer um pouco do lado técnico, né? Do conhecimento técnico sobre a saúde, sobre Atenção Primária. Às vezes esse lado técnico, ele fica um pouco sufocado pelas questões políticas, né? Foi isso que eu pude observar ao longo desses anos (P04)
	d. Centralização das decisões e foco no cumprimento de metas	Porque tem essas coisas mais travadas e tudo... Mas eu acho que às vezes pode ser muito por conta disso, [...] decisões [...] muito unilaterais (P05)
		<p>A gente tem hoje uma preocupação da gestão muito forte em comunicar o que está sendo feito [...]. E aí eu vejo que, às vezes, o profissional, ele está acuado [...] tendo que cumprir esse número (P04)</p> <p>Às vezes eu vejo que tem muito uma cobrança de produtividade. Eu entendo que tem que ter, porque tem que ter uma meta ali para ser alcançada [...], mas olhar às vezes a individualidade daquela UBS, dos profissionais (P07)</p>
	e. Impacto da pandemia na organização da APS	Veio a pandemia [...] e aí rompeu essa lógica da prevenção, da promoção (P04)
		<p>Existia uma forma de trabalho antes da pandemia e depois da pandemia mudou muito (P08)</p> <p>Então, por muitas vezes, a gente, na APS, [...] apaga o fogo de Atenção Secundária. [...] a gente também tem que ter essa demanda espontânea, com certeza. Só que [a demanda espontânea] se tornou o foco da APS (P10)</p>
	f. Precarização do vínculo de trabalho	[...] muito triste ver uma grande parte da Atenção Básica ainda precarizada no município, em especial por falta de fixação de profissionais, contratos precários (P01)
		[...] a rotatividade de profissionais é muito grande [...]. Então, é até difícil para o usuário [...] se vincular, [...] se conectar com o serviço (P05)
		Às vezes, a gente tem alguns problemas, [...] processo seletivo de contratação temporária, [...] que perde um pouco desse vínculo (P07)
		[...] se você tem uma rotatividade grande de servidores, você perde esse vínculo. O vínculo, ele é criado (P09)

Fonte: Autores.

Quadro 4. Categoria central, categoria *Controle social enfraquecido* e subcategorias da teorização, subcategorias e exemplos de dados brutos.

Categoria Central		
Hegemonia da atenção especializada e herança do modelo biomédico como estruturantes da orientação dos serviços de saúde		
Categoria	Subcategorias	Exemplos de dados brutos

Controle social enfraquecido	a. A função dos conselhos locais não é compreendida pelos seus membros	[...] os conselhos não sabem bem do seu papel, [...] tem conselhos que, desde o primeiro dia, criam atrito e situação inadministrável para a equipe de Saúde da Família (P01)
	b. A participação nos conselhos não representa os interesses da população	[...] disputa política muito grande por esses cargos. [...]. E conselheiros também de saúde que só têm interesse na sua carreira política e usam esse espaço para promoção pessoal e futuro mandato político (P01)
		[...] falta, às vezes eu acho, que a representação mesmo do conselho de saúde, pessoas que representam a população (P07)
	c. Pouco envolvimento da população com o controle social	[...] nós não temos uma participação popular efetiva de fato, [...] nós não temos uma [...] participação popular vigilante (P03)
		[...] falta um pouco dessa participação ativa da sociedade (P07)
		O conselho de saúde, na sua essência, como foi fundado, ele não existe mais. E não existe mais a participação popular, o interesse popular (P08)

Fonte: Autores.

A categoria *Organização dos serviços de saúde orientada pelo modelo assistencial biomédico* faz referência à organização da prestação de serviços, que apesar das tentativas de reorientação, é fortemente influenciada por um modelo assistencial biomédico, por heranças históricas e limitações nos campos da infraestrutura e do financiamento. Foram associadas as subcategorias: a) JF como polo da média e alta complexidade e referência da macro e microrregião de saúde; b) financiamento insuficiente dos serviços de saúde com impacto na APS; c) infraestrutura insuficiente; d) perda de janela de oportunidade para organização da APS.

De acordo com os participantes, JF configurava-se como um polo de atenção especializada, cuja oferta envolve até os dias atuais muitos serviços de média e alta complexidade. Caracterizado como polo da macro e microrregião, a cidade assumiu um papel importante na oferta desses serviços, cuja demanda de fortalecimento ainda é significativa.

Nesse cenário, a média e a alta complexidade drenam recursos da APS, uma vez que seus custos são muito significativos no orçamento da saúde. Ademais, atualmente, o setor saúde no município está enfrentando uma crise financeira, uma vez que houve redução do repasse de recursos pelo Tesouro Municipal. Outro fenômeno que o município vem experimentando, com repercussão direta nessa disponibilidade, é a judicialização em saúde pelo constante ordenamento de altos valores para custeio de demandas judiciais.

Em uma proposta de reestruturação da APS, o município adotou tardiamente ao Estado de MG, o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS). Essa morosidade demonstra, segundo os entrevistados, o quanto o município não responde de forma pronta às oportunidades de avanços na reestruturação do modelo assistencial. Além disso, não houve continuidade na implantação do PDAPS. A fim de aumentar a cobertura da APS, a atual gestão promoveu a ampliação do número das equipes de saúde e a extensão do turno de funcionamento das UBS. Contudo, o território, como lugar de produção da saúde no âmbito dos serviços, não foi considerado. Essas iniciativas descaracterizaram ainda mais a ESF no município.

A categoria *Formação profissional não qualificada para a APS* diz respeito à influência exercida pelo modelo de atenção à saúde na orientação da formação profissional em saúde e como a formação em serviço no município está em desacordo com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Explicam essa categoria, as subcategorias: a) formação profissional orientada pelo modelo biomédico curativista; b) formação em serviço em desacordo com os princípios da Educação Permanente (EP).

Para os entrevistados, as Instituições de Ensino Superior (IES) deixam a desejar no que diz respeito à formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para a APS. Isso porque observa-se uma formação fortemente influenciada pela lógica de mercado, focada na cura da doença, valorização do saber especializado e em desacordo com o mando constitucional que estabelece o SUS como ordenador da formação em saúde no país. Junto a isso, os sujeitos relatam um processo de formação em serviço no município não estruturado a partir das necessidades sentidas no processo de trabalho, não propiciando a reflexão sobre os determinantes sociais da saúde nem ações que poderiam contribuir para a melhoria das condições de saúde da população.

A terceira categoria, *Fragilidades técnico-político-gerenciais na gestão da APS* aborda aspectos técnicos, políticos e gerenciais que interferem na consolidação da APS em JF.

Associam-se as subcategorias: a) não orientação clara dos processos de trabalho das equipes; b) descontinuidade das ações a cada troca de gestão; c) conflitos entre as decisões técnicas e a conjuntura política; d) centralização das decisões e foco no cumprimento de metas; e) impacto da pandemia na organização da APS; f) precarização do vínculo de trabalho.

Quanto à organização dos processos de trabalho, as entrevistas evidenciaram percepções distintas entre profissionais e gestores tendo como consequência a redução na capacidade de resposta da APS. Enquanto a gestão acredita que cabe aos profissionais a organização do seu processo de trabalho, estes declaram a ausência de normativas e diretrizes para essa organização.

A esse cenário, soma-se o fato do conhecimento e decisões técnicas serem desconsiderados em diferentes conjunturas políticas. Nesse contexto, há descontinuidade nas políticas públicas em saúde no município quando ocorre a mudança de gestão. Como consequência, os entrevistados relataram a perda paulatina dos avanços no campo da atenção à saúde. Além disso, a gestão é marcada por decisões centralizadas, focadas no cumprimento de metas na produção de unidades de serviços.

A pandemia de Covid-19, declarada em março de 2020 e que perdurou por cerca de três anos, descontinuou iniciativas pontuais de organização da demanda por cuidados primários. Após a pandemia, no contexto das estratégias de fortalecimento da APS implantadas no município — aumento do número de profissionais e expansão do turno de trabalho, o foco dos serviços continua priorizando o atendimento da demanda espontânea. Quanto ao vínculo com a comunidade, os entrevistados apontam sua fragilização como decorrente da alta rotatividade de profissionais, em função de contratações temporárias.

Controle Social enfraquecido é a categoria relacionada ao papel da sociedade no planejamento e na fiscalização das ações governamentais no âmbito do SUS. São três subcategorias associadas: a) a função dos conselhos locais não é compreendida pelos seus

membros; b) a participação nos conselhos não representa os interesses da população; c) pouco envolvimento da população com o controle social.

De acordo com os entrevistados, os membros dos Conselhos Locais de saúde (CLS) não compreendem qual o papel do controle social no desenvolvimento das políticas de saúde, assim como da contribuição dessas instâncias na organização das políticas no território. Declaram que os conselheiros se valem desses cargos para ascensão em carreiras políticas, advogando por interesses individuais. Acrescentam que não há uma participação ativa da sociedade nesses espaços por falta de envolvimento e interesse.

DISCUSSÃO

A teorização emergente permitiu a compreensão do fenômeno da não estruturação e não orientação dos serviços primários de saúde pelos atributos da APS no município de JF. A análise dos elementos trazidos sobre o fenômeno pelos sujeitos mostra uma organização dos serviços primários que se distancia dos atributos da APS, comprometendo a organização do cuidado em saúde^{2,8} e em desacordo com os princípios e diretrizes da PNAB⁴.

Municípios polos regionais na estrutura de prestação de serviços do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) passaram pela municipalização sem que houvesse mudanças no modelo de organização da produção de serviços²². JF foi polo do INAMPS, e embora adote estratégias para o fortalecimento da APS, compartilha o desafio na superação da hegemonia do modelo biomédico na atenção à saúde⁵. A manutenção desse modelo impõe-se como um obstáculo à organização e ao fortalecimento da APS, frente a forte demanda pela média e alta complexidade e a necessidade de efetivação do princípio da integralidade²³.

A hegemonia do modelo assistencial biomédico fica evidente na oferta dos serviços primários de JF em condições de infraestrutura inapropriadas, mantidas apesar da recente

iniciativa de fortalecimento da APS. Para efetivação da integralidade e da universalidade do cuidado, é imperativo o direcionamento dos investimentos necessários para a qualificação da infraestrutura. Na consolidação de um novo modelo assistencial, potencialmente capaz de romper esse paradigma biomédico, faz-se necessário superar os limites apresentados na infraestrutura²³, e considerar os princípios da APS e as necessidades de saúde da população⁵.

O município estudado, ao responder ao que lhe é demandado para a oferta de serviços de média e alta complexidade, compromete o investimento necessário ao desenvolvimento da APS. A disparidade histórica na alocação de recursos entre a APS e a média/alta complexidade foi caracterizada como decorrente do entendimento de que os serviços primários são de responsabilidade municipal, cujo investimento depende da maior ou menor exigência de recursos para o financiamento da atenção especializada. Embora existam normativas estabelecendo o cálculo de repasse dos recursos, sua devida alocação vincula-se à lógica da oferta — ainda fortemente associada ao modelo biomédico, e à capacidade instalada, concentrando-se assim em ações nem sempre compatíveis com as necessidades da comunidade. Portanto, faz-se necessário a expansão significativa do aporte de recursos financeiros federais para a APS, com a criação de um arcabouço jurídico que respalde e promova iniciativas transparentes e sustentáveis de investimento na APS nos âmbitos estadual e municipal²³.

A redução dos gastos federais na saúde, devido às medidas de austeridade fiscal ampliou a necessidade de investimento no setor, por parte dos municípios²³. Segundo os entrevistados, a Lei Complementar nº 171²⁴ — autorizou aos municípios a transposição e a transferência dos saldos constantes de seus Fundos de Saúde — gerou uma redução da contrapartida do Tesouro Municipal destinado à saúde, comprometendo a oferta de serviços na APS, haja vista a demanda de fortalecimento dos demais níveis de atenção. Embora Faria²⁵ aponte esse prejuízo como decorrente de decisões político-assistenciais equivocadas na distribuição dos recursos entre os

níveis de atenção, em JF observa-se iniciativas de qualificação da APS, segundo os entrevistados.

Nesse cenário, somam-se os efeitos significativos do fenômeno da judicialização em saúde, como relatado pelos sujeitos. As decisões judiciais ao priorizarem a alocação de recursos, desafiam a sustentabilidade financeira do SUS no país e causam impactos na estruturação e na organização do sistema de saúde. A judicialização em saúde manifesta-se como uma expressão da demanda pela efetivação da saúde como direito. Todavia, são necessárias soluções que respeitem os direitos individuais sem o comprometimento do acesso equânime aos cuidados em saúde, pela coletividade²⁶.

Os participantes do estudo identificaram uma tendência de avaliação da APS focalizada na produtividade e no cumprimento de metas, com vistas a atender aos critérios vigentes à época do Programa Previne Brasil. Para Machado²⁷, esse modelo de financiamento torna a transferência de recursos para a APS mais restrita, focalizada e seletiva; valoriza o produtivismo e compromete a integralidade e a orientação comunitária da APS. Além disso, não contempla a universalidade como princípio, ao restringir parte do financiamento à população cadastrada^{27,28}.

O subfinanciamento do SUS, presente desde a sua concepção²⁹, tem sido agravado por um desfinanciamento progressivo, materializado nas medidas de austeridade fiscais implementadas^{29,30}. Para Paim³⁰, frente à essa sabotagem do SUS, cabe à sociedade civil lutar pelos preceitos do Movimento da Reforma Sanitária e por um sistema de saúde universal, público, de qualidade e efetivo.

Propondo uma reformulação da saúde focada na APS como potência na reorganização do sistema de saúde, o PDAPS foi adotado por JF tardiamente à sua adoção em outros municípios do Estado. Esse desigual desenvolvimento nos municípios foi atribuído à “*dependência da vontade*” de políticos municipais para sua implantação³¹. Implantado em 2014 em JF, o PDAPS pretendeu enfatizar a importância da Programação Local em Saúde (PLS), enquanto dispositivo

gerencial para a readequação das práticas na APS. Propôs-se a realização da PLS, junto às equipes da APS, a partir do levantamento das necessidades locais de saúde; da identificação dos profissionais responsáveis e da capacidade instalada de atendimento; das atividades a serem desenvolvidas e dos resultados a serem alcançados³². Para os sujeitos, a implantação do PDAPS em JF propiciou a adscrição da população e o protagonismo dos profissionais da APS. Contudo, sua implementação foi descontinuada com a troca de gestão.

Essas mudanças com as trocas na gestão configuram-se como perdas nas ações desenvolvidas, evidenciando a urgência das decisões técnicas em atender ao que se estabelece nas políticas de saúde, considerando as necessidades da população. Scheffer *et al.*³³ destacaram que interesses partidários poderiam prevalecer sobre interesses públicos e coletivos no que diz respeito à saúde. Portanto, seria primordial os gestores, independente das questões políticas envolvidas, priorizarem a implementação da PNAB³⁴.

Em 2023, a gestão municipal, objetivando ampliar a cobertura da ESF dentro da APS — era de aproximadamente 53%, promoveu o aumento do número de equipes da ESF e a expansão do turno de funcionamento das UBS. A fim de viabilizar essa ampliação das equipes, houve a contratação de profissionais por tempo determinado, segundo os entrevistados, dobrando assim, o número de equipes da ESF¹⁷. A alta rotatividade de profissionais na APS, gerada por essa precarização do vínculo de trabalho, resulta na fragmentação dos processos de trabalho, do cuidado em saúde³⁵ e do vínculo com a comunidade³⁶. O vínculo, uma vez fragilizado, constitui-se barreira na efetivação da longitudinalidade do cuidado^{36,37} e da coordenação da atenção³⁶.

Segundo os sujeitos, esse aumento na cobertura da ESF, não foi suficiente para garantir o acesso de primeiro contato na APS de JF, cuja fragilidade é capaz de comprometer os demais atributos³⁸. Além disso, para os sujeitos, o princípio da territorialização⁴ — estratégia para a organização e operacionalização da APS, fundamental na efetivação dos princípios do SUS —

não foi considerado nessa ampliação. A não apropriação dos territórios do município estudado pelas equipes atuantes na APS, impacta não somente na orientação do serviço à essa comunidade/famílias, como também na sua adaptação, enquanto provedor de cuidados, às especificidades territoriais³⁶, comprometendo o poder de interação desses serviços com a comunidade¹³. Desse modo, o município reproduz um modelo de atenção fragmentado, marcado por ações descontínuas e de baixa resolutividade, dificultadoras do delineamento da APS como efetiva porta de entrada do SUS³⁹.

As iniciativas pontuais de organização dos serviços primários em JF que se aproximavam dos princípios da APS sofreram impacto significativo com a pandemia de Covid-19, segundo os entrevistados. O quadro epidemiológico e a necessidade de enfrentamento da doença exigiram modificações nos processos de trabalho da APS⁴⁰. Com isso, a APS assumiu características de um serviço de demanda espontânea, cuja lógica ainda não foi superada, evidenciando, na organização dos serviços primários, a predominância do modelo biomédico curativista^{41,42}.

Considerando as estratégias de fortalecimento da APS recentemente adotadas, os profissionais entrevistados declararam necessidade de diretrizes mais claras, vindas da gestão, para a organização dos processos de trabalho. Bonatto *et al.*⁴³ afirmam que a adoção de protocolos dentro dos serviços de saúde, objetivando a ordenação do processo de trabalho, propicia uma uniformidade de condutas e um direcionamento das ações dentro da APS.

De acordo com os entrevistados, o perfil profissional é fortemente voltado para o modelo biomédico curativista, tornando-se insuficiente para o trabalho na APS⁷. Starfield² defendeu que uma APS eficiente requer profissionais capazes de estabelecer vínculo com a comunidade e de compreender as dinâmicas sociais que afetam a saúde no território. Considerando a APS como eixo estruturante do sistema, seu fortalecimento associa-se ao compromisso das IES em

oferecerem currículos alinhados com os princípios do SUS^{4,7,44}. Nessa ótica, Nunes⁴⁵ propôs para as IES uma reformulação na formação, com base na valorização da APS.

Os sujeitos apontam um processo de EP na APS de JF insatisfatório, uma vez que não se traduz em mudanças no processo de trabalho com vistas a atender as necessidades de saúde da população. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando-se a partir da problematização dos processos de trabalho⁴⁶. Portanto, são necessárias estratégias para a qualificação de profissionais alinhadas à PNEPS, instituída como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores na saúde⁴⁷.

Quanto ao controle social do SUS, os entrevistados relataram uma falta de interesse da comunidade e seu não envolvimento com os CLS. Muitas vezes, essa participação nos CLS está pautada em interesses próprios, comprometendo a representatividade dos diferentes grupos da população e o efetivo controle social da saúde^{48,49}, propiciando que os aspectos preconizados pelas políticas de saúde não sejam alcançados⁴⁹. No reconhecimento das necessidades de saúde da população, o contato direto dos serviços com a comunidade, sua relação, planejamento e avaliação conjunta faz-se necessário¹³, uma vez que a participação social fortalece o SUS. Portanto, é evidente a necessidade do controle social na garantia do direito à saúde⁴⁹.

Como limitação do estudo, pode-se apontar a não inclusão da percepção dos usuários sobre a APS do município, haja vista o potencial dessa contribuição para a teorização. Os resultados apresentados devem ser compreendidos à luz do contexto histórico do município, expressando os processos de gestão que se desenvolveram e que ainda estão em curso.

O estudo evidenciou a necessidade de fortalecimento da APS em JF, de modo a viabilizar a efetivação dos atributos que qualificam e orientam esses serviços. Diante disso, recomenda-se a realização de novos estudos que proponham estratégias voltadas à transformação do

modelo assistencial, de forma a viabilizar a APS como modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde e como estratégia de reorganização do sistema de saúde².

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. *Declaração de Alma-Ata*, 1978 [internet]. Alma-Ata, 1978 [citado 2025 Abr 14]. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2.
2. Starfield B. *Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson, 2001.
3. Paim JP, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-97.
4. Brasil. *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. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
5. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Cien Saude Colet* 2015; 20(6):1869-78.
6. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovanella L, Malik AM, Werneck H, Fachini LA, Atun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet* 2019; 394(10195):345-56.
7. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
8. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001; 50(2):161-75.

9. Brasil. *Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
10. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
11. Charmaz K. *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. São Paulo: Artmed; 2009.
12. Santos JLG, Cunha KS, Adamy EK, Backes MTS, Leite JL, Sousa FGM. Data analysis: comparison between the different methodological perspectives of the Grounded Theory. *Rev Esc Enferm USP* 2018; 52:e03303. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018errata00103322>.
13. Brasil. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool — PCATool*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2024*. 2024 [citado 2025 Jun 15]. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2024/estimativa_dou_2024.pdf.
15. Minas Gerais. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG) revisão 2023*. 2025 [citado 2025 Jun 15]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/05/Plano-Diretor-de-Regionalizacao-Revisao-2023.pdf>.
16. Juiz de Fora. *Plano Municipal de Saúde participativo — 2022-2025*. 2022 [citado 2025 Jun 15]. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/instrumento-planejamento/arquivos/plano-municipal-de-saude-2022-2025.pdf>.

17. Ministério da Saúde. *e-Gestor Atenção Básica: Atenção Primária — relatórios públicos*. 2025 [citado 2025 Jun 14]. Disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/>.
18. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
19. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract* 2018; 24(1):9-18.
20. Brasil. *Resolução n° 466*, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012.
21. Brasil. *Norma Operacional n° 001/2013*. Dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema CEP/CONEP, e sobre os procedimentos para submissão, avaliação e acompanhamento da pesquisa e de desenvolvimento envolvendo seres humanos no Brasil, nos termos do item 5, do Capítulo XIII, da Resolução CNS n° 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2013.
22. Teixeira CF. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. *Rev Bras Enferm* 1991; 44(1).
23. Massuda A, Fernandez M, Kemper ES, Paschoalotto MAC, Tapia R. Analysis of investment policies in primary health care: historical neoinstitutionalism applied to the Brazilian health system. *RAP* [internet] 2024 [citado 2025 Jun 06]; 58(5):e2023-0391. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/9qNQ3cdv6N7GbLF7tchHyTv/?format=pdf&lang=en>
24. Minas Gerais. *Lei Complementar n° 171*, de 09/05/2023. Dispõe sobre a transposição e a transferência dos saldos constantes dos Fundos de Saúde dos municípios, provenientes de repasses da Secretaria de Estado de Saúde, e de saldos financeiros resultantes de parcerias e convênios firmados com o Estado, e dá outras providências. Belo Horizonte, MG; 2023 [citado em 2025 Jun 25]. Disponível em: https://transparencia.feluma.edu.br/wp-content/uploads/2024/09/01.0.1-Lei-Complementar-no-171-de-09_05_2023.pdf.

25. Faria RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(11):4521-30.
26. Lira RC, Macêdo JVL, Andrade CAS. Challenges and perspectives in health judicialization: considerations on the phenomenon in Brazil and Colombia. *Cad Ibero-amer Dir Sanit* 2024; 13(3).
27. Machado FG. *A transferência de recursos federais à Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo: implicações do Programa Previnê Brasil* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2022.
28. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1181-88.
29. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. The future of the SUS: impacts of neoliberal reforms on public health – austerity versus universality. *Saúde Debate* 2019; 43 (spe5).
30. Paim J. Thirty years of the Unified Health System (SUS). *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1723-1728.
31. Ferreira DC, Gomes EA, Souza ID, Campos EMS. Atenção Primária, planejamento e modelos de atenção à saúde: um enfoque sobre o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais. *Rev APS* 2013; 16(2):180-86.
32. Horta TAC. *O processo de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora – MG: contribuições sobre a programação local em saúde* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2021.
33. Scheffer M, Bahia L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. *Saúde Debate* 2013; 37:96-103.
34. Aguiar VR, Cabreira FS, Ritter F, Celeste RK. Quais aspectos influenciam a priorização da Atenção Primária à Saúde pelos gestores municipais do Rio Grande do Sul - Brasil? *Cien Saude Colet* 2023; 28(1):197-208.

35. Vilasbôas ALQ, Nedel FB, Aquino R, Batista SRR, Almeida APSC, Cury GC, Mendonça MHM, Sarti TD, Facchini LA, Giovanella L. Institucionalização da avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde no SUS: contribuições para uma agenda estratégica de pesquisa. *Saúde Debate* 2024; 48(2):e9249.
36. Will TK, Dalbello-Araújo M. Princípios da Atenção Primária à Saúde nos dias de hoje: uma revisão. *Rev Enferm Atenção Saúde* 2023; 12(2).
37. Portela, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis* 2017; 27(2):255-76.
38. Almeida PF, Santos AM. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? *Rev Saúde Pública* 2016; 50(80).
39. Araújo JP, Viera CS, Oliveira BRG, Gaiva MA, Rodrigues RM. Avaliação dos tributos essenciais da Atenção Primária à saúde da criança. *Rev Bras Enferm* 2018; 71:1447-54.
40. Comparini CTC, Freire Filho JR, Gazaffi LML. A pandemia de Covid-19 e as repercussões na Atenção Primária à Saúde. *FACEF Pesquisa* 2024; 27(2).
41. Esmeraldo GROV, Oliveira LC, Esmeraldo Filho CE, Queiroz DM. Tensão entre o modelo biomédico e a Estratégia Saúde da Família: a visão dos trabalhadores de saúde. *Rev APS* 2017; 20(1):98-106.
42. Carvalho RS, Mishima SM, Rezende KTA, Kawata LS, Peres CRFB, Alvarado OS, Chirelli MQ. Model of Care in the Family Health Strategy: care before and after the COVID-19 pandemic. *Cien Saude Colet* 2025; 30.
43. Bonatto SR, Steffani P, Lima LA, Silva RM, Machado ML, Mello AL. Protocolos de enfermagem no município de Jaraguá do Sul/SC: estratégia transformadora para atenção primária. *Enferm Foco* 2021; 12(Supl.1):147-52.
44. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Câmara dos Deputados; 1988.

45. Nunes WB. *O componente saúde e cidadania nos currículos: um estudo de caso na formação em saúde à luz do pensamento complexo e das diretrizes curriculares* [tese]. Natal: Universidade Federal de Rio Grande do Norte; 2024.
46. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* 2004; 14(1):41- 65.
47. Brasil. *Portaria n° 198/GM de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
48. Stotz EN. Educação popular e saúde e democracia no Brasil. *Interface* 2014; 18(Supl. 2):1475-85.
49. Araujo BO, Nascimento MAA, Araujo MO, Juliano IA. Atuação do controle social para a garantia do acesso à saúde como direito. *REAS* 2023; 23(7).

5.2 Produto Técnico

A translação do conhecimento, segundo CIHR (2004) consiste em um processo dinâmico e interativo que inclui a síntese, a disseminação, o intercâmbio e a aplicação ética do conhecimento para o fortalecimento dos serviços de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), ao incorporar o conceito de translação do conhecimento, ressalta o paradigma emergente por essa prática assumido, no aprendizado e no agir em prol do preenchimento das lacunas entre o conhecimento produzido e utilizado. A translação do conhecimento pode incrementar o poder da evidência científica e a liderança para informar e transformar políticas e práticas (WHO, 2006).

A internet, as plataformas e as mídias sociais têm sido utilizadas para a comunicação e a educação em saúde de forma efetiva, podendo ser utilizadas como “iniciativas pedagógicas de saúde criativas, inovadoras e ousadas, que vêm fortalecendo a interface entre comunicação, ciência e sociedade” (França; Rabello; Magnago, 2019, p. 107). Portanto, o uso das ferramentas de mídias digitais pode desempenhar um papel efetivo na articulação entre ensino-serviço gestão-comunidade e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Capaz de transmitir sons por meio da internet e podendo ter vários programas ou episódios, um conteúdo de largo alcance e acessibilidade, o *podcast* é uma mídia social que possibilita com que as informações cheguem ao público de maneira rápida e gratuita (Gomes *et al.*, 2019).

O “Podcast: Saúde Bucal no SUS”, foi desenvolvido em 2021 como produto técnico do Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública de Elisa Lopes Pinheiro, sob orientação do professor Dr. João Henrique Lara do Amaral. O produto, posteriormente, recebeu o nome de “Podcast Quem tem Boca vai ao SUS” e foi veiculado nas mídias sociais *Spotify*® e *Instagram* (Meta Platforms Inc.). Para dar sustentabilidade à proposta, o projeto de extensão “Saúde Bucal no SUS” foi criado, sob registro nº 404232 no Sistema de Informação da Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais (SIEX UFMG). O projeto tem como objetivo o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Bucal, a partir da divulgação de iniciativas no campo, compartilhando evidências científicas e reflexões sobre temas, ações e iniciativas geradas em experiências na atenção à saúde de caráter público, no ensino e na

pesquisa acadêmicas, tornando-as acessíveis a profissionais de saúde, gestores públicos da área da saúde, controle social, comunidade acadêmica e sociedade em geral.

Este produto técnico, conforme formulário de descrição (APÊNDICE E), tem como objetivo fortalecer a APS, por meio de uma série de episódios de *podcast*, compartilhando evidências científicas e reflexões sobre a política de saúde à luz dos atributos da APS, tendo como pano de fundo, o município de Juiz de Fora (JF). Propõem-se a realização de cinco episódios de *podcast*, constituindo a série intitulada “APS: panorama e perspectivas à luz dos seus atributos” a serem produzidos e veiculados no “*Podcast: Quem tem Boca vai ao SUS*”, paralelamente à agenda já estabelecida do projeto. Para tal, serão convidados atores sociais vinculados à APS de JF, a fim de relatarem suas experiências, perspectivas e reflexões acerca desses serviços. Cada programa terá uma duração média de 40 minutos, será gravado via *Google Meet*® e contará com condução da pesquisadora desde estudo, com apoio da equipe do projeto de extensão.

O primeiro episódio — *Resgate histórico da APS no município de JF, Minas Gerais (MG)* contará com a participação de um convidado com experiência em cargos na Superintendência de Assistência à Saúde e na Secretaria de Saúde de JF, cuja trajetória dentro do serviço de saúde no município é notável. Serão abordados aspectos do processo de implantação e consolidação da APS no município, e apontado o panorama desse nível de atenção, dentro da rede de atenção à saúde (RAS) do SUS.

O segundo episódio — *APS: experiências e vivências no contexto de JF*, terá como objetivo o destaque do papel da APS no município, apontando os aspectos práticos da efetivação e consolidação desse nível de atenção. Para tal, serão convidadas duas profissionais com atuação direta na oferta de serviços e com experiência nos cargos de supervisão de unidades básicas de saúde (UBS). Além disso, uma convidada acumula experiência na preceptoria do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), enquanto a outra já esteve à frente de cargos na Secretaria de Saúde e na Subsecretaria de Atenção à Saúde do município.

Para o terceiro episódio — *Formação profissional para o SUS*, propõem-se convidar uma professora vinculada à Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), com experiência na orientação de programas de pós-graduação *stricto sensu*. A

convidada abordará o referencial da APS, relacionando-o com a formação profissional para o SUS.

Para o quarto episódio — *APS como campo de formação profissional na saúde*, propõem-se uma roda de discussão a partir das experiências de profissionais com formação a partir do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no município de JF. A partir das vivências e trajetórias individuais de cada uma das convidadas, propõem-se discutir a educação permanente em saúde como política na formação de trabalhadores de saúde, e o cenário de práticas da APS, apontando os desafios da consolidação desse nível enquanto estruturante do SUS.

Como fechamento da série, o episódio final — *Limites da estruturação da APS à luz dos atributos*, tem como proposta a síntese dos resultados do presente estudo, apresentada pela pesquisadora.

De modo geral, a produção dos episódios engloba:

- 1) Planejamento e condução de oficinas de formação da equipe do projeto de extensão sobre a temática, a fim de subsidiar e orientar a organização da série de episódios, a elaboração dos roteiros, a produção dos materiais de divulgação e a condução dos programas;
- 2) Organização da série de episódios, com planejamento detalhado, definição do cronograma de elaboração e divulgação do produto;
- 3) Elaboração do conteúdo de cada programa, contato com os convidados, elaboração do roteiro e rodada de aprovação pela equipe;
- 4) Gravação do programa;
- 5) Edição do programa;
- 6) Confecção das imagens/infográficos para divulgação do programa de podcast nas mídias sociais do projeto;
- 7) Publicação do produto no *Spotify*®;
- 8) Divulgação do produto nas mídias sociais e nos programas e instituições parceiras;
- 9) Avaliação, monitoramento e interação da equipe com a comunidade ouvinte.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo exploratório se propôs teorizar acerca dos fenômenos envolvidos na não orientação e não estruturação dos serviços primários aos atributos da APS, no município de JF. Tal proposta teve como ponto de partida a pergunta “*Quais as razões dos baixos escores dos atributos da APS para os serviços primários de JF?*” Uma vez que estudos anteriores já demonstravam esse baixo desempenho, buscou-se a compreensão desses fenômenos.

Os estudos referentes às abordagens qualitativas, em específico à TFD, realizados por meio de um grupo de pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais foram essenciais para apropriação do método e condução da pesquisa (Pinheiro *et al.*, 2023). Pode-se também nesse percurso, compreender como os atributos da APS são caracterizados e abordados na bibliografia da área da saúde. No que diz respeito à coleta de dados, a receptividade e a colaboração dos atores sociais foi fundamental para o sucesso da pesquisa.

O desenvolvimento do estudo, além de revelar um cenário rico de informações e desafios, reiterou a urgência da APS para a qualificação da atenção à saúde. O alinhamento e a colaboração entre as instituições de ensino superior (IES) e os serviços de saúde para a formação profissional são fundamentais no alcance da orientação dos serviços de saúde pelos atributos da APS, assim como, junto à comunidade, são essenciais para o mais próximo alcance da resolutividade almejada para a APS.

Na reorientação do modelo assistencial, faz-se necessário uma atuação conjunta da gestão municipal com os Conselhos Locais de Saúde (CLS), redesenhando o modelo de atenção à saúde à luz dos atributos da APS e da PNAB, considerando as necessidades socioepidemiológicas e culturais da população. Também é necessário avançar para um modelo de gestão democrático e participativo.

O fortalecimento do controle social e o diálogo entre os CLS, as IES, os profissionais e a gestão são indispensáveis na defesa do SUS. Em um cenário de desmonte progressivo do sistema, torna-se imprescindível o engajamento desses atores na luta por sua consolidação. A atuação de gestores e trabalhadores no SUS configura-se como um campo de ação política fundamental para o fortalecimento do sistema, em prol da efetivação da saúde como direito constitucionalmente estabelecido.

Este estudo contribui para a área da Saúde Pública ao fornecer uma análise contextualizada da APS, à luz dos seus atributos, em JF; e ao fortalecer, por meio de uma série de *podcast*, o conhecimento e a troca de experiências exitosas no SUS em relação à APS. Espera-se, a partir dessa teorização, propiciar maior densidade na discussão acerca da APS, corroborando com os estudos já existentes; valorizar a efetividade das políticas de saúde; apontar potencialidades e embasar mudanças na oferta de serviços de saúde no município analisado.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, V. R. Quais aspectos influenciam a priorização da Atenção Primária à Saúde pelos gestores municipais do Rio Grande do Sul - Brasil? **Cien Saude Colet**, v. 28, n. 1, p. 197-208, 2023.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, 2018.
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. 80, 2016.
- AMORIM, S. M.; LEITE, I. C. G. Avaliação da integralidade e do acesso de primeiro contato em saúde bucal na Atenção Primária, sob a perspectiva de cirurgiões-dentistas. **HU Rev**, v. 49, 2023.
- ARAÚJO, J. P. Avaliação dos tributos essenciais da Atenção Primária à saúde da criança. **Rev Bras Enferm**, v. 71, p. 1447-54, 2018.
- ARAÚJO, B. O. *et al.* Atuação do controle social para a garantia do acesso à saúde como direito. **REAS**, v. 23, n. 7, 2023.
- BONATTO, S. R. *et al.* Protocolos de enfermagem no município de Jaraguá do Sul/SC: estratégia transformadora para atenção primária. **Enferm Foco**, v. 12, n. supl1, p. 147-52, 2021.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1988. Disponível em: [https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-norma-atualizada-pl.pdf](https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-norma-1988-5-outubro-1988-322142-norma-atualizada-pl.pdf). Acesso em: 29 ago. 2023.
- _____. **Lei nº 12.527**, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em 14 Jun 2025.
- _____. **Lei nº 13.005**, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação — PNE e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2014. Disponível em: <https://pne.mec.gov.br/18-planos-subnacionais-de-educacao/543-plano-nacional-de-educacao-lei-n-13-005-2014>. Acesso em 10 nov. 2023.
- _____. **Lei nº 13.709**, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (Redação dada pela Lei nº 13.853, de 2019). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acesso em 14 Jun 2025.

_____. **Lei nº 13.853**, de 8 de julho de 2019. Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados; e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2019-2022/2019/Lei/L13853.htm. Acesso em 14 Jun 2024.

_____. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool - PCATool**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em 14 abr. 2023.

_____. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Pcatool_2020.pdf. Acesso em 14 abr. 2023.

_____. **Norma Operacional nº 001/2013**. Dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema CEP/CONEP, e sobre os procedimentos para submissão, avaliação e acompanhamento da pesquisa e de desenvolvimento envolvendo seres humanos no Brasil, nos termos do item 5, do Capítulo XIII, da Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/sobre-o-conselho/camaras-tecnicas-e-comissoes/conep/cep/documentos-orientadores/legislacao/norma-operacional-cns-no-001-2013/view>. Acesso em 05 Jun 2024.

_____. **Portaria nº 198/GM** de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. **Portaria nº 2.201**, de 14 de setembro de 2011. Estabelece as Diretrizes Nacionais para Biorrepositório e Biobanco de Material Biológico Humano com Finalidade de Pesquisa. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2201_14_09_2011.html. Acesso em 14 Jun 2024.

_____. **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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=22/09/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=120>. Acesso em: 29 ago. 2023.

_____. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 10 nov. 2023.

_____. **Resolução nº 441**, de 12 de maio de 2011. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde 2011c. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 17 abr. 2023.

_____. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf>. Acesso em 14 Jun 2024.

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH. **More about knowledge translation at CIHR: knowledge translation definition**. 2014. Disponível em: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39033.html>. Acesso em 10 Jun 2025.

CARVALHO, R. S. *et al.* Model of Care in the Family Health Strategy: care before and after the COVID-19 pandemic. **Cien Saude Colet**, v. 30, 2025.

CASTRO, M. C.; *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-56, 2019.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. São Paulo: Artmed; 2009.

COMPARINI, C. T. C.; FREIRE FILHO, J. R.; GAZAFFI LML. A pandemia de Covid-19 e as repercussões na Atenção Primária à Saúde. **FACEF Pesquisa**, v. 27, n. 2, 2024.

CORAL, E.; OGLIARI, A.; ABREU, A. F. **Gestão integrada da inovação: estratégia, organização e desenvolvimento de produtos**. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

COSTA, A. P. B.; GUERRA, M. R.; LEITE, I. C. G. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 17, n. 44, 2022.

COURA, A. S.; *et al.* Avaliação qualitativa da Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva de idosos. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 22, n. 4, p. 285-301, 2019.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

- ESMERALDO, G. R. O. V. *et al.* Tensão entre o modelo biomédico e a Estratégia Saúde da Família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Rev APS**, v. 20, n. 1, p. 98-106, 2017.
- FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 25, n. 11, p. 4521-30, 2020.
- FERREIRA, D. C. Atenção Primária, planejamento e modelos de atenção à saúde: um enfoque sobre o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais. **Rev APS**, v. 16, n. 2, p. 180-86, 2013.
- FERTONANI, H. P; *et al.* The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 6, p. 1869-78, 2015.
- FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- FRANÇA, T.; RABELLO, E. T.; MAGNAGO, C. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. **Saúde Debate**, v. 43, n. especial 1, p. 106-115, 2019.
- GIOVANELLA, L.; *et al.* (org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.
- GIOVANELLA, L.; *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde Debate**, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.
- GOMES, R. M. C.M. *et al.* **Café com saúde: podcast como ferramenta de ensino nos cursos de saúde**. IV Congresso sobre Tecnologia na Educação, Recife, Pernambuco, Brasil, 28 a 30 ago. 2019.
- HORTA, T. A. C. **O processo de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora – MG: contribuições sobre a programação local em saúde**. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.
- HORTA, T. A. C.; *et al.* (orgs). **A estratégia de implantação do Plano Diretor de Atenção Primária de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Prefeitura de Juiz de Fora, 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2024**. 2024. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2024/estimativa_dou_2024.pdf. Acesso em 15 jun. 2025.
- JUIZ DE FORA. **Plano Municipal de Saúde participativo — 2022-2025**. 2022. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/instrumento-planejamento/arquivos/plano-municipal-de-saude-2022-2025.pdf>. Acesso em 15 Jun 2025.

LAURIANO, V. F. J.; PORDEUS, I. A. **Guia de normalização de trabalhos acadêmicos para a Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG** [recurso eletrônico] 3ª ed. Belo Horizonte: FAO UFMG, 2024.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**, v. 20, n. 4, p. 867-74, 2011.

LIRA, R. C.; MACÊDO, J. V. L.; ANDRADE, C. A. S. Challenges and perspectives in health judicialization: considerations on the phenomenon in Brazil and Colombia. **Cad Ibero-amer Dir Sanit**, v. 13, n. 3, 2024.

MACHADO, F. G. **A transferência de recursos federais à Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo**: implicações do Programa Previne Brasil. 2022. 111f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Cien Saude Colet**, v. 25, n. 4, p. 1181-88, 2020.

MASSUDA, A. *et al.* Analysis of investment policies in primary health care: historical neoinstitutionalism applied to the Brazilian health system. **RAP**, v. 58, n. 5, p. e2023-0391, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/9qNQ3cdv6N7GbLF7tchHyTv/?format=pdf&lang=en>. Acessado em 20 jun. 2025.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2012.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. The future of the SUS: impacts of neoliberal reforms on public health – austerity versus universality. **Saúde Debate**, v. 43, n. spe5, 2019.

MINAS GERAIS. **Lei Complementar nº 171**, de 09/05/2023. Dispõe sobre a transposição e a transferência dos saldos constantes dos Fundos de Saúde dos municípios, provenientes de repasses da Secretaria de Estado de Saúde, e de saldos financeiros resultantes de parcerias e convênios firmados com o Estado, e dá outras providências. Belo Horizonte, MG, Disponível em: https://transparencia.feluma.edu.br/wp-content/uploads/2024/09/01.0.1-Lei-Complementar-no-171-de-09_05_2023.pdf. Acesso em 25 jun. 2025.

MINAS GERAIS. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG) Revisão 2023**. 2025. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/05/Plano-Diretor-de-Regionalizacao-Revisao-2023.pdf>. Acesso em 15 Jun 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **e-Gestor Atenção Básica**: Atenção Primária — relatórios públicos. 2025 [citado 2025 Jun 14]. Disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/>.

MOSER, A.; KORSTJENS, I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. **Eur J Gen Pract**, v. 24, n. 1, 2018.

NUNES, W. B. O componente saúde e cidadania nos currículos: um estudo de caso na formação em saúde à luz do pensamento complexo e das diretrizes curriculares. 2024. 88f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Rio Grande do Norte, Natal, 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**: Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 1978. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2. Acesso em: 14 abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS — Contribuições para o debate. Brasília: OPAS, 2011.

PAIM, J. Thirty years of the Unified Health System (SUS). **Cien Saúde Colet**, v. 23, n. 6, p. 1723-28, 2018.

PAIM, J. P.; *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, 2011.

PINHEIRO, E. L.; *et al.* Teorização sobre os limites à inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família. **Cien Saude Colet**, v. 28, n. 4, p. 1139-1150, 2023.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, v. 27, n. 2, p. 255-76, 2017.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Data analysis: comparison between the different methodological perspectives of the Grounded Theory. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, 2018.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. **Saúde Debate**, v. 37, p. 96-103, 2013.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J Fam Pract**, v. 50, n. 2, p. 161-75, 2001.

STARFIELD, B. **Atención Primaria**: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.

STOTZ, E. N. Educação popular e saúde e democracia no Brasil. **Interface**, v. 18, n. supl 2, p. 1475-85, 2014.

STRAUSS, A. CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

TEIXEIRA, C. F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Rev Bras Enferm**, v. 44, n. 1, 1991.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VEPERINO, R. G.; GOMES, P. M.; LEITE, I. C. G. Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde, quanto aos serviços odontológicos, de uma unidade de saúde que abriga residência multiprofissional em Saúde da Família, no município de Juiz de Fora - Minas Gerais. **Rev APS**, v. 20, n. 4, p. 539-550, 2017.

VILASBÔAS, A. L. Q. *et al.* Institucionalização da avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde no SUS: contribuições para uma agenda estratégica de pesquisa. **Saúde Debate**, v. 48, n. 2, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Bridging the "Know-Do" Gap: Meeting on Knowledge Translation in Global Health**. Geneva: WHO, 2006.

WILL, T. K. DALBELLO-ARAÚJO, M. Princípios da Atenção Primária à Saúde nos dias de hoje: uma revisão. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 12, n. 2, 2023.

APÊNDICE A — Roteiro norteador

Primeiro Momento
<p>1. Conte um pouco da sua trajetória de vida, formação, quais locais percorreu...?</p> <p>2. Como aconteceu a sua inserção _____ (no cargo, no campo político/comissionado, no concurso público, na residência)?</p> <p>3. Há quanto tempo você está no serviço/cargo/residência?</p>
Segundo Momento
<p>4. Como você descreve a saúde pública do município?</p> <p style="padding-left: 20px;">a. Quais as razões...?</p> <p>5. Quais ações (principais — gestor) você acha que se destacam na saúde pública no município?</p> <p>6. Como você descreve a Atenção Primária à Saúde no município de Juiz de Fora?</p> <p style="padding-left: 20px;">a. Quais as razões...?</p> <p style="padding-left: 20px;">b. Há diferenças entre as unidades que prestam serviços de Atenção Primária? Quais as razões...?</p> <p>7. Quais as ações que a Atenção Primária à Saúde desenvolve?</p> <p style="padding-left: 20px;">a. Essas ações são comuns a todas as unidades?</p> <p style="padding-left: 20px;">b. Quais as razões dessas diferenças?</p>
<p>8. Tendo em vista essas ações, você acredita que todas as necessidades de saúde da população são atendidas dentro da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora?</p> <p><i>(Há diferença entre uma unidade e outra? Há diferenças entre as necessidades mais ou menos complexas? Que tipo de doença/agravo a pessoa tem atenção integral ou não?)</i></p>
<p>9. Como você percebe o acesso ao serviço de saúde em Juiz de Fora?</p> <p style="padding-left: 20px;">a. E <i>(especificamente)</i> na Atenção Primária?</p> <p style="padding-left: 20px;">b. Quais as razões?</p>
<p>10. Em que medida a organização do serviço de APS no município permite o estabelecimento de relações <i>(duradouras)</i> interpessoais e de confiança entre as equipes e a população?</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Por quê? Como?</p> <p><i>(rotatividade de profissionais, população flutuante...)</i></p>
<p>11. Como você percebe a abordagem do contexto familiar nas ações/processo de cuidado da Atenção Primária à Saúde?</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Pode dar algum exemplo?</p>

12. Em que medida a Atenção Primária alcança o acompanhamento e orienta o cuidado em saúde da população em Juiz de Fora?

- Como as informações de saúde do usuário são registradas na Atenção Primária à Saúde?
- Essas informações são de fácil acesso aos profissionais? O que você pensa sobre isso?
- Como a infraestrutura interfere nesse processo? / A infraestrutura é suficiente?

13. Como você percebe o uso de dados para o planejamento e a avaliação dos serviços?

14. Existe planejamento das ações na APS? Como ocorre?

- Utiliza dados de saúde da população? Quais?
- É realizada avaliação das ações?
- Em que medida a população participa nesse processo?

15. Como você percebe os contextos territoriais onde se insere a Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora?

- Em que medida (os diferentes) contextos de território orientam a organização do serviço?
- ou** Tendo em vista esse contexto “homogêneo” você percebe diferentes formas de organização/ações da APS nesses contextos?

16. A partir de tudo o que conversamos sobre a Atenção Primária no município, quais fragilidades você consegue identificar?

- Quais as razões que podem ser atribuídas?

17. Por outro lado, o que você pode elencar como potencialidades na Atenção Primária do município?

- Quais as razões que podem ser atribuídas?

18. Tendo em vista essas potencialidades, quais as suas expectativas quanto ao futuro da Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora?

Terceiro momento

19. Além disso, há algo mais que você queira dizer que possa contribuir para essa pesquisa?

20. Durante essa nossa conversa, há alguma coisa que você tenha pensado sobre os temas abordados e que não havia pensado antes? Algo que você parou para refletir?

21. Diante de tudo o que foi falado e conversado, há algo que você gostaria de me perguntar?

APÊNDICE B — Exemplo de codificação aberta

Falas significativas (microanálise e conceituação)	Codificação palavra-palavra	Codificação linha-linha	Codificação aberta (categorias iniciais)
<p>“[...] e a gente sempre vê que falta ainda, eu acho que, prevalecer um pouco do lado técnico, né? Do conhecimento técnico sobre a saúde, sobre Atenção Primária. Às vezes esse lado técnico, ele fica um pouco sufocado pelas questões políticas, né?”</p>	<p>Falta prevalecer</p> <p>Conhecimento técnico</p> <p>Saúde/ Atenção Primária</p> <p>Sufocado</p> <p>Questões políticas</p>	<p>O conhecimento técnico sobre saúde e sobre a Atenção Primária que deveria prevalecer, é sufocado por questões políticas.</p>	<p>Interferências políticas na aplicação de conhecimento técnico (uso de indicadores, de informação epidemiológica) na atenção à saúde (8)</p> <p>Questões políticas (politicagem) (9)</p>
<p>“[...]a gente tinha um secretário de saúde e um subsecretário, que era muito conhecedor da realidade da Atenção Primária, né? E conseguiu fazer um diagnóstico muito bom do que estava acontecendo naquele momento, com as unidades de Juiz de Fora, com a realidade da Atenção Primária de Juiz de Fora, e já partiu para uma proposta de trabalho, que era a implantação do plano diretor. [...] Aliás, Juiz de Fora adotou ele muito tempo depois de outros municípios que adotaram ele, né?”</p>	<p>Realidade da Atenção Primária</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Implantação do Plano Diretor</p> <p>Muito tempo depois</p>	<p>A partir do diagnóstico da realidade da Atenção Primária de Juiz de Fora propôs-se a implantação do Plano Diretor.</p> <p>Implantação tardia do Plano Diretor em Juiz de Fora (2011-2014). O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais foi proposto em 2008.</p>	<p>Implantação do Plano Diretor a partir do diagnóstico situacional de Juiz de Fora (30)</p> <p>Implantação tardia do Plano Diretor em Juiz de Fora (31)</p> <p>Município lento na organização da saúde (29)</p>
<p>“[...] o que a gente está vivendo hoje, é a realidade, é um bater de cabeça sem fim. Desde a implantação da expansão de turno, né, a gente sentiu, assim, pelo menos o pessoal mais antigo que eu conversei e a minha percepção, né, que houve uma descaracterização muito grande do que era aquela proposta original lá da Saúde da Família, né?”</p>	<p>Expansão de turno</p> <p>Descaracterização</p> <p>Proposta original</p> <p>Saúde da Família</p>	<p>Desde a expansão de turno houve descaracterização da proposta original da Saúde da Família.</p>	<p>Descaracterização da Saúde da Família depois da expansão de turno (36)</p>

APÊNDICE C — Exemplo de memorando

Memorando geral sobre APS *versus* especializada (aspectos gerais), 20/05/2025

Existe uma discrepância de desenvolvimento entre APS e os demais níveis, desde o início de implantação de serviços primários → modelo assistencial, financiamento, decisões, organização...

A cidade é polo da macro e microrregião, sendo referência na atenção especializada, com forte demanda para esse fortalecimento.

Herança inampsiana (P01 traz características do processo histórico da saúde em JF — IAPs, INPS, INAMPS — e a herança por esse processo deixada reflete na estrutura de atenção especializada; P11 aponta traços da herança inampsiana na forma como JF organiza sua saúde e a superestrutura de clínicas especializadas).

***O modelo que orienta a lógica de organização não preconiza a APS! APS não se estabelece efetivamente como porta de entrada do SUS → fere os demais atributos.**

As decisões político-gerenciais parecem ter muito peso na organização dos serviços de JF (P04 traz que Juiz de Fora é lenta quanto aos avanços, retrógrada e na contramão, quando comparado a outros municípios. Isso para organização da saúde, implementação de estratégias... P11 aponta que Juiz de Fora é um município que caminha à margem do caminhar do Estado, é lento quanto à organização da Saúde.)

AAPS não assume seu papel (P07 “Upalização da UBS” — não se entende o papel da Atenção Primária) (P4 fala da Atenção Primária assumindo característica de serviço de demanda espontânea).

APÊNDICE D — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Consentimento para participação em projeto de pesquisa

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa **“Teorização dos fenômenos envolvidos na não estruturação dos serviços primários em saúde, considerando os atributos da Atenção Primária”**. Neste estudo pretendemos investigar, a partir da perspectiva de agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, gestores, médicos, técnicos de enfermagem e residentes, as razões da não estruturação e não orientação dos serviços primários de saúde do município de Juiz de Fora.

Caso concorde em colaborar com esta pesquisa, o Sr. (a) participará de uma entrevista, que será gravada tanto por áudio quanto por imagem pela pesquisadora de forma individual, de acordo com a disponibilidade de ambos. A entrevista terá duração média de 40 minutos. Serão respeitados o local e o horário compatíveis com as rotinas, tanto do senhor (a) quanto da pesquisadora. A entrevista, na medida do possível, será feita em local tranquilo e neutro, que não cause constrangimento. Seguiremos um roteiro norteador, o qual abordará três eixos fundamentais: informações individuais, sua trajetória profissional e o processo da não estruturações dos serviços. A fim de garantir ao senhor (a) preservação do anonimato e da imagem, o roteiro da entrevista não será identificado por nome, para que se preserve a confidencialidade dos dados. A identificação será feita por um código numérico definido na ordem da realização das entrevistas — codificação dos participantes.

Após a entrevista, os dados obtidos serão analisados e um relatório, com a discussão e as considerações finais do estudo, estará disponível para sua consulta quando o estudo for finalizado. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação e não terá sua imagem e áudio divulgados em publicações científicas e também não receberá retribuição financeira ou outro benefício direto pela participação na pesquisa. Não haverá também benefício financeiro ou qualquer outro benefício direto para outros membros da comunidade.

Este estudo, além de propiciar o conhecimento e a compreensão acerca dos fenômenos envolvidos na não estruturação da APS, poderá apontar potencialidades que podem fomentar mudanças no município.

Os riscos inerentes a essa pesquisa serão mínimos, sendo eles a possibilidade de ocorrer invasão de privacidade, constrangimento, divulgação de dados confidenciais e tomada de tempo para resposta à entrevista. Contudo, estes serão minimizados por meio da codificação dos participantes, mantendo assim o sigilo dos participantes; do respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos de cada participante; da atenção cautelosa quanto ao tempo de realização da entrevista.

Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr. (a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar e a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, ou ainda, poderá retirar o consentimento, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pela pesquisadora, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os dados coletados na pesquisa, incluindo as filmagens e gravações, ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os arquivos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares; Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011; Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 e Lei nº 13.853, de 08 de julho de 2019), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa **“Teorização dos fenômenos envolvidos na não estruturação dos serviços primários em saúde, considerando os atributos da Atenção Primária”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Para participação neste estudo, eu autorizo a gravação e a utilização da minha imagem para fins acadêmicos, sem identificação e/ou qualquer publicação da mesma. Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pela pesquisadora, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Nome completo do participante Data

Assinatura do participante

Nome da pesquisadora responsável Data

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: (31) 3409-4592.

Horário de atendimento: das 9h às 11h e das 14h às 16h.

Em caso de dúvidas e para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, você poderá consultar os pesquisadores responsáveis:

Sara Machado de Amorim
End.: Rua São Geraldo 33, Centro.
CEP: 36110-000 — Chácara — MG
Contato: (32) 984211730
E-mail: saramachado.ufjf@gmail.com

João Henrique Lara do Amaral
End.: Rua Califórnia 900, apto 403, Sion.
CEP 30315-500 – Belo Horizonte – MG
Contato: (31) 9957-2306
E-mail: jhamaral1@gmail.com

APÊNDICE E — Formulário de descrição de produto técnico

TÍTULO:	Série de episódios de programa de podcast <i>Atenção Primária à Saúde: panorama e perspectivas à luz dos seus atributos</i>	
ANO:	2025	
AUTORES:	Elisa Lopes Pinheiro João Henrique Lara do Amaral Sara Machado de Amorim Viviane Elisângela Gomes	
INSTITUIÇÕES PROMOTORAS:	Universidade Federal de Minas Gerais	
LOCAL:	Universidade Federal de Minas Gerais	
CIDADE:	Belo Horizonte	
DIVULGAÇÃO:	<input type="checkbox"/> filme <input type="checkbox"/> hipertexto <input type="checkbox"/> impresso <input checked="" type="checkbox"/> meio digital <input type="checkbox"/> meio magnético (ex.: cd-room) <input type="checkbox"/> vários <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> não se aplica a este PTT	
QUALIS TECNOLÓGICO:	Produto:	Produto de Comunicação
	Subtipo:	Série de episódios de programa de podcast
	Estrato:	T2
FINALIDADE <i>(limite do texto: até 255 caracteres com espaço):</i>	Fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) por meio de uma série de episódios de podcast, compartilhando evidências científicas e reflexões sobre a política de saúde à luz dos atributos da APS, tendo como pano de fundo, o município de Juiz de Fora (MG).	
IMPACTO – nível:	<input type="checkbox"/> alto <input checked="" type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> baixo	
IMPACTO – demanda:	<input checked="" type="checkbox"/> espontânea <input type="checkbox"/> por concorrência <input type="checkbox"/> contratada	
IMPACTO – objetivo da pesquisa que originou o PTT:	<input type="checkbox"/> experimental <input checked="" type="checkbox"/> solução de um problema previamente identificado <input type="checkbox"/> sem um foco de aplicação inicialmente definido	
IMPACTO – área impactada pela produção:	<input checked="" type="checkbox"/> saúde <input checked="" type="checkbox"/> educação <input checked="" type="checkbox"/> ensino <input type="checkbox"/> econômico	
IMPACTO – tipo:	<input checked="" type="checkbox"/> potencial <input type="checkbox"/> real	

DESCRIÇÃO DO TIPO DE IMPACTO <i>(limite do texto: até 255 caracteres com espaço):</i>	Sensibilização dos diferentes atores quanto à APS, sua orientação e estruturação e conseqüentemente, fomento a mudanças no arranjo dos serviços primários.
REPLICABILIDADE:	<input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
ABRANGÊNCIA TERRITORIAL:	<input type="checkbox"/> local <input type="checkbox"/> regional <input checked="" type="checkbox"/> nacional <input type="checkbox"/> internacional
COMPLEXIDADE:	<input type="checkbox"/> alta <input checked="" type="checkbox"/> média <input type="checkbox"/> baixa
INOVAÇÃO:	<input type="checkbox"/> alto teor inovativo <input checked="" type="checkbox"/> médio teor inovativo <input type="checkbox"/> baixo teor inovativo <input type="checkbox"/> sem inovação aparente
SETOR DA SOCIEDADE BENEFICIADO PELO IMPACTO:	<input checked="" type="checkbox"/> saúde humana e serviços sociais <input checked="" type="checkbox"/> atividades profissionais, científicas e técnicas <input checked="" type="checkbox"/> educação
HOUVE FOMENTO?	<input type="checkbox"/> financiamento <input type="checkbox"/> cooperação <input checked="" type="checkbox"/> não houve
HÁ REGISTRO/DEPÓSITO DE PROPRIEDADE INTELECTUAL?	<input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não
ESTÁGIO DA TECNOLOGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> piloto/protótipo <input type="checkbox"/> em teste <input type="checkbox"/> finalizado/implantado
HÁ TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA/CONHECIMENTO?	<input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
PTT (URL):	Ainda não disponível

ANEXO A — Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Teorização dos fenômenos envolvidos na não estruturação dos serviços primários em saúde, considerando os atributos da Atenção Primária

Pesquisador: João Henrique Lara do Amaral

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81976224.3.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.122.842

Apresentação do Projeto:

Trata-se de reposta às pendências apresentadas no parecer do projeto de pesquisa "Teorização dos fenômenos envolvidos na não estruturação dos serviços primários em saúde, considerando os atributos da Atenção Primária". Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa fundamentado teoricamente nos princípios da APS, e metodologicamente na Teoria Fundamentada em Dados. Para tal, propõe-se a realização de entrevista semiestruturada aos atores sociais da APS e profissionais atuantes nas

UBS (agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem), estagiários e residentes a ela vinculados, assim como gestores; do município de Juiz de Fora, Minas Gerais.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer e compreender as diferentes concepções dos atores sociais, acerca dos serviços primários no município de Juiz de Fora.

Identificar os fenômenos envolvidos na não estruturação e não orientação dos serviços para os atributos da APS.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2ª. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 7.122.842

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterados em relação à versão inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- 1) O pesquisador informa que a coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada com os seguintes profissionais atuantes nas UBS (agentes comunitários de saúde, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem), estagiários e residentes a ela vinculados, assim como gestores; do município de Juiz de Fora, Minas Gerais.
- 2) O pesquisador informa a secretaria de saúde/prefeitura de Juiz de Fora como coparticipante;
- 3) Projeto do programa de mestrado profissional em Odontologia em Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da UFMG;
- 4) A pesquisa não possui financiamento;
- 5) A pesquisa terá como desfecho primário a Teorização dos fenômenos envolvidos na não estruturação e não orientação dos serviços primários de saúde da APS do município de Juiz de Fora e como Desfecho Secundário: Perfil dos profissionais atuantes na APS do município de Juiz de Fora e suas concepções acerca desses serviços;
- 7) O estudo não é multicêntrico, não haverá uso de fontes secundárias de dados e tem previsão de iniciar em junho de 2024 e finalizar até julho de 2025.
- 8) Segundo parecer da câmara departamental, o projeto possui relevância social atende os preceitos éticos.
- 9) O pesquisador apresenta cronograma ajustado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de rosto preenchida e assinada.
- 2) Aprovação da Câmara Departamental da pós-graduação em odontologia - Faculdade de Odontologia da UFMG.
- 4) Projeto completo;
- 5) TCLE como carta convite, resguardando a confidencialidade dos dados, o anonimato, o direito à recusa, e

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 8627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 7.122.842

desistir do projeto a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Foi informado sobre a metodologia, o objetivo e o armazenamento de 05 anos dos dados, salvaguardando a sua consulta.

Recomendações:

Todas as sugestões feitas pelo CEP foram acatadas pelo pesquisador.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2375038.pdf	03/09/2024 22:43:49		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	03/09/2024 13:24:42	SARA MACHADO DE AMORIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	03/09/2024 13:23:00	SARA MACHADO DE AMORIM	Aceito
Outros	Carta_resposta_as_pendencias.pdf	02/09/2024 15:31:22	SARA MACHADO DE AMORIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Plano_de_Projeto_modificado.pdf	02/09/2024 15:29:03	SARA MACHADO DE AMORIM	Aceito
Cronograma	Cronograma_modificado.pdf	02/09/2024 15:28:14	SARA MACHADO DE AMORIM	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	18/07/2024 21:07:18	SARA MACHADO DE AMORIM	Aceito
Declaração de Instituição e	Declaracao_de_Concordancia_e_Infraestrutura.pdf	18/07/2024 21:06:42	SARA MACHADO DE AMORIM	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 8627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 7.122.842

Infraestrutura	Declaracao_de_Concordancia_e_Infraestrutura.pdf	18/07/2024 21:06:42	SARA MACHADO DE AMORIM	Aceito
----------------	---	------------------------	---------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 04 de Outubro de 2024

Assinado por:
Corinne Davis Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B — Normas de submissão da Revista



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares, de acordo com as diretrizes internacionais para a área da ciência.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler em download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista *Ciência & Saúde Coletiva* aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *DOI* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.



A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma **taxa de submissão** de **R\$ 100,00** (cem reais) **para artigos nacionais** e **US\$ 25,00** (vinte e cinco dólares) **para artigos internacionais**. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Para pagamento da taxa de submissão, acesse o site da Revista (<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/>). Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. **Não é cobrada taxa de publicação**. Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer *Minor Revision* (Pequena revisão) ou *Major Revision* (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão.

Recomendações para a submissão de artigos

Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões



de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista, todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", Vancouver, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. **Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta. Consultem os exemplos no final das Normas.**

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os artigos temáticos são selecionados da seguinte forma: por chamada pública, convite ou por coletânea de artigos já aprovados.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista em fluxo contínuo. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (*running head*) quando fizer a submissão. Os autores da resenha devem incluir no



início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg. Não é necessário resumo, abstract e resumen.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Não é necessário resumo, abstract e resumen.

Observação: Em artigos temáticos, temas livres, revisão e opinião, o limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract/resumen com no máximo 1400 caracteres com espaço cada (incluindo a palavra - "resumo"/"abstract"/"resumen" até a última "palavra-chave"/"keyword"/"palabra clave").

O total de ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são até cinco por artigo e são contabilizados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os artigos obrigatoriamente deverão ter título e resumo em português, inglês e espanhol. Os textos em português devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em inglês e em espanhol. Os textos em espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em inglês. Os textos em inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em espanhol. Os textos em francês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em inglês. **Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.**

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .docx) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os



princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os **Título, Resumo, Introdução, Métodos, Resultados e Discussão**, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem conter numeração progressiva e sim recursos gráficos como caixa alta, recuo na margem ou outros.

9. O título deve ter curto: 120 caracteres com espaço. O resumo/abstract/resumen, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave) e precisa explicitar **o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica, os resultados e as conclusões**. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave/keywords/palabras-clave. É fundamental ter clareza e objetividade na redação do resumo, pois assim o fazendo, o autor contribuirá para o interesse do leitor. Já clareza dos descritores contribuirá para a múltipla indexação do artigo.

As palavras-chave em português, inglês e espanhol devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. É obrigatória a inclusão do *Open Researcher and Contributor ID* (ORCID) no momento de submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é válido que apenas um autor tenha o registro no ORCID. Mas quando o artigo for aprovado para publicação no SciELO, **todos os autores** devem ter o registro no ORCID. Para se registrar no ORCID, entre no site (<https://orcid.org/>) e para inserir o ORCID no ScholarOne (plataforma de submissão), acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e atualize seu cadastro.

11. Em caso de usar inteligência artificial nos seus manuscritos, o autor deve mencionar esse fato, obrigatoriamente, dizendo ao final do campo dedicado à metodologia, em que etapa do artigo ela foi empregada.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.



2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Para artigos com mais autores que fazem parte de um grupo de pesquisa ou em outros casos excepcionais, é necessária autorização dos editores.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito, exceto no arquivo "Title page" (Página de título).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Nas edições da revista que forem impressas, todo esse material será na cor preta e cores cinza para diferenciações.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE



CINZA ou coloridos. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. As ilustrações coloridas só serão publicadas na versão online. Quando houver impressão da Revista, as ilustrações serão todas em TONS DE CINZA sem exceção. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende à Portaria N^o 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Exemplo: Minayo *et al.*³



2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" ¹¹ (p.38).

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.



Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal



Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 jan-mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 mar-abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.



ANEXO C — Comprovante de submissão do artigo

 Ciência & Saúde Coletiva

 Home

 Author

 Review

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID CSC-2025-1222

Title Teorização dos fenômenos envolvidos na não estruturação dos serviços à luz dos atributos da Atenção Primária à Saúde

Authors Amorim, Sara
Pinheiro, Elisa
Guerra, Thaíssa
FERREIRA, Raquel Conceição
Gomes, Viviane
Amaral, João Henrique

Date Submitted 29-Jun-2025

[Author Dashboard](#)