

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

HELENA DE MESQUITA SOUZA LARA

**O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÁREAS DE
VULNERABILIDADE ELEVADA**

BELO HORIZONTE

2020

HELENA DE MESQUITA SOUZA LARA

**O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÁREAS DE
VULNERABILIDADE ELEVADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marília Alves

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Doane Martins da Silva

BELO HORIZONTE

2020

L318t Lara, Helena de Mesquita Souza.
O trabalho da equipe de Saúde da Família em áreas de vulnerabilidade elevada [manuscrito]. / Helena de Mesquita Souza Lara. -- Belo Horizonte: 2020.
91f.: il.
Orientador (a): Marília Alves.
Coorientador (a): Doane Martins da Silva.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Vulnerabilidade Social. 3. Equipe de Assistência ao Paciente. 4. Saúde da Família. 5. Dissertação Acadêmica. I. Alves, Marília. II. Silva, Doane Martins da. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: W 84.6

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ATA DE NÚMERO 639 (SEISCENTOS E TRINTA E NOVE) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA HELENA DE MESQUITA SOUZA LARA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 3 (três) dias do mês de julho de dois mil e vinte, às 14:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da dissertação "O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÁREAS DE VULNERABILIDADE ELEVADA", da aluna *Helena de Mesquita Souza Lara*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Marília Alves (orientadora), Doane Martins da Silva (coorientadora), Meiriele Tavares Araújo e Denise Barbosa de Castro Friedrich, sob a presidência da primeira. Aberto a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVADA.

() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, *Andréia Nogueira Delfino*, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 03 de julho de 2020.

Profª Drª. Marília Alves
Orientadora (Esc. Enf. UFMG)

Profª. Drª. Doane Martins da Silva
(EEUFMG/Coorientadora)

Profª. Dra. Meiriele Tavares Araújo
(EEUFMG)

Profª. Drª. Denise Barbosa de Castro Friedrich
(UFJF)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPD
Em 03/08/2020

Dedico este trabalho aos meus pais, Eduardo e Beth, por sempre acreditarem em mim.

A Daniel pelo amor, apoio, paciência, cuidado e compreensão durante esta jornada.

Aos meus sobrinhos, Bernardo e Davi, por colorirem os meus dias.

AGRADECIMENTOS

Foi um longo caminho até aqui... Talvez o desafio mais difícil que eu tenha encarado até hoje, mas vendo o resultado final me sinto realizada e alegre por ter seguido em frente e concretizado este sonho.

Agradeço, primeiramente, a Deus pela saúde e força, por me iluminar e não me deixar desistir mesmo diante de tantas dificuldades.

Aos meus pais, que abriram mão de tantas coisas ao longo da vida para que eu e meus irmãos pudéssemos ter acesso à educação de qualidade. Esta realização só foi possível graças a vocês. Obrigada por torcerem e vibrarem com cada sonho e conquista alcançada, sempre acreditando que eu seria capaz e não me deixando desanimar.

Aos meus irmãos, Bárbara e Luiz Henrique, pelo apoio e amizade, mesmo nos momentos de dificuldade.

Ao meu amor, Daniel, pelo companheirismo, paciência, ajuda e amor durante todos esses anos.

Aos meus sobrinhos, Bernardo e Davi, que tanto alegam minha vida e me fazem querer ser uma pessoa melhor a cada dia. Vocês me inspiram, meus amores!

À minha querida titia, minha segunda mãe, que sempre esteve ao meu lado. Amiga para todas as horas, que sempre torceu pelo meu sucesso e mais do que apoiar, cuidou tanto de mim para que eu não desistisse no meio do caminho.

A Ana Luiza, minha prima-irmã, pela enorme ajuda nesta jornada.

Aos meus amigos pela paciência e compreensão diante das minhas ausências.

Às minhas orientadoras, Marília e Doane, por acreditarem em mim e me apoiarem quando tanto precisei. Obrigada, primeiramente, por me darem a oportunidade de realizar esta pesquisa e, principalmente, pelo incentivo, carinho e apoio. Não foi um caminho fácil, mas vocês sempre pacientes e cuidadosas me ajudaram a chegar até aqui.

Aos entrevistados que me mostraram que ainda há esperança de um mundo melhor. A dedicação e o carinho ao realizar o trabalho fazem a diferença na vida de cada um dos cidadãos que passam por vocês. Minha admiração e agradecimento por, muitas vezes, fazerem além do que parece ser possível. A reinvenção de vocês nesses espaços, tenho certeza, salva muitas vidas!

A cada um contribuiu de alguma forma para que eu alcançasse este objetivo: sem vocês esta caminhada seria muito mais difícil. Obrigada por fazerem parte desta jornada e embarcarem comigo neste sonho!

RESUMO

Na Estratégia Saúde da Família, o trabalho das equipes deve considerar as necessidades dos usuários em seus territórios e possibilitar a superação de iniquidades e desigualdades de acesso à saúde em áreas de vulnerabilidade elevada. Este estudo teve como objetivo geral compreender o trabalho de equipes de Saúde da Família que atuam em áreas de vulnerabilidade elevada e, como objetivos específicos identificar atividades realizadas no território pelos profissionais de equipes de Saúde da Família em áreas de vulnerabilidade e fatores que interferem no trabalho de equipes de Saúde da Família em áreas de vulnerabilidade. Trata-se de um estudo de caso único, de abordagem qualitativa. Participaram do estudo 24 profissionais de equipes de Saúde da Família, distribuídos em três Centros de Saúde da Regional Norte, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e 3 informantes-chave, sendo 2 gerentes de unidade e 1 assistente social, totalizando 27 entrevistados. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado e observação direta, no período de setembro a dezembro de 2019. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática e as observações realizadas enriqueceram o processo de análise dos dados. Organizaram-se três categorias de análise: “Atividades das equipes de saúde da família e as demandas da população em territórios vulneráveis”; “Os equipamentos públicos em territórios vulneráveis”; e “O trabalho de profissionais de saúde em áreas de vulnerabilidade elevada: facilitadores e dificultadores”. A primeira categoria descreve atividades realizadas pelos profissionais das equipes de saúde da família, englobando aquelas assistenciais individuais, coletivas e administrativas, considerando as demandas apresentadas pela comunidade de áreas vulneráveis. A segunda categoria aborda a existência de equipamentos públicos nesses territórios, revelando que há fragilidades na articulação entre esses equipamentos. A terceira categoria trata dos fatores que influenciam no cotidiano de trabalho dos profissionais, como o acesso aos serviços de saúde, o vínculo entre profissionais e usuários e o trabalho em equipe, a demora para o agendamento das consultas especializadas, a localização geográfica das unidades e o dimensionamento insuficiente de trabalhadores. Conclui-se que o cotidiano de trabalho de equipes de Saúde da Família que atuam em áreas de vulnerabilidade elevada é direcionado pelo contexto em que essas equipes se inserem, sendo, portanto, indispensável que sejam consideradas as especificidades dos usuários em seus territórios no planejamento das ações a serem realizadas conjuntamente com os demais equipamentos públicos intersetoriais. Este estudo permitiu identificar lacunas existentes tanto no campo da saúde como de outras políticas públicas, oferecendo subsídios para se pensar a necessidade de expansão do acesso a essas políticas a fim de melhorar a qualidade de vida da população nesses territórios.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Vulnerabilidade Social. Equipe de Saúde.

ABSTRACT

In Family Healthcare Strategy, the work of teams must consider the needs of users in their territories rendering it possible to overcome inequities and inequalities in access to healthcare in areas of high vulnerability. The main objective of this study was to understand the Family Health teams work in high vulnerability areas and as secondary goals to identify the activities carried out in those territories by the professionals of family health teams in vulnerable areas and identify the intervening factors in the work of family health teams in vulnerable areas. This is a single case study, with a qualitative approach. Twenty-four professionals from Family Health teams participated in the study, distributed in three Health Centers in the North region, in Belo Horizonte, Minas Gerais, among physicians, nurses, nursing technicians and community healthcare agents and three key informants, 02 unit managers and 01 social worker, totaling 27 interviewees. Data were collected by means of semi-structured script interviews and direct observation, from September to December 2019. The interviews were submitted to thematic content analysis and the direct observations enriched the data analysis process. Three categories of analysis were defined: "Activities of the Family Health teams and the demands of the population in vulnerable territories"; "Public facilities in vulnerable territories" and "The work of healthcare professionals in areas of high vulnerability: facilitators and hinderers". The first category describes the activities of the Family Health teams including individual and collective assistance and administrative activities, based on the demands presented by vulnerable area communities. The second category addresses the availability of public services in these territories, revealing that there are weaknesses in the articulation between these facilities. The third category deals with key factors influencing the professionals daily work, such as access to healthcare services, the effective creation of bonds between users and caregivers and community, the delay in scheduling specialized consultations, unfavorable geographical location of healthcare units and the inadequate staff dimensioning. It is concluded that the daily work of Family Health teams in areas of high vulnerability is driven by the context in which these teams are inserted, therefore, it is essential to take in account the specificities of users in their territories when planning conjoint actions with other intersectoral public facilities. This study made it possible to identify existent gaps in healthcare and other public policies, offering subsidies to rethink the need to expand access to these policies in order to improve quality of life of the population in these territories.

Keywords: Primary health care. Social vulnerability. Patient Care Team.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
CC	Centro de Convivência
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEP/SMSA-BH	Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAMI	Centro de Referência em Saúde Mental Infantil
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP/UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializados em Assistência Social
CS	Centro de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
eCR	Equipe de Consultório de Rua
EMEF	Escolas Municipais de Ensino Fundamental
EMEI	Escolas Municipais de Educação Infantil
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IVS	Índice de Vulnerabilidade da Saúde
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
NO	Nota de Observação

ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PBF	Programa Bolsa Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PSR	População em Situação de Rua
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RME	Rede Municipal de Educação
SCRM	Sistema de Classificação de Risco de Manchester
SMED	Secretaria Municipal de Educação
SMEL	Secretaria Municipal de Esporte e Lazer
SMSA/BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Determinantes sociais – modelo de Dahlgren e Whitehead	199
---	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição regional dos Centros de Saúde de Belo Horizonte com população cadastrada exclusivamente no elevado e muito elevado risco	222
Quadro 2 - Participantes do estudo por unidade de saúde	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3 MÉTODO.....	21
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	21
3.2 LOCAL DO ESTUDO	21
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	23
3.4 COLETA DE DADOS	25
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	27
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
4.1 ATIVIDADES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS DEMANDAS DA POPULAÇÃO EM TERRITÓRIOS VULNERÁVEIS.....	28
4.2 OS EQUIPAMENTOS PÚBLICOS EM TERRITÓRIOS VULNERÁVEIS	41
4.3 O TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS DE VULNERABILIDADE ELEVADA: FACILITADORES E DIFICULTADORES.....	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO	80
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	81
ANEXO A – PARECER COEP/UFMG	82
ANEXO B – PARECER COEP/SMSA BH	87

1 INTRODUÇÃO

O trabalho dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) é dinâmico, variado e imprevisível. A escassez de serviços nos territórios de maior vulnerabilidade exige dos profissionais, que atuam nesses cenários, ações além daquelas preconizadas em protocolos e que visem atender às demandas e necessidades apresentadas pelos usuários, não só as de saúde.

A equipe de Saúde da Família (eSF) se insere nesse contexto prestando cuidado a indivíduos e comunidades e articulando ações com os demais serviços no território. Diante do cenário de vulnerabilidade, esses profissionais são reconhecidos como aqueles que identificam as necessidades apresentadas pelos usuários e articulam a rede intra e intersetorial, visto que, muitas vezes, somente existe nesses territórios o serviço de saúde. Assim, este estudo tem como objeto o trabalho de profissionais da eSF em áreas de vulnerabilidade.

A identificação e diferenciação entre necessidades e demandas dos sujeitos pelos profissionais são os primeiros passos para a execução do trabalho e fundamentais para assertividade das ações (CARVALHO *et al.*, 2012). Isso porque as demandas nem sempre correspondem às necessidades e os profissionais necessitam conhecer estas para oferecer uma assistência focada na real necessidade apresentada pelo usuário.

As demandas caracterizam-se como as necessidades individuais percebidas por cada usuário. No entanto, é necessário considerar a subjetividade das demandas a fim de identificar os reais motivos de busca dos serviços de saúde, lembrando que os mesmos são individuais e possuem componentes socioculturais e familiares. A partir dessa identificação e diferenciação, o trabalho é executado (SANTOS; PENNA, 2013).

O trabalho, seguindo a lógica marxista, consiste na transformação de uma matéria em um produto e, para que esse processo ocorra, é imprescindível que o trabalhador entre em contato com a matéria. É uma interação entre o homem e a natureza com o objetivo de transformá-la. O homem, na medida em que transforma a matéria, também se transforma, a partir da experiência vivenciada, criando um produto (CARVALHO *et al.*, 2012).

Na área de saúde, o trabalho não tem como finalidade a entrega de um produto, mas a entrega de resultado por meio da oferta de cuidado e oportunidade de construção de respostas positivas à saúde dos usuários. É necessário considerar o caráter subjetivo do trabalho, uma vez que o mesmo ocorre a partir da interação entre profissionais e usuários e que, à medida em que ele é construído coletivamente por ambos, é também consumido. A dinamicidade e a

imprevisibilidade decorrentes dos encontros influenciam diretamente no modo como o trabalho é desenvolvido (MERHY, 1999; FRANCO, 2015).

A APS atua na lógica da oferta de ações individuais e coletivas que são executadas por equipes multiprofissionais para uma população definida a partir da lógica do território (BRASIL, 2017). Entende-se como território o espaço geograficamente delimitado sobre o qual as equipes atuam a fim de produzir saúde por meio de ações de vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2012c; JUSTO *et al.*, 2017; BRASIL, 2017). A partir do conhecimento do território é possível planejar ações que estejam em consonância com as necessidades da comunidade considerando a oferta do espaço.

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelece a revisão de diretrizes para a organização da APS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e determina acesso integral e gratuito a todas as pessoas, de acordo com suas demandas e necessidades, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

A PNAB tem na Saúde da Família a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. O objetivo dessa política é oferecer uma assistência pautada nas necessidades da população, identificação favorecida quando há uma relação de vínculo estabelecida entre comunidade e equipe, propiciando uma assistência resolutiva (BRASIL, 2017; KESSLER *et al.*, 2018; MATUMOTO *et al.*, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) segue os princípios e diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como garantia de acesso, longitudinalidade, territorialização, integralidade e coordenação do cuidado. Tem como objetivo reorganizar a assistência prestada no nível primário, além de ampliar e qualificar as ações desenvolvidas nesses espaços, uma vez que a APS é considerada a porta de entrada na rede de saúde (KESSLER *et al.*, 2018; BRASIL, 2017).

No contexto da RAS, a APS possui como um dos seus pilares a resolutividade e, por isso, deve ser capaz de resolver 85% dos problemas que a população apresenta. Aliando-se aos outros níveis de atenção à saúde, com maior densidade tecnológica, ocorre a ampliação dessa capacidade, considerando os problemas mais complexos, o que favorece o alcance do cuidado integral (COSTA *et al.*, 2014; OLIVEIRA, 2016; BRASIL, 2012b).

A ESF organiza-se em equipes com composição mínima formada por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), auxiliares ou técnicos em enfermagem, enfermeiros e médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família. A equipe pode também ser acrescida pelo

profissional cirurgião dentista, técnico de saúde bucal e agente de combate às endemias (ACE) (BRASIL, 2017).

As atividades desenvolvidas e a organização dos serviços onde as eSF atuam devem ser estabelecidas a fim de garantir o acesso, vínculo e continuidade do cuidado. Para que o trabalho seja desenvolvido nesses locais, é preciso que as equipes conheçam seu território de atuação a fim de identificar as características e especificidades inerentes a ele (BELO HORIZONTE, 2016b; BRASIL, 2017; EGRY, 2018).

Territórios se constituem como o *locus* do cuidado e correspondem a áreas definidas onde ocorrem a identificação de riscos e vulnerabilidades e o mapeamento de recursos da comunidade que podem auxiliar na superação destas (BELO HORIZONTE, 2016b).

A territorialização é uma das diretrizes do SUS e da RAS e, a partir dela, é possível planejar e propor ações na rede intra e intersetorial, em um território específico, considerando sua diversidade (SANTOS; RIGOTTO, 2011). Na lógica da territorialização, a PNAB estabelece que as eSF devem se responsabilizar por uma população entre 2.000 e 3.500 pessoas, sendo que a existência de vulnerabilidades e riscos no território pode influenciar nesse quantitativo, reforçando o princípio da equidade (BRASIL, 2017). Vale ressaltar que o contexto socioeconômico ao qual a população está sujeita, bem como a oferta de serviços existentes nos territórios, influencia diretamente os determinantes de saúde e condições de adoecimento dessa população (BANDEEN-ROCHE *et al.*, 2015; TOMASI *et al.*, 2015).

A vulnerabilidade é complexa e multicausal, consistindo na maior chance de determinados indivíduos desenvolverem doenças como resultado de problemas existentes nas esferas política, econômica, cultural e social (MARIOSIA; CAMILO, 2018; AYRES; PAIVA; FRANÇA JUNIOR, 2011).

As pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade possuem demandas e necessidades singulares, pois vivem em ambientes suscetíveis a fatores que podem levar ao adoecimento, além de vivenciarem situações de desigualdade e injustiça (FRIEDRICH *et al.*, 2019; CARMO; GUIZARDI, 2018).

A exposição a situações de risco que levam ao adoecimento tem relação direta com os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Riscos se relacionam com a possibilidade que os sujeitos possuem de sofrer danos e estão relacionados aos contextos sociais e ambientais como produtores de saúde e adoecimento (DIMENSTEIN; CIRILO NETO, 2020).

Os DSS envolvem tanto fatores individuais, como idade e sexo, quanto o estilo de vida, relações estabelecidas com outras pessoas e o ambiente e o acesso a outras políticas, como educação, cultura, lazer, meio ambiente, geração de renda e saúde (OMS, 2011).

A atuação das eSF ocorre de forma interdisciplinar, estimulando ações intersetoriais e a participação da comunidade na construção das ações, visando à integralidade da assistência e melhores condições de saúde para a população. Esse objetivo propicia um impacto nos DSS, além de fortalecer a autonomia e capacidade de autocuidado dos sujeitos (SILVA; TAVARES, 2016; KLEBA *et al.*, 2016).

Reconhecer que o acesso à água, esgoto, educação, transporte, moradia e renda influencia no processo saúde-doença, possibilita a proposição de ações que possam modificar essas condições, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população, uma vez que esta é multifatorial e engloba fatores não somente médico-assistenciais, mas também ambientais (NEVES-SILVA; HELLER, 2016; MARIOSIA; CAMILO, 2018).

A identificação de especificidades apresentadas por usuários que residem nas áreas de elevado e muito elevado risco permite a elaboração de plano de cuidados amplo, considerando a interferência das questões sociais em sua saúde (FRUTOSO *et al.*, 2015; FARIA; ARAÚJO, 2010). Isso depende, em grande parte, da sensibilidade dos profissionais da eSF e sua capacidade operacional, considerando os múltiplos e diferentes aspectos a serem contemplados do ponto de vista coletivo e individual (FROSI; TESSER, 2015; CECÍLIO; REIS, 2018).

Assim, tendo em vista a necessidade de constante planejamento, atuação e avaliação de ações, sobretudo em territórios de elevada vulnerabilidade, e pensando em como os contrastes existentes nos territórios influenciam no acesso aos serviços de saúde (FRUTOSO, *et al.*, 2015; OMS, 2011), é necessário conhecer a atuação das eSF nessas áreas.

A partir do exposto, emergiram os seguintes questionamentos: como ocorre o trabalho de equipes de Saúde da Família em áreas de vulnerabilidade elevada? Que atividades são realizadas no território pelos profissionais de equipes de Saúde da Família em áreas de vulnerabilidade? Que fatores interferem no trabalho das equipes de Saúde da Família em áreas de vulnerabilidade?

A partir desses questionamentos, elencou-se como objetivo geral do estudo: compreender o trabalho de equipes de Saúde da Família que atuam em áreas de vulnerabilidade elevada. Como objetivos específicos: identificar atividades realizadas no território pelos profissionais de equipes de Saúde da Família em áreas de vulnerabilidade e identificar fatores que interferem no trabalho de equipes de Saúde da Família em áreas de vulnerabilidade.

Acredita-se que o reconhecimento de especificidades que permeiam o trabalho da eSF nesses territórios, de forma contextualizada, possibilitará a discussão acerca da atuação desses

profissionais, buscando subsídios para melhoria da qualidade assistencial a partir da articulação com outros setores. Além disso, considera-se que os resultados deste estudo contribuirão para a reflexão de profissionais e gestores acerca da organização dos processos de trabalho nessas unidades, viabilizando o fortalecimento da ESF. Ao mesmo tempo, ajudarão para a produção científica sobre o tema.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O trabalho na saúde é realizado de forma coletiva e influenciado diretamente pela subjetividade eminente dos encontros entre profissionais, usuários e gestores, bem como as relações estabelecidas e as experiências vivenciadas. A partir dos encontros é possível identificar as demandas e necessidades, as potencialidades e fragilidades relacionadas ao cuidado em saúde, produto do trabalho (BADUY *et al.*, 2017; FRANCO, 2015).

Uma das características do trabalho em saúde é que, durante a produção do cuidado, observa-se que o mesmo já é consumido. Além disso, sabe-se que o contexto socioambiental deve ser considerado durante a elaboração do plano de cuidados para que o objetivo do trabalho seja alcançado (MERHY; FEUERWERKER, 2009; BADUY *et al.*, 2017).

A APS é a responsável pela produção de cuidado a partir da lógica territorial e, desta forma, possui papel protagonista na reestruturação e fortalecimento da política de saúde pública por meio da promoção do acesso universal, que favorece a proteção social e tem por objetivo dar respostas às necessidades da população (CECÍLIO; REIS, 2018; BRASIL, 2017).

A atuação da eSF em território delimitado e com população definida facilita o acesso da comunidade ao serviço e promove o cuidado na perspectiva integral por considerar o território onde vive (CECÍLIO; REIS, 2018). O conhecimento do território é fundamental para que sejam planejadas ações que impactem na vida dos usuários. É preciso que a avaliação do território seja constante a fim de identificar se o que está sendo proposto pelo serviço está atendendo às necessidades da população (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A eSF tem como foco os cuidados com as famílias e comunidade, considerando o grau de risco que apresentam, respeitando o princípio da equidade (MERCÊS; SILVA; OLIVEIRA, 2018). A equidade visa reduzir as diferenças entre os grupos sociais por meio do investimento maior em áreas e populações que têm mais necessidades, possibilitando a incorporação de políticas visando à integralidade e universalização da assistência (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

As desigualdades econômicas no Brasil se configuram como um desafio para reduzir as iniquidades na saúde, que possuem relação direta com as condições sociais às quais as populações estão submetidas. Por esse motivo, intervir sobre os DSS é fundamental para uma sociedade inclusiva, equitativa e saudável (OMS, 2011; TOMASI *et al.*, 2015).

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) adotou o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead para estudar os DSS, conforme Figura 1 (VIANA, 2015; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Figura 1 - Determinantes sociais – modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: VIANA (2015).

O modelo proposto por Dahlgren e Whitehead considera os fatores pessoais, como idade, sexo, hereditariedade e estilo de vida, assim como pontua aspectos relacionados ao meio em que os sujeitos estão inseridos como determinantes para a condição de saúde deles.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) reforçam o conceito e ponderam ainda sobre a importância da integração entre as diversas políticas. Fazem parte da Agenda 2030 o documento da Organização das Nações Unidas (ONU) implementado no ano de 2015, que tem por objetivo a erradicação da pobreza no mundo. Para isso, os países que fazem parte dessa organização atuam de forma colaborativa a fim de executar os objetivos da agenda. No documento, constam 17 objetivos e 169 metas que devem ser implementadas de forma integrada para que o objetivo supracitado seja alcançado (ONU, 2015).

Nesse contexto, a ESF, centrada no território e nas necessidades de saúde de famílias e comunidades, deve trabalhar na perspectiva de promover práticas intersetoriais que considerem os DSS. A identificação de fatores de risco à saúde na dinâmica que compõe o território em que vive a população adscrita é essencial para que sejam planejadas ações articuladas de proteção, promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e redução de vulnerabilidades, intervindo sobre os DSS.

O território é um espaço dinâmico e varia de acordo com a disponibilização dos serviços existentes. O acesso ou não a estes leva a resultados de saúde diferentes nas populações, conferindo aos mesmos a característica de vulnerabilidade (MALTA; COSTA; MAGRINI, 2017; SANTOS, 2018; JUSTO *et al.*, 2017).

Vulnerabilidade é um conceito em constante construção que visa responder à complexidade do processo saúde-doença-cuidado da comunidade e possui três componentes: individuais, relacionados ao acesso a informações; sociais, operacionalização das informações; e programático, forma como serviços e políticas se organizam para responder às necessidades e problemas apresentados pela população (DIMENSTEIN; CIRILO NETO, 2020).

Os grupos vulneráveis sofrem segregação socioespacial e normalmente residem em áreas desfavorecidas, com pouco ou nenhum acesso a políticas básicas, o que influencia diretamente nas relações estabelecidas com o meio externo e também com outras pessoas (MALTA; COSTA; MAGRINI, 2017).

Diversos são os riscos aos quais a população pode estar sujeita nesses territórios, por exemplo, ausência de água potável, saneamento básico, coleta de lixo, habitações irregulares, ausência de emprego, escolas, equipamentos de saúde e assistência social, emprego (SANTOS, 2018).

A APS, por estar inserida nos territórios onde residem os usuários, como os de grupos vulneráveis, é o ponto preferencial da RAS, na qual são identificadas as necessidades dos mesmos e desenvolvidas ações de diagnóstico, tratamento, prevenção e promoção de saúde (FARIAS *et al.*, 2015; MOREIRA *et al.*, 2017).

Contudo, embora a APS responda a muitas questões apresentadas pelos usuários por meio do cuidado longitudinal e integral, ainda persiste no SUS o desafio da superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde a fim de oferecer aos usuários o acesso aos diferentes serviços, de forma a atender às suas necessidades (CECÍLIO; REIS, 2018).

Nesse sentido, a RAS se insere como uma estratégia com potencial para romper essa fragmentação, uma vez que é composta por diversos serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas, articulados entre si, que possuem objetivos comuns e desenvolvem ações cooperativas para a prestação da atenção contínua para a população, considerando a integralidade do cuidado, tendo a APS como coordenadora do cuidado e o centro de comunicação na RAS (BRASIL, 2010; MOREIRA *et al.*, 2017).

As equipes da ESF como tática de reorientação e organização da RAS devem desenvolver suas práticas em concordância com as demandas e necessidades dos seus territórios, propondo ações que possibilitem a superação de iniquidades e desigualdades de acesso à saúde de segmentos sociais em áreas de vulnerabilidade.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso único, com abordagem qualitativa, que visa estudar o trabalho dos profissionais da equipe de Saúde da Família que atuam em áreas de vulnerabilidade elevada. A opção por essa abordagem se deu pelo fato desta aprofundar-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas, enfatizando as vivências, a experiência e a cotidianidade da realidade por meio dos sujeitos nele implicados (MINAYO, 2014).

Para Minayo (2014), os estudos qualitativos possibilitam analisar o conteúdo a partir do significado e intencionalidade expressos na linguagem utilizada pelo entrevistado.

Durante a realização do trabalho, a eSF atua diretamente com os usuários, e essa atuação é repleta de subjetividades, inerentes aos sujeitos, e o cotidiano influencia diretamente na forma como as ações serão executadas nesses espaços, justificando a realização da abordagem qualitativa neste estudo.

O estudo de caso considera a investigação do fenômeno em seu contexto real, quando “[...] os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2015, p. 6). Assim, a estratégia de pesquisa se mostra adequada para elucidar o trabalho dos profissionais da APS em áreas de vulnerabilidade elevada porque permite um olhar singular sobre o objeto estudado em uma realidade multidimensional (YIN, 2015).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em três Centros de Saúde (CS) do município de Belo Horizonte de elevado e muito elevado risco da Regional Norte, a saber: Centro de Saúde CS Felicidade II, CS MG-20 e CS Novo Aarão Reis. Atualmente, a cidade possui 152 centros de saúde distribuídos nas nove regionais. A escolha do cenário se deu a partir da definição das unidades onde somente existem usuários cadastrados como residentes em áreas de elevado e muito elevado risco, mediante análise de informações dos CS do município e do documento Índice de Vulnerabilidade da Saúde (BELO HORIZONTE, 2013).

A prefeitura municipal de Belo Horizonte reeditou em 2013 uma ferramenta chamada Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) que estratifica indicadores socioeconômicos e ambientais, como renda, educação e saneamento básico, que influenciam na situação de saúde

e doença da população. A partir do cálculo desses indicadores, o território é classificado como baixo, médio, elevado ou muito elevado risco (BELO HORIZONTE, 2013).

Indicadores são ferramentas que possibilitam avaliar as condições de vida da comunidade e monitorar as políticas públicas. No ano de 1990, a ONU apresentou o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), indicador que avalia três dimensões relacionadas ao desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. Embora seja importante, o IDH não engloba todos os fatores e deixa a dimensão da vulnerabilidade de fora (MALTA; COSTA; MAGRINI, 2017).

Conforme consta no documento IVS, a maior parte dos domicílios e população de Belo Horizonte está localizada em áreas de médio (38,9%) e baixo risco (37,5%) (BELO HORIZONTE, 2013). Embora a menor parte dos territórios seja classificada como elevado risco (17,3%) e muito elevado risco (6,3%), esses cenários se tornam importantes, pois a organização e disponibilidade de serviços nesses territórios são diferentes dos demais, demandando dos profissionais empenho diferenciado para atender às necessidades e demandas da comunidade, considerando o impacto das variáveis socioeconômicas sobre o processo saúde-doença da população. Nesse recorte, das 152 unidades existentes em Belo Horizonte, foram identificadas 11 com esse perfil, apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição regional dos Centros de Saúde de Belo Horizonte com população cadastrada exclusivamente no elevado e muito elevado risco

REGIONAL	NÚMERO UNIDADES
Barreiro	1
Centro-Sul	2
Leste	2
Nordeste	3
Norte	3
Total	11

Fonte: Elaborado pela autora com base em documento oficial da PBH, 2013.

Para definição das unidades de realização da pesquisa, utilizou-se o documento Índice de Vulnerabilidade da Saúde, reeditado pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) no ano de 2013. Consta no documento que o distrito sanitário com maior população cadastrada em áreas de elevado e muito elevado risco é o Distrito Norte e, por esse motivo, três unidades pertencentes a esse distrito foram selecionadas.

A Regional Norte é a quinta em extensão territorial do município com uma área de 32,67 km² e população de 212.055 habitantes. Possui 43 bairros e faz divisa com as regionais Pampulha, Nordeste e Venda Nova e com o município de Santa Luzia (BELO HORIZONTE, 2018).

Em relação aos serviços de saúde existentes na regional, conta com 20 CS, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Especialidades Médicas (CEM), um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e um Centro de Convivência (CC).

As unidades selecionadas possuem cada uma três eSF, totalizando nove equipes, das quais foram sorteados os profissionais convidados e que compuseram a amostra do estudo. As unidades selecionadas foram CS Felicidade II, CS MG-20 e CS Novo Aarão Reis.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família atuantes nas unidades selecionadas. A abordagem do estudo considerou minimamente um profissional de cada categoria por equipe, o que totalizaria 36 profissionais entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Estabeleceu-se como critério de inclusão trabalhar há pelo menos seis meses na eSF e, como critério de exclusão, estar afastado do trabalho por motivos diversos no momento da coleta de dados.

Do total de 36 profissionais, três estavam de férias, um atuava há menos de seis meses na equipe, um estava de licença-maternidade e um de licença médica e seis profissionais não tiveram interesse em participar da pesquisa. Assim sendo, selecionaram-se 24 trabalhadores da eSF, contemplando as diversas categorias profissionais. Considerando a flexibilidade do estudo de caso, que permite a inclusão de informantes-chave, optou-se por incluir dois gerentes de CS e um assistente social, totalizando 27 entrevistados.

O Centro de Saúde Novo Aarão Reis possui três eSF, sendo que cada equipe é formada por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e cinco ACS, totalizando 27 trabalhadores. Desse total, nove participaram da pesquisa, sendo dois médicos, duas enfermeiras, um técnico de enfermagem, três ACS e a gerente da unidade.

No CS MG20 também atuam três eSF e cada equipe é composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e quatro ACS, perfazendo 24 trabalhadores. Destes, participaram do estudo duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, quatro ACS e a assistente social, totalizando nove participantes.

O Centro de Saúde Felicidade II possui o mesmo perfil de equipe do CS MG20, com 24 trabalhadores nas eSF. Nessa unidade participaram do estudo nove pessoas: dois médicos, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, três ACS e um gerente, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Participantes do estudo por unidade de saúde

CATEGORIA PROFISSIONAL	CS MG 20	CS NOVO AARÃO REIS	CS FELICIDADE II
Médico	-	02	02
Enfermeiro	02	02	01
Técnico de Enfermagem	02	01	02
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	04	03	03
Outros	Assistente Social	Gerente da Unidade (enfermeira)	Gerente da Unidade (enfermeira)

Fonte: Autoria própria.

Do total de participantes, o maior quantitativo foi de agentes comunitários de saúde (10), seguidos por técnicos de enfermagem (5) e enfermeiros (5), médicos (4), gerentes de unidade de saúde (2), que também são graduadas em enfermagem, e assistente social (1). A faixa etária dos participantes variou entre 24 e 62 anos, com predomínio de pessoas entre 34 e 43 anos (48%). Identificou-se que a maioria (23) era do sexo feminino e somente 4 do sexo masculino. Com relação ao estado civil, houve predomínio de casado (12), seguido de solteiro (10), divorciado (4) e viúvo (1).

Conforme evidenciado neste estudo, identifica-se na literatura que há de fato um predomínio do gênero feminino atuando nos serviços de saúde (MARTINEZ, 2017; FERREIRA NETO *et al.*, 2016).

Quanto à escolaridade dos participantes, constatou-se que finalizaram o ensino médio (3), possuem curso técnico (6) e outros quatro estão cursando ensino superior em Psicologia (1), Pedagogia (1) e Enfermagem (2). Entre os profissionais que possuem nível superior (15), o tempo de formação variou entre três meses e 34 anos, sendo identificado que uma técnica de enfermagem possui curso superior em magistério. Dos 15 profissionais com nível superior, 12 possuem curso de pós-graduação, sendo o intervalo de formação entre dois e 20 anos.

No que se refere ao tempo de trabalho na APS, verificou-se que o profissional que está há menos tempo tem um ano e um mês, e o mais antigo atua na área há 25 anos, sendo a média na APS de 12,4 anos. O tempo de atuação no mesmo CS variou de 11 meses a 19 anos,

sendo que 18 entrevistados (66%) já atuaram em outra unidade de saúde da APS em Belo Horizonte e outros municípios.

Do total de entrevistados, 17 informaram não possuir outro vínculo empregatício e dos 10 que possuem, quatro atuam na área hospitalar, três na educação e três em áreas distintas: cerimonial de eventos, limpeza de clínica particular e abrigo de menores.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a dezembro de 2019, nos três CS da Regional Norte de Belo Horizonte (CS Felicidade II, CS MG 20 e CS Novo Aarão Reis) e se deu por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado (APENDICE A) e observação direta nos cenários de estudo.

As entrevistas constituem uma das principais fontes de coleta de dados qualitativos, pois possibilita a interação entre entrevistador e entrevistado, além de permitir captar em tempo real o aprofundamento na informação. A entrevista com roteiro semiestruturado ocorre a partir de um esquema básico para nortear a ideia central, porém possibilita que o entrevistador adapte à realização da entrevista de acordo com o que surge durante sua execução (YIN, 2015; LUDKE; ANDRÉ, 2014).

Realizou-se teste piloto com profissionais de eSF de CS em outra regional de Belo Horizonte, mas que atende a um perfil populacional semelhante ao da pesquisa visando verificar se as questões estavam claras para o entrevistado e se permitiam alcançar os objetivos. A partir do teste piloto, houve a necessidade de pequenas alterações no roteiro de entrevista com o objetivo de captar a maior diversidade possível de informações referentes às atividades das eSF nas áreas de vulnerabilidade elevada. O teste piloto não foi incluído na pesquisa.

Neste estudo, optou-se por utilizar a observação direta, que permite identificar comportamentos apresentados pelos sujeitos da pesquisa, além das interferências do ambiente no cotidiano. Essas informações têm caráter complementar e possibilitam uma coleta de dados rica em detalhes, uma vez que considera o contexto (YIN, 2015).

Para a coleta de dados, inicialmente, a pesquisadora agendou com as gerentes das unidades uma reunião para informar sobre o projeto e solicitar que elas informassem às equipes o início da pesquisa na unidade. Nos dias agendados, a pesquisadora compareceu às unidades antes do horário combinado para observar a dinâmica do serviço, a forma como as informações estavam dispostas, a abordagem dos profissionais e a movimentação dos usuários

na unidade. Além da observação na recepção e na parte interna das unidades, a pesquisadora acompanhou também uma reunião de equipe no Centro de Saúde Novo Aarão Reis para entender como eram as discussões entre os profissionais e quais os problemas sinalizados. As observações foram registradas em diário de campo e identificadas na análise dos dados como notas de observação (NO).

A coleta de dados foi agendada conforme disponibilidade dos profissionais para não causar transtornos na rotina de serviço nas Unidades. Antes da entrevista, a pesquisadora explicava o projeto para os participantes, apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e elucidava eventuais dúvidas que surgissem, solicitava autorização para gravar as entrevistas e informava que teriam acesso às mesmas caso desejassem. As entrevistas foram realizadas em lugar privativo nos CS e tiveram duração média de 30 minutos.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo temática. Segundo Bardin (2016), esse conjunto de técnicas é utilizado para analisar as mensagens contidas em todas as formas de comunicação que visam descobrir o que a mensagem tem a revelar, bem como analisar a hipótese levantada na pesquisa, quando existir alguma, confirmando-a ou não.

A análise de conteúdo foi realizada de acordo com as três fases: pré-análise; exploração do material e o tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação (BARDIN, 2016). A pré-análise correspondeu à organização do material para posterior análise com base nos objetivos do estudo. Realizou-se a leitura flutuante e procedeu-se à anotação de impressões iniciais para o processo de codificação. Na fase de exploração, fez-se leitura exaustiva do material, codificação e a decomposição dos dados em unidades de registro que foram agrupados em categorias. O tratamento dos resultados, inferência e interpretação permitiram a descrição dos achados da pesquisa, expressos qualitativamente, com a categorização e interpretação dos dados (BARDIN, 2016).

As observações também foram analisadas conforme o referencial de Bardin (2016), visto que possibilitaram a captação de situações cotidianas que enriqueceram a análise, trazendo a vivência e fatos presenciados.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

A pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) na Resolução nº 466 de 12 de dezembro 2012, regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP/SMSA-BH) via Plataforma Brasil, obtendo parecer favorável de ambas as instituições, a saber: COEP/UFMG, parecer nº 3.508.396 (ANEXO A), e CEP/SMSA-BH, parecer nº 3.595.676 (ANEXO B). A pesquisa teve início somente após a aprovação pelos referidos comitês de ética.

Os profissionais foram convidados para participarem voluntariamente do estudo, garantindo-se aos mesmos a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos. Os participantes formalizaram o aceite por meio da assinatura do TCLE (APÊNDICE B). Para garantir o anonimato dos entrevistados, optou-se pela adoção da sigla E – entrevistado, seguida do número referente à entrevista.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do estudo encontram-se apresentados em três categorias. A primeira categoria, “Atividades das equipes de saúde da família e as demandas da população em territórios vulneráveis”, revela as atividades desenvolvidas no cotidiano de trabalho das eSF, considerando as demandas da comunidade que reside em áreas vulneráveis. A segunda categoria, “Os equipamentos públicos em territórios vulneráveis”, aborda a existência de equipamentos públicos inseridos nesses territórios e as articulações entre eles. A terceira categoria, “O trabalho de profissionais de saúde em áreas de vulnerabilidade elevada: facilitadores e dificultadores”, apresenta os fatores que interferem na realização do trabalho dos profissionais das eSF, positivamente e negativamente.

4.1 ATIVIDADES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS DEMANDAS DA POPULAÇÃO EM TERRITÓRIOS VULNERÁVEIS

Esta categoria discute as atividades desenvolvidas pelos profissionais das eSF, como atividades administrativas e assistenciais, considerando as demandas apresentadas pelos usuários que residem nos territórios vulneráveis.

O trabalho preconizado para ser desenvolvido pelas eSF é regulamentado por políticas nacionais, estaduais e municipais. Porém, a forma como este é realizado em cada local difere, sendo feito de acordo com as demandas e necessidades da população que ali reside, exigindo dos profissionais estratégias para lidar com as situações a fim de atuar na redução das desigualdades (BRASIL, 2017; FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2018; NEVES-SILVA; HELLER, 2016):

As demandas que chegam aqui, no território de vulnerabilidade, são diferentes [...] os pacientes aqui não sabem diferenciar demanda de necessidade [...] o maior desafio das equipes é identificar, a partir da demanda, a real necessidade do usuário [...] (E9).

As equipes e os gestores são responsáveis por aplicar as diretrizes organizacionais predefinidas considerando as realidades locais (SANTOS; PARANHOS, 2017). A existência de normativas auxilia a organização do serviço, porém, algumas vezes, elas não são capazes de contemplar as diversidades dos territórios, tampouco a multiplicidade de fatores que interferem no processo de adoecimento da população, e por isso, podem surgir demandas nas

unidades de saúde que exigem que os profissionais desempenhem atividades outras daquelas descritas nos documentos.

Dentre as atividades assistenciais realizadas pelos profissionais da eSF nos CS, consta o atendimento à demanda espontânea, também denominado acolhimento:

Faço o acolhimento dos usuários conforme o protocolo (E19).

Faço o acolhimento na demanda espontânea [...] (E26).

O acolhimento corresponde ao atendimento inicial do usuário na unidade, é a partir dele que o processo de atendimento é organizado. Tem por objetivo a identificação das demandas e necessidades dos usuários a partir de uma escuta qualificada e pode resultar em um plano de cuidados, construído conjuntamente entre usuário e trabalhador. Quando o usuário se sente acolhido, há maior chance do plano de cuidados ser executado com sucesso e que ocorra melhora na condição de saúde do usuário (MERCÊS; SILVA; OLIVEIRA, 2018; FERREIRA; MATTOS, 2018).

O acolhimento deve ser realizado por todos os profissionais da equipe a fim de potencializar a capacidade de resposta ao usuário por meio da junção de múltiplos saberes (BELO HORIZONTE, 2014; MERCÊS; SILVA; OLIVEIRA, 2018). Na prática dos atendimentos em Belo Horizonte, percebe-se que os profissionais da enfermagem são os responsáveis pela realização do acolhimento, embora a literatura recomende que todos os profissionais da ESF o façam. E, ainda, o atendimento à demanda espontânea iniciou-se no ano de 1995, entendendo que nessa situação seria possível abordar o usuário de uma forma mais cuidadosa e aberta, denominando esse momento de “Acolhimento” (BELO, HORIZONTE, 2014).

Em 2010, realizou-se uma Oficina no município, na qual diversos profissionais dos CS, bem como gestores e profissionais do nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), discutiram a organização da demanda espontânea no município. Nessa ocasião, reforçaram o acolhimento como um momento no qual a escuta é fundamental para o fortalecimento de vínculos entre usuários e profissionais, para a elaboração conjunta das respostas às demandas identificadas e responsabilização dos usuários pela sua saúde (BELO HORIZONTE, 2014).

Alguns serviços consideram o espaço do acolhimento como aquele onde se realiza a estratificação de risco clínico do usuário e encaminhamento para outros profissionais. Contudo, o acolhimento vai além dessa prática (SÁ *et al.*, 2012; MORETTI *et al.*, 2016). A

classificação de risco consiste em uma estratégia clínica e organizacional para redução de danos aos usuários a partir da identificação de riscos clínicos (SACOMAN *et al.*, 2019).

Nesse sentido, o Sistema de Classificação de Risco de Manchester (SCRM) foi um dos dispositivos utilizados para identificar e priorizar o atendimento dos usuários, possibilitando a redução do risco de agravamento do quadro clínico, bem como satisfação dos usuários e trabalhadores pela organização da unidade e uso racional dos recursos (SACOMAN *et al.*, 2019). Embora apresente benefícios, o SCRM também mecaniza os processos, uma vez que engessa o atendimento ao usuário, foca no atendimento médico e reduz a chance de os trabalhadores identificarem as reais demandas e necessidades apresentadas pelos pacientes (SACOMAN *et al.*, 2019; MOREIRA *et al.*, 2017).

Considerando o modelo assistencial preconizado pela PNAB, percebe-se que tal protocolo não é capaz de contemplar toda a diversidade oriunda dos atendimentos em demanda espontânea, o que reduz a possibilidade de um atendimento integral aos usuários.

Em Belo Horizonte, após discussão de um grupo multiprofissional, constatou-se que o atendimento à demanda espontânea dos usuários vai além de um protocolo baseado em risco clínico e, por isso, optou-se por não utilizar o sistema de Manchester no município (BELO HORIZONTE, 2014).

A demanda espontânea configura-se como a busca do usuário pela unidade de saúde de forma não esperada, podendo ser dividida em: demanda espontânea com queixa clínica, usuários apresentam sinais e sintomas; e demanda espontânea sem queixa clínica, usuários não apresentam sinais e sintomas (BELO HORIZONTE, 2014).

Nas entrevistas, revelou-se que é frequente a busca dos usuários pelo CS com queixas clínicas:

Chega agudo o dia inteiro. Às vezes estou atendendo prevenção e tem três agudos me esperando para serem avaliados [...] (E1).

As pessoas esperam se sentir mal para procurar o serviço, vem quando já estão agudos porque não usam o remédio adequadamente, não fazem o controle da doença [...] (E3).

Nos procuram por questões mais agudas, como dedão inflamado, pressão alta, diabetes descompensado, enxaqueca, dor de estomago (E12).

A demanda maior que atendemos são os agudos com outro tipo de queixas, como dores, unha encravada a crise hipertensiva grave (E19).

Eles nos procuram por coisas simples: uma dor de cabeça, mal-estar, diarreia [...] temos atendido muitos casos de sífilis [...] verminoses porque tem gente que mora na beira do rio, dengue, tuberculose (E27).

Muitos atendimentos realizados nesses territórios são voltados ao atendimento emergencial de necessidades básicas na lógica do tratamento, dificultando a elaboração de plano de cuidados (FRUTOSO *et al.*, 2015; FARIA; ARAÚJO, 2010).

A organização do trabalho nesses territórios é pautada em uma lógica emergencial que leva os usuários a procurar os serviços de saúde em busca de respostas para seus problemas. No entanto, o que se observa é que o atendimento pautado na urgência apresenta grande dificuldade para ser resolvido, uma vez que, frequentemente, outros fatores estão associados à queixa clínica, sendo necessário o cuidado longitudinal, um pressuposto da APS (FRUTOSO *et al.*, 2015; FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2018).

A demanda da população pelo atendimento durante a fase aguda demonstra um desconhecimento da mesma sobre prevenção de doenças, mas também parece evidenciar uma vinculação e confiança no serviço para resolução dos seus problemas, o que parece demonstrar a eficiência do trabalho desenvolvido pelas eSF nestes territórios.

Além dos atendimentos agudos, muitos usuários chegam à unidade sem queixa clínica, em busca apenas de renovação de receitas:

É muito comum eles procurarem a unidade com a receita vencida, sem medicamento, querendo que renove naquele momento e nem sempre isso é possível [...] (E1).

Eles esperam a receita vencer para nos procurar [...] se eles fizessem o controle corretamente as agendas dos médicos não ficariam tão cheias [...] não conseguimos trabalhar de forma preventiva [...] (E3).

A demanda maior que temos na unidade é para troca de receita dos pacientes hipertensos e diabéticos [...] (E22).

A procura para renovação de receitas é muito presente no caso de usuários com condições crônicas que necessitam de acompanhamento em longo prazo cujo intervalo entre consultas é grande. Todavia, esse tipo de atendimento acaba tendo enfoque administrativo e o profissional que realiza o atendimento muitas vezes se atenta apenas à renovação, desconsiderando as outras necessidades do usuário (FROSI; TESSER, 2015).

O excesso de demandas na APS contribui para que, em alguns momentos durante a realização destas atividades, os profissionais se atentem apenas às questões administrativas, sem realizar uma avaliação mais completa da condição dos usuários, fragilizando o cuidado que poderia ser construído ou mesmo reforçado neste momento.

Outro aspecto identificado nas observações e nas entrevistas foi o fato de os usuários deixarem a receita vencer, interrompendo o tratamento, muitas vezes relacionado ao desconhecimento sobre a doença e dificuldade de acesso ao serviço (DANTAS; RONCALLI, 2019). Sabe-se que a escolaridade influencia diretamente na compreensão da receita e uso correto dos medicamentos, por isso é fundamental que o usuário, ao receber a prescrição, seja orientado sobre o uso e renovação da receita (CAIXETA *et al.*, 2016; DELWING *et al.*, 2017).

Nesse contexto, o entendimento de que muitos usuários do CS nessas regiões não sabem ler ou escrever faz com que a equipe repense o seu modo de atuar, sendo mais flexível e atenta, compartilhando a construção do cuidado. Além do atendimento à demanda espontânea, a agenda dos profissionais contempla as consultas agendadas, normalmente organizadas por ciclo de vida:

Faço atendimento de puericultura, pré-natal, consulta de saúde da mulher, avaliação do pé diabético [...] prevenção [...] (E2).

Atendo a agenda programada de pré-natal, saúde do homem, puericultura [...] (E14).

Realizo o atendimento médico de forma global a todos os ciclos de vida [...] (E21).

Faço os acompanhamentos de rotina de puericultura, pré-natal, preventivo do colo uterino [...] (E26).

A consulta eletiva configura-se, ainda, como uma grande demanda da população, reforçando o modelo de atenção biomédico que visa ao atendimento curativista, na lógica de tratamento (SANTOS; SOUZA; CARDOSO, 2016). Porém, na APS, o enfermeiro também realiza atendimentos, como pré-natal, saúde integral da mulher, puericultura e atenção integral ao adulto e idoso, por meio da consulta de enfermagem, atividade privativa desse profissional (BELO HORIZONTE, 2016a; BRASIL, 2017).

A organização das agendas é aspecto facilitador do processo de trabalho na APS, tanto para o usuário quanto para o trabalhador, mas, deve-se atentar para que essa organização não engesse o atendimento e feche portas. Compreender as especificidades desse território e as vulnerabilidades da população é importante para que, ao chegar à unidade, o usuário saiba que, mesmo sem estar agendado, terá sua demanda acolhida.

Outro motivo de busca dos usuários pela unidade, identificado pelos trabalhadores, são as questões crônicas:

Atendemos uma procura grande de hipertensos e diabéticos descompensados, que não fazem o controle correto da doença, não tomam os remédios e muitas vezes não têm condição financeira para se alimentar corretamente [...] para fazer uma atividade física [...] isso acaba fazendo com que procurem mais o posto e sobrecarreguem os atendimentos. Se houvesse um controle melhor da doença, as agendas ficariam mais vazias para atendermos outras coisas [...] (E5).

Atendemos as mais variadas demandas. A maior parte são queixas crônicas que demandam atendimento médico [...] (E21).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) atualmente correspondem a 70% das causas de morbimortalidade no Brasil e se configuram como um problema de saúde pública atingindo, mais frequentemente, os grupos vulneráveis (MEDINA *et al.*, 2014; CAIXETA *et al.*, 2016; BRASIL, 2011).

As doenças crônicas não se resumem apenas à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* (DM) (FERREIRA; MATTOS, 2018), mas envolvem o câncer e doenças do aparelho respiratório.

Existe uma diferença entre as DCNT e as Condições Crônicas. Aquelas contemplam as doenças crônicas não transmissíveis e outros problemas de saúde, tais como doenças infecto-parasitárias, problemas relacionados à saúde mental, deficiências físicas, dentre outros. Tais condições, via de regra, apresentam início e evolução lentos e têm relação com estilo de vida, hereditariedade e exposição a fatores ambientais, por este motivo podem gerar ônus importante para os indivíduos, famílias e sistema de saúde, uma vez que levam à sobrecarga deste (MENDES, 2018; FERREIRA; MATTOS, 2018).

Para uma abordagem de sucesso às condições crônicas, é preciso um enfoque multifatorial, que envolva a adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida, sendo que estes possuem relação direta com os fatores socioeconômicos dos usuários. Promover mudanças no comportamento das pessoas é um desafio para redução de fatores de risco para as crônicas (CAIXETA *et al.*, 2016; MARIOSA; CAMILO, 2018).

Nos territórios de vulnerabilidade, é particularmente difícil atuar sobre determinadas situações pela complexidade do cenário em que os usuários se encontram inseridos e pelo fato de suas demandas irem além das questões relativas a problemas de saúde, o que se traduz em desafio para a atuação da equipe:

Acho que 70% da nossa demanda é social, mas ela esbarra na saúde. A pessoa adocece por desemprego, falta de suporte familiar, porque o filho é

usuário de droga, porque é vítima de violência doméstica [...] Sem dúvida nossa demanda social é enorme (E1).

Muitas vezes o usuário nos procura com demandas que não são de saúde, são demandas sociais. A maior parte da procura do CS saúde é por motivos sociais [...] falamos em saúde pensando no conceito amplo [...] temos usuários que nos pedem para ajudá-los a aposentar para conseguir o benefício e comprar comida [...] nessa área temos uma população com alto índice de analfabetismo, é diferente o profissional dar orientações para uma pessoa com acesso à informação. Aqui a população tem essa dificuldade de compreensão, muitas vezes nos procuram com necessidades sociais, e não de saúde (E9).

A população deste território usa o serviço de formas diferentes, por questões várias [...] O social aqui é muito presente. Várias demandas de saúde são secundárias a problema social: aposentadoria, violência. Estas questões não são necessariamente da saúde, mas impactam nela (E16).

Sendo assim, as demandas desses usuários envolvem carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades, envolvendo condições necessárias para se ter saúde (PAIM, 2006).

Atuar sobre estas questões visando construir o cuidado junto aos usuários é particularmente difícil nestes territórios. As demandas socioeconômicas que surgem, muitas vezes, deixam os trabalhadores sem perspectiva de atuação frente a estes cenários.

A mudança econômica entre os anos 2000 e 2011 favoreceu a redução das desigualdades sociais, trazendo resultados positivos, como a redução da população vivendo abaixo da linha da pobreza, aumento dos anos de escolaridade, do acesso à água potável, saneamento básico e alimentação, políticas estas que contribuem de maneira efetiva para a redução da mortalidade. Embora haja grandes resultados positivos, a mortalidade por homicídio no país continua alta (CONILL, *et al.*, 2018; NEVES-SILVA; HELLER, 2016).

Relações familiares frágeis, ausência de trabalho, exposição a situações de violência e uso de drogas também foram revelados pelos profissionais como condições pelas quais os usuários demandam atendimento:

Aqui chegam muitos casos de violência doméstica e sexual, coisas que não são corriqueiras em outros locais [...] atendemos muitos usuários de álcool e drogas e pessoas em sofrimento mental [...] temos muitas famílias desestruturadas aqui. Casos em que a mãe engravidou cedo e a filha também engravidou, sinalizando uma repetição de ciclo (E10).

[...] atendi um senhor com dor nas costas, conversando ele me disse que havia sido espancado pelo filho, usuário de droga, porque alguém chegou na casa dele para cobrar uma dívida de droga e ele não tinha dinheiro, aí

espancou o pai e quebrando uma costela dele [...] em territórios de risco elevado encontramos estas coisas (E18).

Em uma das unidades visitadas foi possível observar a presença de grades limitando o acesso das pessoas para dentro da unidade, refletindo aspectos relacionados à violência local (NO).

A violência é uma questão inerente à sociedade, multidimensional e considerada problema de saúde pública, visto que gera consequências não somente para os indivíduos que a sofrem ou executam, mas para toda a sociedade. Essa situação é percebida com maior frequência em populações com maior fragilidade socioeconômica, uma vez que vivem marginalizadas e sofrem com a violência estrutural, aquela que nega direitos à população (FIGUEIREDO; FAUSTINO, 2018; ZANATTA; MOTTA, 2015).

O contexto familiar em que a pessoa encontra-se inserida apresenta relação direta com a violência. Normalmente, pessoas que sofreram algum tipo de violência durante a vida possivelmente reproduzirão esse comportamento (ZANATTA; MOTTA, 2015). No Brasil, há elevada taxa de mortalidade por homicídio, reflexo de problemas na sociedade. Identifica-se que nos territórios mais vulneráveis há maior prevalência de homicídios, o que parece estar relacionado com o acesso ao tráfico e a drogas (TAVARES *et al.*, 2016).

A carência frequente nestes territórios, aliado às questões familiares frágeis podem levar os residentes destes territórios a se inserirem no mundo da criminalidade como forma de não estarem em casa vivenciando situações de negligências e carências, possibilitando ainda uma ascensão social e mesmo econômica. Com isso, a criminalidade é mais frequente, o que aumenta a chance destas comunidades vivenciarem situações de violência em seu cotidiano.

Nos territórios vulneráveis, outras necessidades identificadas pelos profissionais foram àquelas relacionadas à saúde mental:

Aqui na unidade aparece mais a população de alto risco, porque ela demanda mais, precisa de mais apoio [...] identifico uma demanda de saúde mental grande [...] (E17).

Atendemos muitos usuários com transtornos mentais que surgem por vários motivos, como uso de drogas na família, contexto social em que está inserido [...] atendemos muitas pessoas carentes de atenção, de educação, carentes financeiramente (E21).

Atendemos muitos usuários em sofrimento mental, principalmente depressão. Geralmente ficam adoecidos por questões familiares graves: marido alcólatra, filho usuário de droga, violência doméstica, desemprego [...] (E22).

Atendemos usuários em sofrimento mental que têm dificuldade em lidar com as faltas e perdas que sofrem (E26).

A população com problemas relacionados à saúde mental é considerada vulnerável (HIRDES, 2015). Para que a abordagem dessa população seja resolutiva, é preciso que se pautem na escuta qualificada e na fala como facilitadores do acolhimento e criação de vínculos entre profissionais e usuários. Além disso, é fundamental que haja um compartilhamento de tarefas entre os profissionais que atendem esses usuários visando romper com o modelo biomédico e propiciar a soma e troca de saberes entre as diversas categorias profissionais. Dessa forma, há maior chance de se obter sucesso na execução do projeto terapêutico (PESSOA *et al.*, 2018; BARBOSA; BOSI, 2017; HIRDES, 2015).

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) estimula o cuidado aos portadores de transtornos mentais e usuários de substâncias psicoativas por meio de ações integrais e intersetoriais (SANTOS; PESSOA JUNIOR; MIRANDA, 2018; PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018).

A integração da abordagem das pessoas em sofrimento mental na APS propicia a ampliação de acesso aos serviços pela população. Uma das dificuldades identificadas pelos profissionais se relaciona à sobrecarga profissional, pouca capacidade técnica para atendimento dessa população e inexistência de um sistema de referência eficaz (HIRDES, 2015).

Nas unidades onde ocorreu a pesquisa não houve nenhum relato que demonstrasse um apoio que vá de encontro à PNSM a estas populações. Muitas vezes os profissionais das eSF são os únicos profissionais responsáveis pelo cuidado à população em sofrimento mental. Corroborando Hirdes (2015) este fato parece estar ligado também a falta de especialistas e aumento crescente das questões relacionadas à saúde mental.

A fim de descentralizar o cuidado das pessoas em sofrimento mental, criou-se o Apoio Matricial (AM), ferramenta que possibilita a troca de conhecimento e atendimento compartilhado entre profissionais da eSF e especialistas, estimulando a relação entre diferentes categorias profissionais. Ademais, a construção comum de projetos visa à qualidade assistencial e atenção às questões apresentadas pelos usuários (CASTRO; CAMPOS, 2016; HIRDES, 2015; PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018).

Considerando-se a quantidade menor de especialistas em saúde mental quando comparada a profissionais das eSF foi preciso elaborar uma estratégia para capacitar as eSF quanto aos cuidados dos pacientes em sofrimento mental. O AM constitui-se como uma

destas ferramentas e, embora ocorram reuniões, o tempo dispensado à discussão dos casos aliado a quantidade de casos existentes *versus* a quantidade de horas por mês que ocorrem estas discussões são inferiores ao necessário, fragilizando o atendimento a esta população.

Um componente fundamental no tratamento e reabilitação do portador de sofrimento mental é a presença da família, que interfere diretamente na saúde e qualidade de vida dos usuários, uma vez que constitui apoio diante das dificuldades vivenciadas (ROSALINI *et al.*, 2019; DANTAS; RONCALLI, 2019; PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018):

A maior parte da população que acessa o posto é carente [...] temos muitos usuários de drogas na área e a família procura para apoio (E5).

Atendemos também muitos usuários demandando tratamento para álcool e drogas [...] estas demandas são frequentes pelo cenário onde o serviço está inserido [...] (E16).

O consumo de drogas traz prejuízos à saúde física e mental não somente para os usuários, mas também para a família e sociedade, tendo relação direta com o contexto social no qual o indivíduo se encontra inserido. Relações familiares fragilizadas acentuam o consumo de drogas, o que pode dificultar o estabelecimento de vínculos emocionais com outras pessoas, reforçando o consumo das drogas, configurando-se como um ciclo (FROTA *et al.*, 2018).

Em relação aos problemas sociais, torna-se necessário ressaltar que esses centros de saúde normalmente atendem grande número de usuários residentes em áreas de ocupação, também chamadas pelos profissionais entrevistados de áreas de invasão, comuns nesses territórios:

Nós temos área de invasão aqui no território que não tem nenhuma infraestrutura nem rede de esgoto (E3).

Temos um desafio enorme para lidar com as invasões. São 10, 12 mil pessoas que chegam, que não sabemos de onde vieram, quais questões apresentam e como repercutem na saúde delas. É preciso caminhar em relação a estas ocupações [...] (E9).

Nessas áreas, as pessoas sofrem com a falta de condições básicas, tais como infraestrutura, saneamento, alimento, moradia e emprego, entre os vários fatores potencializadores de vulnerabilidades. Cabe ressaltar que nessas áreas há também importante carência de serviços públicos básicos, fragilizando ainda mais a situação de saúde da população que reside nesses espaços (MALTA; COSTA; MAGRINI, 2017).

As áreas de ocupação, também denominadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de aglomerados subnormais, correspondem a espaços com habitações informais onde se encontram, no mínimo, 51 domicílios (MALTA; COSTA; MAGRINI, 2017). Nessas regiões ocorre a ocupação estratégica de espaços privados por famílias com renda econômica baixa, refletindo a insuficiência das políticas de urbanização e moradia perante as demandas apresentadas pela sociedade (RIZZATTI; SILVA, 2017).

Muitas vezes, por não possuírem endereço formal, as famílias que residem nessas áreas de ocupação ficam sem referência para os serviços, o que impacta diretamente em sua condição de saúde. Os CS atendem esses usuários, porém o acompanhamento sistemático realizado pela equipe não ocorre, comprometendo a atuação nessa comunidade que tanto necessita de serviços e políticas públicas para melhorar sua condição de vida:

A área de invasão no território sobrecarrega os profissionais, porque uma equipe não consegue atender toda a população cadastrada mais a população da invasão [...] (E4).

Outras demandas que os usuários manifestam de diversas maneiras têm relação com a insuficiência financeira:

[...] Se o médico prescreve uma medicação que não tem no CS, o usuário não toma porque não tem condição de pagar [...]você percebe que, pelo poder financeiro, o usuário demanda tudo no CS, fica restrito ao que podemos oferecer aqui [...] (E3).

Algumas vezes os usuários nos pedem ajuda financeira para alimentação. Acompanho algumas famílias que passam muita necessidade [...] (E7).

Alguns usuários informam que não têm como pagar a passagem e ir em consultas especializadas [...] (E25).

Em duas unidades foi possível observar que os profissionais deixam itens de alimentação na unidade para doação, guardados na sala da gerência. Quando algum profissional identifica demanda de alimentação, pega alguns itens e entrega para o usuário no momento da consulta (NO).

Nos territórios vulneráveis, a população tem carência financeira, o que dificulta o acesso a outros bens e serviços e pode impactar sua saúde (FELTRAN, 2014). O recurso financeiro se distribui de forma desigual na sociedade e quanto menor a renda, maior a vulnerabilidade a que a população está exposta (FELTRAN, 2014; FIGUEIREDO FILHO, 2019).

Através dos relatos é possível perceber a complexidade da carência a que estas comunidades são expostas. Os profissionais que atendem nestes locais parecem construir uma relação familiar com estes usuários ao ponto de investirem recursos financeiros próprios para suprir carências básicas que as políticas parecem não ser capazes.

As demandas dos usuários podem ser identificadas em momentos individuais, durante as consultas, mas também existem outros espaços onde são realizadas atividades com os usuários:

Antes fazíamos muitos grupos com a comunidade, mas eles pararam de vir [...] (E6).

Organizamos e convidamos os idosos para passeios em grupo [...] (E8).

Participo de alguns grupos. Eles possibilitam que os usuários se encontrem, conversem, façam amizades, atividades físicas e isso contribui para melhoria do convívio e ajuda na desordem mental que alguns apresentam [...] (E12).

Em uma reunião de equipe, os ACS estavam se organizando para o bingo que aconteceria na próxima semana com os idosos da unidade. Falaram do almoço que fariam antes para vender na unidade e arrecadar recursos para a compra de brindes (NO).

A realização de atividades coletivas exige o compromisso de todos os profissionais da unidade para sua continuidade e tem como objetivo promover mudanças no estilo de vida dos usuários (FERREIRA NETO *et al.*, 2016). Os grupos e palestras são utilizados na APS para abordar temas relacionados à promoção de saúde e prevenção de agravos, sendo espaços de apoio mútuo entre os participantes (BRIXNER *et al.*, 2017; MEDINA *et al.*, 2014; PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018).

A Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) se insere nesse contexto como uma estratégia que estimula a realização de ações de prevenção de agravos e promoção de saúde em territórios definidos, que atendam às especificidades da população residente (BRASIL, 2014).

Brixner *et al.* (2017) dizem ainda que, embora as atividades coletivas sejam bem aceitas pelos usuários, falta ainda uma didática mais envolvente, que amplie a participação efetiva do usuário durante a sua realização.

Embora a literatura discorra sobre os benefícios dos grupos, ainda há dificuldades de profissionais e comunidade na adesão a esse modelo de atendimento. Romper com o modelo biomédico e de consultas individuais é fundamental para o fortalecimento dos usuários. Os

profissionais de saúde também realizam algumas atividades assistenciais fora do espaço físico do centro de saúde, por exemplo, as visitas domiciliares.

Fazemos a visita da enfermagem [...] fazemos coleta de exames, medicação injetável e curativo nos pacientes idosos restritos ao domicílio [...] (E3).

Tem uma paciente que toda semana eu vou na casa dela, levo o remédio e controlo o uso para saber se está tomando corretamente [...] (E7).

Fazemos a busca-ativa quando alguém falta à consulta ou quando o cartão de vacina está atrasado [...] (E8).

Fazemos as visitas domiciliares, busca-ativa dos faltosos às consultas [...] entregamos o agendamento das consultas especializadas [...] (E10).

[...] Faço busca ativa [...] visita com médico, com a enfermeira para acompanhar [...] por causa de exame alterado, alguma coisa assim [...] (E23).

As visitas domiciliares são consideradas essenciais para elaboração e desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e vigilância, além de possibilitar o desenvolvimento e fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários (FERREIRA; MATTOS, 2018; PINHO; SOUZA, ESPERIDIÃO, 2018). O conhecimento da dinâmica familiar possibilita conhecer as condições de vida do usuário, o que favorece a identificação de problemas, necessidades e elaboração de um plano de cuidados (PINHO; SOUZA, ESPERIDIÃO, 2018; CAIXETA *et al.*, 2016).

Outra atividade desenvolvida no domicílio é a busca-ativa de faltosos e de pessoas em abandono de tratamento. O ACS se dirige ao domicílio do usuário para verificar o motivo do não comparecimento à consulta agendada. Trata-se de uma estratégia, pois possibilita o conhecimento da dinâmica de vida do usuário (TAVARES *et al.*, 2019).

Conforme dito pelos autores acima as atividades extramuros possibilitam que os profissionais vejam o contexto de vida a que estas populações estão sujeitas, considerando não apenas o ambiente interno da moradia, mas o acesso às políticas, a relação com a comunidade, dentre outros fatores que são determinantes para a situação de saúde dos usuários.

Além das atividades assistenciais, a eSF realiza também atividades administrativas associadas à assistência, como participação em reuniões, supervisão de profissionais, cadastro de usuários:

Enviamos a produção das visitas que fazemos, fazemos a atualização dos cadastros, do cartão nacional de saúde [...] participamos das reuniões com NASF, saúde mental, comissão local de saúde [...] (E8).

Faço o acompanhamento dos ACS [...] monitoro os usuários da equipe para verificar quem está com consultas e vacinas em dia [...] (E14).

Aqui no CS trabalho mais com a parte administrativa, como fechamento de ponto, escala, agenda dos profissionais e manutenção dos setores em geral [...] participo da reunião multiprofissional na unidade para alinhar o fluxo entre as equipes e de reuniões externas com conselho tutelar, CERSAM, para discutir alguns casos mais complexos [...] (E15).

[...] Realizo cadastro de família [...] lanço produção [...] alimento o sistema, cadastro de cartão e-sus [...] (E23).

A prática assistencial nesses territórios, voltada para a lógica emergencial, assistencialista e com foco na doença, dificulta o planejamento e desenvolvimento de ações estratégicas, com o olhar que o cenário de vulnerabilidade exige (FRUTOSO *et al.*, 2015). Contudo, fazem-se necessários espaços de planejamento de ações pela equipe para que as atividades propostas possam ser executadas na APS (FERREIRA; MATTOS, 2018).

As reuniões são espaços considerados essenciais para a gestão, uma vez que nessas ocasiões os profissionais se organizam, discutem e planejam ações que auxiliam na organização do processo de trabalho da unidade (PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018).

Os enfermeiros são responsáveis pela execução de atividades assistenciais e gerenciais dentro da equipe (MERCÊS; SILVA; OLIVEIRA, 2018). Eles são tidos ainda como coordenadores das eSF, uma vez que são os que gerenciam os técnicos e auxiliares de enfermagem, assim como os ACS da equipe (MORETTI *et al.*, 2016).

4.2 OS EQUIPAMENTOS PÚBLICOS EM TERRITÓRIOS VULNERÁVEIS

Esta categoria aborda a existência de equipamentos das políticas públicas inseridos nos territórios de vulnerabilidade elevada, bem como os encaminhamentos e as articulações entre estes.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 introduziu o conceito de seguridade social baseado na saúde, previdência e assistência social cujo objetivo é garantir que todo cidadão brasileiro tenha acesso a um conjunto de políticas que diminuam ou previnam situações de risco e vulnerabilidades (GIAQUETO, 2010; BRASIL, 1988).

A existência de políticas diversas nos territórios visa superar as vulnerabilidades (LIMA *et al.*, 2019). O Estado é quem deve proporcionar condições para que outros

equipamentos, além dos de saúde, estejam presentes e consigam se articular visando melhores condições de vida para a população que reside nessas áreas (COSTA, 2018; NEVES-SILVA; HELLER, 2016).

Costa (2018) e Ribeiro *et al.* (2018) reforçam ainda o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) dizendo que outras políticas, como habitação, saneamento e alimentação, devem coexistir nos territórios e que, além da existência, é preciso que ocorram a articulação e integração entre as diversas políticas em busca de um objetivo único comum: a saúde.

Em territórios considerados vulneráveis, é possível encontrar alguns equipamentos públicos formais que buscam atender aos objetivos propostos pela Constituição Federal e de acordo com políticas sociais:

Existem alguns equipamentos que nos apoiam como, por exemplo, o CRAS [Centro de Referência da Assistência Social], a escola [...] (E13).

[...] Além do CRAS, tem a UMEI [Unidade Municipal de Educação Infantil] (E14).

Temos um CRAS no território e temos também as escolas, mas elas não nos acionam muito [...] temos a equipe do Programa Saúde na Escola que nos apoia bastante na educação [...] (E19).

Dentre os equipamentos formais, o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) citado pelos entrevistados é um equipamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) localizado em áreas de vulnerabilidade social. Este tem como objetivo coordenar os serviços socioassistenciais locais do território onde está inserido, tendo sob sua responsabilidade até 1000 (mil) famílias/ano (BRASIL, 2005).

A política se organiza em duas vertentes: proteção básica e proteção especial. A proteção básica atua na lógica preventiva e está presente nos territórios na forma do CRAS, que tem por objetivo promover a articulação entre família, comunidade e inclusão produtiva. O serviço de proteção especial deve ser acionado quando há violação de direitos, e o equipamento responsável por essas ações são os Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS) (CAVAGNOLI; GUARESCHI, 2018; BATTISTELLI; RODRIGUES; CRUZ, 2018).

A política de assistência social tem como foco a atenção às famílias e, a partir do território onde estão inseridas, é que os serviços são organizados (BATTISTELLI; RODRIGUES; CRUZ, 2018). Em Belo Horizonte, existem atualmente 34 CRAS distribuídos

nas nove regionais do município, sendo que cinco destes se localizam na Regional Norte. Segundo dados municipais, os serviços são referência para 5.000 famílias e atendem minimamente 1.000 famílias/ano (BELO HORIZONTE, 2020a). Para acesso a esses serviços, os usuários podem comparecer espontaneamente ou ser encaminhados quando identificada alguma necessidade em outro ponto da rede intersetorial.

Na prática, o que foi possível observar é que estes serviços existem de forma desigual nos territórios e não atendem toda a comunidade que reside nestes locais. Considerando que estas populações vivenciam situações constantes de elevada vulnerabilidade social, os equipamentos da assistência social deveriam ser mais presentes para dar maior suporte aos usuários. A não existência destes serviços leva a comunidade a demandar questões sociais nos serviços presentes nos territórios: os centros de saúde.

Em relação à política de educação, em Belo Horizonte, a Secretaria Municipal de Educação (SMED) é a responsável pela manutenção de vagas na Educação Infantil, Fundamental e para Jovens e Adultos. A Rede Municipal de Educação (RME) atende crianças de zero a 14 anos, além dos jovens e adultos que não finalizaram os estudos em tempo regular. Esse atendimento divide-se em Ensino Infantil (zero a cinco anos), ofertado pelas Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI), e Ensino Fundamental (seis a 14 anos), realizado nas Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) (BELO HORIZONTE, 2020b).

Segundo dados de março de 2020, existem em Belo Horizonte 58 EMEF, sendo quatro na Regional Norte, e 145 EMEI, com 20 na Regional Norte (BELO HORIZONTE, 2020c).

O acesso à educação propicia melhores resultados de saúde para a população e consequentemente na qualidade de vida. Esse acesso contribui reduzindo os fatores de risco para o surgimento de doenças e consumo de tabaco, álcool e gordura, além de impactar diretamente na redução da taxa de mortalidade infantil (RIBEIRO *et al.*, 2018).

Importante compreender também que a educação contribui não somente no processo formativo dos indivíduos, mas também na forma como eles interagem com a comunidade, ambiente e consigo mesmo no desenvolvimento de valores e atitudes (RIBEIRO *et al.*, 2018).

Além disso, quando a criança tem acesso à creche, os pais têm a possibilidade de se inserir no mercado de trabalho aumentando a renda familiar (RIBEIRO *et al.*, 2018), normalmente ocupando vagas de subemprego, como cuidadores de criança, trabalhadores de orfanatos e hortas comunitárias, ocupações estas que não possuem comprovação salarial (JULIANO; MALHEIROS; MARQUES, 2016).

Conforme sinalizado por Ribeiro *et al.* (2018) e Juliano, Malheiros e Marques (2016), a existência de equipamentos educacionais nestes territórios contribui no processo formativo das crianças, além de retirá-las das ruas, onde estão mais expostas a situações vulneráveis, e também possibilita a inserção dos pais no mercado de trabalho, contribuindo para a geração de renda da família.

Uma questão ambígua foi identificada por Ribeiro *et al.* (2018) em relação à escolaridade das crianças em áreas vulneráveis: alguns pais reforçam a importância de as crianças e adolescentes se manterem na escola para que a família tenha acesso ao benefício econômico social, contudo outros pais preferem que as crianças não estudem e iniciem o trabalho mais cedo, contribuindo para o aumento da renda familiar. A escola, segundo Calejon (2011), é um espaço onde ainda ocorre a transmissão das desigualdades sociais, pois reproduz a ordem social.

Calejon (2011) e Ribeiro *et al.* (2018) sinalizam questões muito presentes no cenário nacional na atualidade. Vemos muitas crianças nos semáforos vendendo doces, fazendo malabarismos e oferecendo para lavar o vidro dos carros em troca de esmolas. Estas práticas parecem sinalizar uma continuidade no ciclo de miséria, carência e dificuldade de acesso às políticas, fazendo com que crianças e adolescentes estejam desempenhando atividades a fim de obter renda, quando na verdade deveriam estar inseridos nas escolas.

Quanto ao CRAS, embora existam normas que direcionem sua organização, percebe-se que há uma insuficiência de equipamentos nesses territórios vulneráveis:

Existe o CRAS no território, o problema é que, independente se a pessoa é vulnerável, se ela reside em uma área que não é coberta pelo CRAS, nós não podemos direcionar [...] existe um critério para dizer qual área é coberta pelo CRAS. Se a área não está no critério, mesmo que a pessoa seja vulnerável, não podemos encaminhar (E3).

[...] o equipamento que atende somente pessoas vulneráveis é o CRAS, mas aqui no território minha área não é coberta por ele [...] então nós encaminhamos os casos para a regional de saúde [...] (E4).

[...] alguns casos precisamos encaminhar a família para outro equipamento, mas aqui não temos nada. O CRAS atende somente uma parte do território. [...] nesses casos ficamos sem fazer o que seria necessário (E7).

[...] Aqui não temos acesso social, o território não é coberto pelo CRAS [...] (E9).

O fato de não poderem encaminhar a população que reside em áreas descobertas pelo CRAS traz angústia para os trabalhadores da saúde, visto que identificam uma demanda social

do usuário, mas não conhecem outro recurso ou equipamento para encaminhá-los. O serviço de saúde parece ser a principal referência da população para onde direcionam suas necessidades.

As limitações no atendimento da população reforçam as fragilidades existentes impactando diretamente na inclusão, autonomia e desenvolvimento de potencialidades dos sujeitos, objetivos previstos na PNAS (CAVAGNOLI, GUARESCHI, 2018).

Embora seja inegável a importância da inserção das crianças e adolescentes na educação formal, cabe dizer que, nos territórios vulneráveis, a lógica pode se inverter, uma vez que os pais acabam vendo os filhos como uma fonte geradora de renda para o domicílio.

Nesse contexto, embora programas sociais incentivem a manutenção das crianças na escola com um repasse financeiro às famílias, o valor entregue muitas vezes é menor do que a renda que as crianças e adolescentes geram quando inseridos no mercado informal. A efetividade da política decorre não apenas da existência dos equipamentos nos territórios, mas também da forma como ela chega para a população. Um dos exemplos citados nos relatos é o Programa Bolsa Família (PBF):

Aqui também tem o bolsa família que acompanhamos [...] (E6).

Existem várias políticas que nos apoiam, como por exemplo o bolsa família e o auxílio doença. Junto com a assistente social a equipe tenta articular para que o usuário tenha acesso a estas políticas (E16).

O bolsa família é um exemplo de política voltada para populações vulneráveis [...] tem também o consultório de rua, o PAIPJ, que é um programa do judiciário [...] (E17).

Existe o Bolsa Família, o valegás, o LOAS [Lei Orgânica da Assistência Social] para os idosos e pessoas que não têm condições de trabalhar [...] (E27).

Os programas de transferência de renda e as políticas existentes têm por objetivo suprir não apenas a pobreza financeira, mas também a carência em outras esferas, como trabalho, saúde, moradia, educação, entre outras (SANTOS, 2014).

O PBF é um programa que está em consonância com a PNAS e vinculado ao Ministério da Cidadania e Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. Tem como objetivo a transferência de renda para famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza a fim de combater a fome e a miséria. A identificação do perfil dessa população ocorre por meio do Cadastro Único para Programas Sociais, base de dados federal com registro de informações socioeconômicas das famílias de baixa renda (até meio salário mínimo por

peessoa) que busca conhecer a situação de pobreza e vulnerabilidade da população (ROSALINI *et al.*, 2019; CAVAGNOLI; GUARESCHI, 2018; BRASIL, 2020).

Segundo dados de 2020, como critérios de elegibilidade para se obter o benefício, é preciso estar com o cadastro atualizado nos últimos dois anos e possuir renda mensal por pessoa de R\$89,01 a R\$178,00, sendo que na composição familiar deve haver criança ou adolescente até 17 anos (BRASIL, 2020).

O recebimento do benefício está atrelado a condicionalidades relacionadas à saúde, educação e assistência social que buscam ampliar o acesso a essas políticas, entendendo que as vulnerabilidades exigem dos serviços um olhar diferente (BATTISTELLI; RODRIGUES; CRUZ, 2018; CAVAGNOLI; GUARESCHI, 2018).

Conforme relatos dos entrevistados, os integrantes da eSF realizam esse controle, que inclui a caderneta de vacinadas crianças menores de 07 anos em dia, de acordo com o calendário, e que tenham acompanhamento regular de peso e altura. Além disso, as gestantes devem realizar o pré-natal (BRASIL, 2020).

A pobreza exige políticas próprias que rompam esse ciclo de vulnerabilidade e propiciem espaços para mudança de vida da comunidade. O acesso ao PBF trouxe impactos positivos ao melhorar a qualidade de vida das pessoas (ROSALINI *et al.*, 2019).

Para famílias que muitas vezes não tem o que comer, o PBF contribui de maneira significativa para que a população tenha uma renda disponível para compra de alimentos, e por isso é frequente chegarem crianças nas unidades para realizarem a mensuração dos dados antropométricos fundamentais para o cumprimento das condicionalidades do programa.

Além dos equipamentos formais de política pública, percebem-se também, nesses territórios, a atuação de igrejas, Organizações Não Governamentais (ONG) e projetos sociais.

[...] existem alguns projetos individuais como a Oscose e En-hacoré [...] (E11).

Perto da UMEI tem um outro local que é conhecido como “casa da sopa”. Às vezes encaminhamos para lá também para retirar as crianças da rua (E14).

Existem algumas ONGs, programas e projetos sociais que ajudam muito a população deste território [...] (E24).

As instituições citadas são projetos sociais existentes no bairro que promovem atividades relacionadas à dança, música e esportes para as crianças em situação de vulnerabilidade com o intuito de retirá-las das ruas, estimulando seu desenvolvimento em uma perspectiva de inserção social e cidadania.

As ONGs são consideradas importantes formas de acesso às políticas públicas, principalmente saúde e educação, pois embora não sejam gerenciadas pelo governo, recebem incentivo financeiro para efetivar o serviço. Esses serviços visam suprir as políticas que o governo não é capaz de dar respostas e normalmente estão inseridos em regiões de elevado grau de vulnerabilidade (FIGUEIREDO; FAUSTINO, 2018; HECKTHEUER; SILVA, 2011; FREITAS, 2007).

As ações desenvolvidas pelas ONGs são complementares à educação formal e têm como objetivo a retirada das crianças e jovens de situações de vulnerabilidade, como o tráfico de drogas e a prostituição. As atividades propostas também estimulam a socialização dos jovens e muitas vezes ocorrem por meio da arte, considerada um instrumento pedagógico para redução das desigualdades (FREITAS, 2007).

Freitas (2007) também pontua que nesses locais normalmente é ofertada alimentação, não apenas como forma de nutrir o corpo das crianças, mas também para fomentar seu papel educador por meio do comportamento à mesa, forma de servir e até na formação dos hábitos alimentares dos usuários.

As falas dos entrevistados corroboram os achados na literatura, uma vez que os profissionais percebem a fragilidade na existência das políticas formais e identificam as ONGs como parceiras e locais de acolhida para esse público.

Quanto à existência de outros equipamentos de saúde que atendam a população vulnerável, além da ESF, os entrevistados citaram alguns:

Sei que existe o consultório de rua que atende a população que reside nas ruas [...] (E13).

[...] alguns casos mais graves nós encaminhamos para o CERSAM (E20).

No território temos alguns equipamentos que são referência para o centro de saúde como a UPA, o CERSAM [...] em relação à saúde mental existem os centros de convivência para onde podemos encaminhar os pacientes [...] (E21).

Os serviços de saúde, por meio da ESF, têm possibilitado que outros equipamentos das políticas públicas cheguem a locais vulneráveis, onde não há outros recursos disponíveis (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HERMANN, 2016). Na área de saúde, existem diversas ações e estratégias voltadas para grupos populacionais vulneráveis, como população em situação de rua, negros, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBT), entre outros (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

A rede de saúde mental em Belo Horizonte conta com sete CERSAM, dois Centros de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAMI) e nove Centros de Convivência. Estes serviços têm como objetivo a estabilização do quadro clínico dos usuários e a reconstrução da vida pessoal, convívio e reinserção social. Além do atendimento aos usuários, também oferecem suporte aos familiares. Os serviços funcionam todos os dias, das 07h às 19h, e contam com equipes multiprofissionais, incluindo psicólogo, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional e profissionais de enfermagem. A Regional Norte tem um CERSAM para o atendimento dos usuários da região (BELO HORIZONTE, 2019a).

Outros serviços vinculados à saúde mental do município são os Centros de Convivência e as equipes do Consultório na Rua (eCR). Os centros de convivência são regionalizados e oferecem atividades lúdicas, como oficinas de dança, teatro, pintura, música, visando estimular a produção, circulação e inserção social dos usuários (BELO HORIZONTE, 2020d).

O consultório na rua visa ofertar cuidados de saúde mental à População em Situação de Rua (PSR) a fim de melhorar a qualidade de vida desta por meio do fortalecimento de vínculos e laços sociais, possibilitando mudanças no processo de exclusão social. Atua de forma intersetorial com as políticas de assistência social, saúde e sociedade civil. Belo Horizonte possui hoje quatro equipes de Consultório na Rua e a Regional Norte, uma equipe de referência (BELO HORIZONTE, 2019a).

Frequentemente, a população em situação de rua apresenta transtornos mentais e uso/abuso de substâncias psicoativas, o que muitas vezes decorre da precariedade da situação em que vivem. O consultório na rua oferta cuidados integrais a essa população, no local onde se encontram (WIJK; MÂNGIA, 2019; PACHECO; ANDRADE, 2017; BRASIL, 2017). As ações desenvolvidas por essa equipe devem considerar o contexto de vida das pessoas objeto de cuidado, bem como a necessidade de articulação com outros serviços da rede de saúde e intersetorial considerando que as mesmas favorecem o acesso dessa população aos serviços de saúde (FRIEDRICH *et al.*, 2019; BRASIL, 2017).

Embora Brasil (2017) e Friedrich *et al.* (2019) ponderem sobre a forma como as eCR devem atuar, na prática o desafio se mostra maior e exige destes profissionais articulações intra e intersetoriais urgentes, uma vez que é preciso oportunizar os momentos em que esta população aceita ser cuidada. Considerando essa lógica de atendimento emergencial exigida nestes casos, estas equipes algumas vezes são mal vistas por profissionais que não lidam com estas situações no cotidiano, fragilizando as relações entre equipes e, sobretudo, o cuidado com o usuário.

A APS, além de ser identificada pela PNAB (BRASIL, 2017) como a coordenadora do cuidado, deve ser capaz de articular os serviços e políticas existentes de acordo com a RAS, para isso é preciso que o trabalho em rede abranja as diversas políticas. No entanto, a RAS ainda é fragmentada, já que cada serviço atua de forma isolada, desarticulada de outros equipamentos. Reorganizando-se o modelo assistencial, espera-se que ocorra uma ampliação da resolutividade pela APS, redução de encaminhamentos equivocados e maior integração com outros pontos da rede, favorecendo o acesso a um cuidado integral e equânime (GUEDES *et al.*, 2019; ALMEIDA *et al.*, 2016; FERRER *et al.*, 2015).

Além da existência dos equipamentos políticos nos territórios, eles devem ser capazes de agir de forma complementar, compartilhando saberes e considerando a singularidade do seu fazer visando à melhoria nas condições de vida da comunidade. Quando isso ocorre, pode-se dizer que o trabalho é intersetorial (COSTA, 2018). Ressalta-se que o trabalho intersetorial é um dos princípios da ESF e visa ampliar e fortalecer as relações entre os diversos pontos da rede a fim de atingir objetivos comuns por meio de trocas e atividades conjuntas (LIMA *et al.*, 2019; BALESTRIN; VERSCHOORE, 2016; BRASIL, 2017; SILVA; TAVARES, 2016).

Para que isso ocorra, a implementação das políticas deve ser capaz de articular ações intersetoriais e organizar a RAS. A identificação de parceiros na comunidade, bem como o trabalho em equipe, é essencial para a atuação nessa modalidade (BRASIL, 2017; SILVA; TAVARES, 2016). Contudo, revelaram-se algumas dificuldades em se trabalhar dessa forma:

Há dificuldades para resolver os problemas. Algumas situações fogem da nossa governabilidade e são interrompidas sem resolução porque não temos outros equipamentos para acionar [...] (E1).

O desafio para a equipe que trabalha nestas comunidades é enorme porque requer atuação construída a muitas mãos. Equidade só existe se houver intersetorialidade. Na teoria funciona, mas na prática é muito difícil. A equipe tem um desafio diário de lidar com estas situações complexas e os poucos recursos que tem [...] A rede não fornece meios para lidar com estas situações, é preciso outras políticas atuando junto para conseguir prestaro cuidado (E9).

Nós atuamos muitas vezes dentro das escolas apoiando e desenvolvendo ações com as crianças e adolescentes [...] O grupo de violência doméstica acontece no CRAS semanalmente e a condução é revezada entre a saúde e o CRAS. Tem também o apoio do “Bem- Vinda”. Ele (o grupo) acaba sendo intersetorial (E12).

A intersectorialidade visa dar respostas mais adequadas às demandas, evitando que as políticas se sobreponham, o que se configura como um desafio, uma vez que envolve questões relacionadas a restrições e resistências políticas (ROCHA; ROMAGNOLI, 2015).

Para promover um sistema de saúde eficiente com a prática ampliada da saúde, é preciso que exista um diálogo com as outras políticas. O trabalho intersectorial é extremamente eficaz quando alcançado e possibilita a integralidade do cuidado (SILVA; TAVARES, 2016; MORETTI *et al.*, 2016). Silva e Tavares (2016) apontam a dificuldade de atuar de forma intersectorial, pois exige que cada profissional respeite a visão e contribuição dos colegas de outras políticas para construção de soluções para o enfrentamento dos problemas. Exige negociação constante.

Há uma necessidade de práticas intersectoriais incluídas no cotidiano das equipes e gestores (SILVA; TAVARES, 2016).

Percebe-se a partir dos relatos que os trabalhadores da saúde que atuam nestes cenários parecem compreender e aplicar o conceito de equidade, muitas vezes utilizando recursos próprios para atender às necessidades da comunidade. Ao contrário do sistema de políticas públicas que parece utilizar o conceito de equidade apenas na literatura. A existência de equipamentos para além da saúde, a forma como eles trabalham entre si e junto às demais políticas parecem refletir a fragilidade e descontinuidade deste conceito que merece ser mais discutido e ampliado entre a rede intra e intersectorial.

Para que o trabalho ocorra de forma intersectorial, necessita-se que as políticas se articulem para que ocorra a continuidade do cuidado:

[...] temos poucos equipamentos no território, mas conseguimos nos articular bem com os existentes, como o social e a educação [...] (E9).

[...] Quando o usuário muda de endereço e passa a utilizar outro centro de saúde, eu ligo para o gerente da unidade e articulo a transição, discuto o caso [...] faço articulação entre os trabalhadores do nível local e da população com a regional de saúde e secretaria municipal [...] (E15).

Nós articulamos o tempo todo, pois são situações muito delicadas. Da mesma forma que a equipe me aciona pedindo apoio, eu também aciono outros equipamentos [...] acolho a demanda dos usuários e articulo os encaminhamentos a outros serviços da rede [...] A articulação com os serviços melhorou muito, está mais fácil circular a informação (E17).

Com a escola a articulação é boa. Há uma equipe da saúde que fica nas escolas, realiza orientações de saúde, avalia situação vacinal das crianças. Percebo integração entre saúde e educação (E18).

Eu articulo frequentemente com as referências técnicas da regional de saúde determinadas situações que chegam na unidade[...] (E19).

Os pacientes que necessitam ser encaminhados para algum serviço da saúde saem referenciados, nós articulamos com os serviços o encaminhamento e o transporte [...] (E21).

Nós temos uma parceria boa com as escolas, creches, EMEIs [Escolas Municipais de Educação Infantil] e com o CRAS [...] (E27).

A articulação entre os diversos órgãos e políticas é fundamental para atender às necessidades da sociedade com objetivo de melhorar a qualidade de vida da população (JULIANO; MALHEIROS; MARQUES, 2016). Quando ocorre, possibilita que as discussões sejam realizadas conjuntamente, bem como a tomada de decisão, possibilitando uma atenção transversal (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

Para que as articulações sejam concretizadas, existem alguns desafios a serem superados, tais como a alta demanda dos usuários nos serviços, reduzindo o tempo dos profissionais para esse tipo de atividade, a existência de políticas para responder às necessidades da população e a ausência de espaços comuns para o diálogo (MATUDA *et al.*, 2015; SANTOS; PESSOA JUNIOR; MIRANDA, 2018). É preciso diminuir as barreiras entre as políticas e melhorar a comunicação para que seja possível se articular com efetividade (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Os relatos dos entrevistados reforçam o que diz a literatura sobre os desafios para a articulação:

Nós encaminhamos muito os usuários para o CRAS. Quando tem assistente social na unidade ela faz esta articulação, mas como não temos, nós mesmos encaminhamos os usuários para o CRAS [...] existem projetos no território vinculados à igreja e quando percebemos que as pessoas se enquadram nos critérios do projeto, nós encaminhamos [...] (E10).

Quando acionamos o CRAS recebemos poucos retornos a respeito dos casos [...] eles não sabem como funciona a política de saúde e vice-versa [...] Isso atrapalha o processo de trabalho e articulação dos casos. Não temos um momento para articular junto. As políticas conversam somente no nível central e na regional de saúde, mas no nível local, no território onde as coisas acontecem, elas não acontecem [...] (E15).

Eu gostaria muito de saber como o CRAS funciona, qual a atuação deles, porque eles só enviam papel [...] tudo que encaminho para lá nunca tem retorno [...] (E18).

A articulação com a escola também é falha. Às vezes as professoras e Conselheiros Tutelares nos mandam relatórios sobre indisciplina de alunos para a saúde resolver, coisas fora da saúde (E23).

Quando a escola tem demanda da saúde ela aciona a gerência por meio de relatórios (E26).

A dificuldade de comunicação e organização da rede fragmenta o cuidado e dificulta a articulação entre serviços. Quando há comunicação e boa relação entre profissionais e serviços, há maior chance dos encaminhamentos serem qualificados e possibilidade de resolução dos problemas (FERRER *et al.*, 2015; FIGUEIREDO; FAUSTINO, 2018).

Espaços para trocas de experiências e saberes, como reuniões, possibilitam a melhoria da comunicação entre os serviços, o estabelecimento ou fortalecimento da relação de confiança entre os mesmos, bem como o aprimoramento da prática profissional, trazendo benefícios para os usuários (MATUDA *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Algumas vezes há dificuldade de agendamento de reuniões presenciais pela demanda excessiva, mas existem outros mecanismos que propiciam a troca de informações entre os profissionais: os encaminhamentos formais, ligações de telefone, redes sociais como *whatsapp*, todos com o objetivo de otimizar a articulação e melhorar a qualidade de vida dos usuários (OLIVEIRA *et al.*, 2019; SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

Referência e contrarreferência são dispositivos que possibilitam a troca de informação entre os serviços de saúde, sendo essenciais para efetividade da rede, uma vez que favorecem um cuidado compartilhado e integração entre serviços, evitando encaminhamentos equivocados, além de ampliar a resolutividade pela APS (OLIVEIRA *et al.*, 2019; GUEDES *et al.*, 2019). No entanto, apesar das vantagens apontadas, esses dispositivos são subutilizados e levam à descontinuidade do cuidado e redução da qualidade assistencial que fragiliza a APS (OLIVEIRA *et al.*, 2019; HIRDES, 2015).

Outra ferramenta de comunicação existente e que poderia ser potencializada são os prontuários eletrônicos. Embora auxiliem na troca de informações, apresentam algumas barreiras operacionais, tais como custo de manutenção e operacionalização de um único dispositivo em toda a rede (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A articulação e o trabalho intersetorial são difíceis de serem concretizados porque, além dos motivos identificados acima, mexem com a lógica do poder e das vaidades envolvidas com as políticas. Quando é necessário realizar um trabalho de forma integrada entre diversas políticas, é possível perceber que, em alguns casos, a situação vira uma luta entre os profissionais. Cada política tenta se defender ao invés de focar na construção de um cuidado conjunto, e com isso perde-se o foco e o objetivo daquele espaço, fragilizando as relações e o cuidado que poderia ser oferecido aos usuários.

Embora a literatura pondere sobre o objetivo e importância de inserção desses equipamentos nos territórios vulneráveis, é possível identificar, a partir dos relatos, que são insuficientes para responder às necessidades apresentadas pela comunidade, uma vez que não cobrem todo o território tido como vulnerável:

O dificultador hoje é a falta de políticas de moradia, saneamento, emprego, renda. [...] ausência de políticas que complementem a saúde, no papel existe, mas na prática não vejo. Um território com tantos beneficiários do bolsa família deveria ter uma política de renda, de capacitação profissional e isso não acontece neste território (E15).

[...] Temos pouquíssimo apoio de outras políticas neste território [...] (E17).

Encaminhamos muitos casos para outros serviços [...] sozinhos não damos conta [...] CRAS não ajuda muito, o que frustra quando encaminhamos para lá [...] (E27).

Muitas vezes, os serviços de saúde, principalmente a APS, são os únicos equipamentos sociais disponíveis no território para esse tipo de resposta, chegando por vezes a extrapolar a saúde, mediante a necessidade de articulação com outros serviços na rede intersetorial. A dificuldade de acesso aos demais equipamentos sociais interfere diretamente na qualidade de vida desses usuários (FRANÇA; MODENA; CONFALONIERI, 2016).

O acesso a políticas públicas é muito desigual no Brasil e influenciado por questões como sexo, idade, etnia e situação socioeconômica. Embora sejam direitos constitucionais, identifica-se que, na prática, há enorme diferença na disponibilidade de equipamentos nos territórios, bem como na qualidade do serviço oferecido (MARTINEZ, 2017; NEVES-SILVA; HELLER, 2016). A dificuldade de acesso reforça a vulnerabilidade e exclusão da população (FIGUEIREDO; FAUSTINO, 2018). Uma vez que as necessidades dos grupos populacionais são diferentes e multifatoriais, é preciso que as políticas públicas atuem de forma diferente nos espaços, considerando sua singularidade (RIBEIRO; BARATA, 2016; NEVES-SILVA; HELLER, 2016).

Foi possível observar e constatar nos relatos dos profissionais que, ao identificar alguma necessidade que extrapola a clínica, há dificuldade para que a população consiga resolver. Essa ausência de serviços leva a comunidade a buscar ainda mais os serviços de saúde, comprometendo o cuidado com a população. A dificuldade para acessar as políticas públicas interfere diretamente na vida dos indivíduos e na resolução dos problemas apresentados, aumentando a chance de adoecer desses sujeitos (NEVES-SILVA; HELLER, 2016; FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2018).

A pobreza exige políticas públicas próprias voltadas a essa população, uma vez que a distribuição irregular de serviços públicos, bem como dificuldade de acesso, reforça o cenário de exclusão e vulnerabilidade (ROSALINI *et al.*, 2019; FRUTOSO *et al.*, 2015). Essa situação fortalece um ciclo no qual a vulnerabilidade é retroalimentada pela falta de equipamentos públicos nos territórios (FIGUEIREDO; FAUSTINO, 2018). O Estado, à medida que garante alguns direitos, também é violador de outros, uma vez que, não favorecendo o acesso da população de forma equitativa aos serviços, contribui para a manutenção das desigualdades sociais (CAVAGNOLI; GUARESCHI, 2018).

A ausência de equipamentos de lazer e de locais que propiciem a prática de atividades físicas contribui para o aumento do sedentarismo, tido como um fator predisponente para o surgimento de doenças físicas e mentais, inserindo o usuário como vulnerável (RIBEIRO; BARATA, 2016).

Em Belo Horizonte, a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SMEL) é responsável pela inclusão social por meio de atividades em escolas, praças, pistas de corrida, ações de lazer, dentre outras (BELO HORIZONTE, 2020e). No entanto, na prática, ainda há grande disparidade em relação à existência de praças, quadras e demais equipamentos de lazer no município. Nos territórios onde a pesquisa foi realizada, observou-se e a eSF também relatou a ausência desses equipamentos nos locais:

[...] nesse território faltam equipamentos de lazer, não existe nenhum recurso aqui, a distração é vir para o centro de saúde [...] (E1).

Aqui não tem nenhum equipamento de lazer para a comunidade (E8).

O lazer, incluindo espaços públicos para prática de exercícios, é considerado um direito básico da população. Além de contribuir para melhoria de quadros de hipertensão, diabetes e obesidade, reduz o tempo que os sujeitos ficam expostos a álcool, drogas e violência, e as atividades atuam reduzindo o estresse, além de promover hábitos de vida saudáveis. Em cenários de vulnerabilidade, o lazer passa a ser visto como direito secundário da população, o que é confirmado pela distribuição irregular desses equipamentos no município (SEBENELLO; KLEBA; KEITEL, 2016; DANTAS; RONCALLI, 2019).

4.3 O TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ÁREAS DE VULNERABILIDADE ELEVADA: FACILITADORES E DIFICULTADORES

Esta categoria discute aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho de profissionais da eSF que atuam em áreas de vulnerabilidade elevada. Entre os fatores facilitadores está o acesso aos serviços de saúde, o vínculo entre profissionais e usuários e o trabalho em equipe. Como aspectos dificultadores foram pontuados a demora para o agendamento das consultas especializadas, localização geográfica das unidades, o dimensionamento insuficiente de trabalhadores, acesso e o vínculo. Esses dois últimos foram aspectos identificados ora como facilitadores ora como dificultadores no processo de trabalho dos profissionais.

Embora existam outros equipamentos inseridos nos territórios, observa-se que é na saúde que os usuários buscam respostas para as diversas demandas e necessidades apresentadas visando melhores condições de vida:

Hoje em dia não existe mais essa separação, recebemos de tudo: demanda da escola, criança com *deficit* de atenção, dificuldade de aprendizado, pessoa que está passando fome (E6).

[...] antigamente os problemas da população eram menores, as pessoas tinham outros recursos para acionar além da saúde. Agora tudo é o SUS: doenças agudas e crônicas, uso de drogas, violência. O centro de saúde é a porta de entrada para tudo [...] (E15).

A saúde tem uma porta aberta, ao contrário de outras políticas [...] acaba sendo uma porta de entrada para o Estado, é um poder público no território [...] (E16).

Os usuários frequentemente utilizam a queixa clínica para buscar o serviço de saúde e resolver os problemas físicos manifestos, mas também por conseguirem atendimento e terem identificadas diversas questões que nem sempre são aquelas percebidas no primeiro momento (SANTOS; PENNA 2013; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). Assim, infere-se que os usuários parecem procurar o CS pelo fato do equipamento estar inserido no território próximo ao seu domicílio e também pela dificuldade e até mesmo inexistência de outras políticas que deem conta de suprir suas necessidades, considerando a complexidade que apresentam.

Importante dizer que muitas das necessidades dos usuários não são passíveis de resolução exclusivamente pela saúde e para isso é preciso que ocorra uma articulação com

outros serviços e equipamentos de políticas públicas, daí a importância de estes estarem inseridos nos territórios (SANTOS; PENNA, 2013).

A saúde, sendo um dos equipamentos de política pública inserida nos territórios, configura-se como porta de entrada dos usuários no sistema e possibilita o acesso, a identificação das demandas, necessidades e a construção conjunta das respostas às questões apresentadas por esses usuários:

Houve uma melhora da saúde da população a partir do momento em que houve melhoria do acesso [...] (E12).

Nenhum paciente vai embora sem atendimento [...] Só não resolvemos na hora se não tivermos agenda disponível, mas quando surge uma oportunidade nós resolvemos [...] para evitar que a pessoa tenha que ficar voltando na unidade [...] (E26).

Por meio da APS, considerada a porta de entrada preferencial dos usuários no sistema de saúde, ocorre o acolhimento das demandas trazidas por eles, independente de qual ordem seja. As atividades de saúde a serem desenvolvidas no território devem ser guiadas pelas necessidades apresentadas pela comunidade visando à resolutividade dos problemas identificados. O acesso diz respeito justamente à capacidade do serviço em resolver as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017).

Silva *et al.* (2016) e Brasil (2017) reforçam que nos locais onde há maior acesso da população aos CS com acolhimento das demandas, há maior resolutividade das necessidades de saúde apresentadas pelos usuários.

A partir dos relatos obtidos, é possível perceber que nestes territórios, de fato, a saúde é a política pública a qual a população tem maior acesso. Em territórios com diferentes graus de vulnerabilidade percebe-se maior presença de outros equipamentos públicos, porém, nestes cenários de vulnerabilidade elevada, por existirem poucos recursos aos quais a comunidade pode recorrer, a saúde é que oferece maior acesso para que a população tenha suas demandas e necessidades atendidas.

Outro fator importante para ampliação da resolutividade na APS é a existência de uma relação de confiança entre os usuários e a equipe que presta cuidados a eles. Essa relação no contexto da ESF é chamada de vínculo (SANTOS; PENNA, 2013):

Você cria um vínculo com a população e isso traz muitas alegrias no cotidiano de trabalho (E3).

A população foi se vinculando com os profissionais da unidade, confiando, sentindo-se segura [...] confiam a ponto de ir a outros profissionais fora do CS e retornarem para darmos o aval sobre a conduta indicada pelo colega [...] (E12).

A enfermeira acolhe as demandas com muita tranquilidade [...] discute com os colegas e encaminha quando necessário. As pessoas ficam tranquilas em saber que virão e terão suas demandas acolhidas (E17).

Durante a entrevista com um médico, outra profissional adentrou a sala com uma demanda para o mesmo. Informou a ele que uma paciente que ele acompanha estava na unidade para pegar um remédio que o mesmo manda manipular, por conta própria, e faz a doação à comunidade. Ao falar da paciente, o semblante do profissional se transformou e ele abriu um sorriso (NO).

Por meio do estabelecimento de vínculo é possível construir conjuntamente ações longitudinais efetivas e integradas entre as diversas categorias profissionais que assistem os usuários (SANTOS; PENNA, 2013). Contudo, para que de fato o vínculo seja estabelecido, é preciso que todos os envolvidos no processo - usuários, trabalhadores, gestores e o próprio sistema de saúde – responsabilizem-se durante o processo (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

O vínculo possui uma dimensão subjetiva, pois é construído a partir das relações diárias que propiciam o surgimento de afetos e sentimentos diversos (SILVA *et al.*, 2015; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). Além disso, estimula a autonomia e responsabilização do usuário, contribuindo na dimensão terapêutica, uma vez que pode melhorar a adesão às condutas e tratamentos prescritos (BARBOSA; BOSI, 2017; SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

Barbosa e Bosi (2017) e Santos, Romano e Engstrom (2018) reforçam que o estabelecimento de vínculos contribui para maior resolução dos problemas de saúde, reduz o número de intervenções desnecessárias, além de colaborar para diminuição da rotatividade de profissionais.

As relações estabelecidas a partir do contato e vínculo favorecem o conhecimento do outro e estabelecimento de relações que facilitam o reconhecimento das necessidades apresentadas.

Outro fator identificado foi o trabalho em equipe:

Algumas colegas cooperam bastante, quando a gente pede, elas ajudam [...] O acesso à enfermeira também é muito bom, nós trabalhamos muito juntas e isso facilita o trabalho [...] (E13).

Aqui todas as equipes trabalham em parceria, quando não estamos disponíveis os colegas de outras equipes nos apoiam, os acadêmicos [...] somente assim para dar certo. [...] Trabalhamos de forma compartilhada a fim de tirar o foco somente do atendimento médico [...] A enfermeira da minha equipe é muito boa, nós temos uma boa relação e conseguimos resolver muitas coisas na própria equipe [...] (E16).

A minha equipe realmente trabalha como equipe [...] temos uma boa divisão de tarefas, aqui ninguém trabalha sozinho [...] (E18).

Aqui somos uma equipe muito unida, não existe diferenciação entre as equipes, somos todos um único time [...] (E25).

A existência de diversas categorias profissionais atuando em equipe é fundamental para que a ESF se concretize, além de propiciar mudanças no arranjo organizacional do SUS, visando à integralidade, qualificação e resolutividade do cuidado (GARCIA *et al.*, 2015; SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018). A troca de saberes e a identificação de potencialidades de cada profissional ao lidar com as diversas situações que surgem na APS possibilitam um cuidado ampliado ao usuário (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Nesse contexto, é preciso que haja colaboração e interação entre os diversos profissionais envolvidos no cuidado ao usuário. Quando isso ocorre, o que é um desafio, considerando-se todo o espectro da ESF, identifica-se um amadurecimento da equipe, bem como um objetivo único no desempenho de seu trabalho (GARCIA *et al.*, 2015). Nessa direção, Pessoa *et al.* (2018) ponderam que a relação de confiança estabelecida entre os profissionais proporciona resultados positivos para o paciente. Todavia, embora a boa relação seja importante, é preciso que exista interesse pela queixa que o usuário mencionou, caso contrário, o cuidado dispensado não será efetivo e resolutivo.

Embora existam evidências sobre o impacto positivo do acesso aos serviços, os profissionais relataram que este apresenta uma faceta negativa, uma vez que sobrecarrega os serviços e profissionais e impede que os mesmos tenham tempo disponível para pensar em estratégias de prevenção de agravos e promoção da saúde no território. Isso está ligado à dimensão do acesso relacionada à disponibilidade, segundo Sanchez e Ciconelli (2012):

Eu acho que essa demanda espontânea elevada [...] atrapalha um pouco essa organização, em especial nesse território [...] (E1).

A gente não consegue elaborar estratégias de prevenção e promoção pela demanda excessiva de atendimentos agudos [...] (E12).

Conceituar acesso é um desafio, visto que o mesmo envolve diversas variáveis. Donabedian (1973) utiliza o termo “acessibilidade” para se referir a acesso como uma oferta de serviços disponíveis para atender às necessidades da população.

A Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (2014) pondera que acesso diz respeito à capacidade de utilização dos serviços de saúde integralmente e que estes são ofertados de acordo com o território onde estão inseridos a fim de suprir as necessidades da população em tempo oportuno.

Sanchez e Ciconelli (2012) abordam que o acesso possui quatro dimensões: disponibilidade – existência de serviços em locais apropriados; aceitabilidade – percepção dos usuários acerca dos serviços; capacidade de pagamento – relacionado ao financiamento da saúde; e informação - processo de comunicação entre serviços e usuários.

O acesso universal, prerrogativa da PNAB (BRASIL, 2017), pode então ser descrito como positivo e facilitador do trabalho, mas também como dificultador, já que, em algumas situações, pode levar a população a procurar excessivamente os profissionais e diminuir o tempo disponível para realização de outras ações inerentes ao trabalho da eSF.

Além disso, a demora para o agendamento das consultas especializadas também foi relatada como um fator dificultador para o trabalho, pois interfere diretamente no aumento da procura de atendimento nos centros de saúde.

A dificuldade para agendar um especialista interfere no nosso trabalho [...] (E2).

Os usuários reclamam muito da demora para marcação de consultas especializadas [...] (E7).

Enquanto o agendamento das consultas especializadas não sai, os usuários voltam repetidas vezes no posto [...] algumas especialidades são muito demoradas [...] (E22).

As consultas especializadas demoram e isso é complicado [...] (E24).

Às vezes os usuários vêm aqui solicitando uma consulta especializada [...] Mas ela demora, tem muitos pacientes na fila e aí é complicado para marcar [...] (E25).

A oferta insuficiente de vagas, bem como de profissionais médicos, e o aumento de usuários demandando consultas especializadas constituem alguns dos principais dificultadores para o acesso a estas, impactando diretamente na integralidade do cuidado ao usuário, uma vez que suas necessidades não são atendidas (SILVA *et al.*, 2017; MERCÊS; SILVA; OLIVEIRA, 2018).

Embora a redução da oferta seja real, outros fatores podem influenciar no acesso dos usuários à atenção especializada. Dalcuche e Mendes (2017) afirmam que a estratificação de risco dos usuários pautada em protocolos clínicos, como também a aproximação entre generalistas e especialistas por meio de reuniões, ligações e meios digitais, promove o fortalecimento dos generalistas que atuam na APS, ampliando a resolutividade do serviço, conforme preconizado na PNAB (BRASIL, 2017). Castro e Campos (2016) também reforçam a importância da existência de espaços comuns para que ocorram a troca de saberes e o fortalecimento de vínculos entre profissionais que atuam nos diversos pontos da rede de saúde.

Entretanto, percebe-se que, atualmente, o encaminhamento para o especialista segue uma lógica hierárquica assistencial-ambulatorial (quem encaminha o paciente e quem o recebe) repercutindo na transferência de responsabilidade do atendimento dos serviços especializados para a APS e vice-versa (CASTRO; CAMPOS, 2016).

Aliada à baixa oferta de consultas especializadas e pouca comunicação entre serviços especializados e APS, a demanda elevada propicia o crescimento das filas e, conseqüentemente, do tempo de espera pelas consultas, o que repercute na saúde do usuário que aguarda resposta para suas necessidades. A maioria dos usuários depende do atendimento pelo SUS e a demora, além da ansiedade, pode trazer problemas em situações que não deveriam esperar.

No entanto, o encaminhamento adequado para os especialistas, de acordo com critérios e protocolos clínicos, leva à diminuição do tempo de espera nas filas. Isso reflete na melhoria da saúde dos usuários, uma vez que acessam a atenção especializada com maior agilidade (VIEIRA; LIMA; GAZZINELLI, 2015).

Além dos fatores citados como baixa oferta de consultas especializadas em relação a demanda apresentada, poucos médicos especialistas atuando e fragmentação da comunicação entre médicos generalistas e especialistas, percebe-se uma elevada rotatividade de profissionais na APS, o que pode gerar a fragmentação do cuidado a partir do desconhecimento dos fluxos e protocolos clínicos existentes, aliado aos poucos espaços de troca entre especialistas e generalistas que contribuem para o aumento das filas e demora para o agendamento de consultas especializadas.

Outro aspecto que se observou nos relatos dos profissionais diz respeito ao impacto negativo do vínculo no trabalho das eSF:

Às vezes esse vínculo é um problema porque eles ficam muito dependentes da gente. Percebo que eles não têm muita responsabilidade sobre a própria saúde, transferem ela para nós, profissionais como se fossemos os únicos responsáveis pela saúde deles [...]. Às vezes eu me sinto muito sobrecarregada com isso (E1).

O vínculo da população com os profissionais traz um excesso de demanda na unidade e os profissionais ficam sobrecarregados [...] Neste território a população é carente de tudo, atenção, carinho [...] os três médicos que atuam são especialistas em saúde da família e comunidade, somos muito engajados e gostamos do que fazemos, acho que por este motivo a população se vinculou muito com a unidade e tem um carinho grande por nós [...] mas isso fez com que a demanda aumentasse, o acesso trouxe sobrecarga para as equipes e dificulta o trabalho na unidade [...] (E12).

Percebeu-se, dessa forma, que o vínculo é fundamental para a integralidade do cuidado, no entanto, em alguns momentos, pode levar à sobrecarga de trabalho da equipe, uma vez que os usuários podem ter sua autonomia reduzida a partir da dependência dos profissionais, levando à hiperutilização dos serviços. Embora seja percebido como fator que contribui para a eficácia das ações em saúde e aumento da resolutividade, o vínculo também amplia o acesso aos serviços de saúde, gerando, assim, o aumento de pessoas procurando as unidades (BARBOSA; BOSI, 2017).

Por outro lado, Santos, Romano e Engstrom (2018) apontam que o excesso de demanda e atividades na APS dificulta o estabelecimento de vínculos, uma vez que o tempo para interação com os usuários é reduzido.

Nestes territórios é fundamental que as equipes atuem estimulando a população a se empoderar quanto ao autocuidado, e assim romper com a dependência dos profissionais de saúde, o que parece demonstrar insegurança ou mesmo um excesso de vínculo. Desta forma, a demanda reduziria e os profissionais poderiam ter um tempo maior para desenvolver outras atividades nestas comunidades pensando em qualificar o cuidado.

Quanto aos recursos humanos disponíveis, observou-se e também foi relatado pelos entrevistados que há insuficiência de equipes e profissionais nas unidades considerando a quantidade de pessoas acessando os serviços:

Eu acho que o *deficit* de profissionais interfere no trabalho [...]. Aqui, por ser área de elevado risco, deveria ter mais equipes atuando (E4).

Aqui nós temos muitas pessoas cadastradas para poucos profissionais, então acho que valeria a pena eles (a gestão) olhar mais este aspecto [...] A equipe que atua no CS é pequena [...] E na maioria das vezes nós ficamos sozinhos nos setores [...] (E5).

Eu acho que se tivesse menos pessoas na minha área de abrangência conseguiria chegar mais neles, ainda mais por ser um território de alta vulnerabilidade [...]. Eu não consigo ver todo mundo todo mês porque eu tenho gente demais, quase o dobro do que deveria ter na minha área. [...]. Se fossem menos eu acho que facilitaria um pouco o trabalho (E8).

Aqui na unidade temos uma rotatividade alta de técnicos de enfermagem, principalmente porque somente duas são efetivas, as demais são contratadas [...]. Na pausa contratual algumas encontram outro emprego e não retornam, isso dificulta um pouco (E14).

Pelos relatos, constatou-se que as recomendações da PNAB (BRASIL, 2017) não são aplicadas, já que os relatos revelam um número insuficiente de profissionais e equipes atuantes nesses territórios.

O quantitativo adequado de profissionais nos serviços, considerando-se os territórios onde estão localizados, é fundamental para a redução da pobreza, conforme descrito no documento “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” (OPAS/OMS, 2018).

Áreas distantes e vulneráveis possuem um quantitativo reduzido de profissionais na APS comprometendo o acesso da população a esses serviços, enquanto áreas urbanas que possuem mais recursos financeiros atraem mais profissionais (OPAS/OMS, 2018).

Embora a remuneração para os profissionais que atuam nestas áreas seja maior, percebe-se que muitos acabam optando por trabalharem em outras unidades localizadas em áreas mais centrais, com mais recursos disponíveis nos territórios, o que dificulta o seguimento das recomendações ponderadas por Brasil (2017).

Identificou-se ainda que a falta de materiais pode interferir na realização do trabalho dos profissionais da eSF. A falta de computador nas unidades leva os agentes comunitários a não conseguirem lançar toda a produção mensal, o que impacta no planejamento das ações no território. Por outro lado, se ficam na unidade para lançar os dados, o tempo disponível para as atividades assistenciais pode ficar comprometido.

Os ACS têm como uma de suas atribuições a alimentação do Sistema de Informação em Saúde com os dados das atividades desenvolvidas. Esses registros propiciam o planejamento das ações no território de acordo com as necessidades identificadas (BELO HORIZONTE, 2019b; BRASIL, 2017). Santos, Romano e Engstrom (2018) reforçam que os profissionais têm deixado de realizar atividades assistenciais pelo excesso de demanda administrativa, o que foi relatado pelos profissionais:

Minha produção está atrasada porque não tem computador disponível para eu lançar os dados [...] A falta de recursos interfere no nosso trabalho (E4).

Quando a gente chega não tem sala e nem computador disponível [...] e isso atrapalha o nosso serviço [...] temos que chegar mais cedo ou ficar depois do horário para conseguir lançar o nosso trabalho no sistema [...] Mês passado fiquei sem lançar minha produção mensal toda porque o prazo venceu. [...] Esse mês eu estou deixando de fazer coisas na rua para lançar (E10).

Nós utilizamos uma folha, mas ela é defasada. Depois que preenchemos ainda temos que passar para o computador. Se o material fosse informatizado os dados cairiam automaticamente [...] às vezes estamos lançando os dados e o sistema sai do ar, aí perdemos tudo que lançamos [...] não temos computadores suficientes disponíveis na unidade para conseguirmos lançar nossa produção [...] (E11).

Temos dois trabalhos, pois além de fazer os cadastros manuais, temos que lançar no computador porque não é informatizado [...] (E20).

Quanto aos demais insumos verifica-se nos relatos dos profissionais que a ausência de alguns materiais impacta negativamente na execução do trabalho na unidade.

Às vezes falta luva, papel e aí fica mais difícil fazer o nosso trabalho [...] A ergonomia aqui também é algo que deixa a desejar [...] Os armários onde ficam os prontuários são muito baixos, é preciso abaixar para pegá-los [...], quando é preciso fazer uma ligação externa o profissional tem de ir longe, pois só temos um telefone na unidade e ele não fica dentro de uma sala, não confere privacidade [...] (E2).

A gente não tem material nem uniforme, isso atrapalha bastante (E10).

O protetor solar que a gente recebe somente uma vez ou outra, temos que comprar com o próprio dinheiro [...] (E11).

A falta de materiais traz impactos negativos tanto durante a execução do trabalho pelos profissionais quanto para os usuários. A fim de evitar perda da qualidade assistencial alguns profissionais compram com o próprio recurso alguns materiais. Esse ato é percebido pelos mesmos como uma responsabilização e compromisso pelo cuidado dispensado ao usuário (SANTOS; PESSOA JUNIOR; MIRANDA, 2018; PESSOA *et al.*, 2018).

Observou-se outro aspecto dificultador, reforçado pelos profissionais: a localização geográfica da Unidade, em área descoberta por serviços de comércio, como padarias, mercearias e farmácia, o que contribui para a rotatividade de profissionais e dificulta o acesso dos usuários ao centro de saúde:

Aqui é um lugar ermo, deserto, não tem circulação de pedestres, não tem moradias, o CS é no alto [...] nossa localização geográfica não é boa [...]. Sempre temos falta de funcionários por conta da localização, da distância

[...]. É uma comunidade que não tem absolutamente nada, nem padaria, mercearia e farmácia. Praças existem poucas, escolas tem duas municipais e uma estadual, igreja tem várias e bares, nada além disso [...]. Com essa distância muita gente desanima de trabalhar aqui. Além de ser longe, não tem nada próximo, qualquer coisa que você precisar tem que sair de carro e demora. [...] (E1).

[...] Por ser um local distante há grande rotatividade de médicos (E4).

Antigamente fazíamos muitos grupos, mas a localização é um problema. O pessoal que mora mais longe achava complicado vir (E6).

O CS é longe, fica no meio de vários bairros [...] quando fazemos grupo de pré-natal são poucas as mulheres que comparecem (E7).

É uma unidade afastada e retiraram os guardas municipais que ficavam aqui [...] temos dificuldade com isso [...] (E8).

Uma das unidades de saúde onde foi realizada a coleta de dados era distante de tudo. Próximo a uma via rápida, ladeada por um córrego, longe de casas. A população que tem a unidade como referência mora do outro lado da BR e tem dificuldade para comparecer à unidade. Não existe nenhum tipo de comércio próximo e ao final do dia fica ermo (NO).

A população vulnerável costuma viver em áreas com desvantagens ambientais, sociais e econômicas, fatores estes que influenciam nas condições de saúde e qualidade de vida dos mesmos (RIBEIRO; BARATA, 2016).

Barreiras geográficas impactam diretamente no acesso da população aos serviços (HIRDES, 2015). Além disso, serviços localizados em áreas afastadas dos centros urbanos onde vivem populações de baixa renda encontram dificuldade em fixar profissionais. Quando conseguem, os vínculos com a comunidade são frágeis, o que proporciona mudança de emprego quando surge oferta mais atrativa (OLIVEIRA *et al.*, 2019; FERREIRA NETO *et al.*, 2016). A elevada rotatividade prejudica a comunidade e os processos de trabalho nas unidades, impactando diretamente na assistência aos usuários (PESSOA *et al.*, 2018). Condições de acesso, distância e oferta de serviços básicos próximos (banco, restaurantes) foram sinalizados por Stralen *et al.* (2017) como fatores que influenciam na escolha do local de atuação do profissional.

Pelos relatos dos entrevistados e observação do serviço e da clientela, as condições associadas ao território de vulnerabilidade social, econômico-financeira, de educação, de infraestrutura local e da escassez de equipamentos sociais afetam não somente a comunidade que ali reside, mas também os profissionais. O trabalho é diferenciado em relação a outros CS para atender às necessidades daquela população e proporcionar acesso da comunidade aos

serviços. Impacta, também, na disponibilidade de profissionais, tendo em vista que quando há possibilidades de mudança do local de atuação, solicitam transferência para outros CS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção primária à saúde realizada, em grande parte, por meio da ESF é a responsável pelo atendimento e coordenação do cuidado dos usuários, uma vez que as eSF se encontram inseridas nos territórios. As atividades desenvolvidas pela eSF visam atender não somente as demandas verbalizadas pelos usuários, mas também as necessidades de saúde identificadas. Nos territórios de vulnerabilidade elevada, onde se encontram os 3 (três) CS identificados como cenário deste estudo, a população possui necessidades que vão além da saúde e se diferem daquelas apresentadas pela população que reside em áreas de médio ou baixo risco socioeconômico.

Nesse sentido, muitas vezes, os usuários buscam no CS apoio para resolver problemas que exigem ação intersetorial, evidenciando a necessidade de que outros equipamentos, além da saúde, estejam presentes nos territórios para suprir as deficiências identificadas, além da articulação intersetorial.

Constatou-se na pesquisa que os profissionais que atuam nessas áreas têm suas atividades afetadas pelo contexto em que estão inseridos. Embora as normativas direcionem o trabalho desenvolvido na APS, as demandas dos usuários acabam direcionando a forma como o mesmo é realizado, sendo, a partir desta sinalização, possível compreender o trabalho de equipes de saúde da família que residem em territórios de vulnerabilidade elevada.

Atividades assistenciais, como atendimento à demanda espontânea, consultas eletivas, atividades coletivas, bem como reuniões e atividades de coordenação, fazem parte do cotidiano de trabalho desses profissionais. Nesses espaços é possível identificar as questões apresentadas pelos usuários. Verificou-se a grande diversidade das demandas apresentadas, que vão desde o atendimento de urgências clínicas e renovação de receitas até a falta de recursos financeiros para compra de alimentos e medicamentos não disponíveis nos CS e transporte. Interrupções de uso de medicamentos são frequentes e podem estar relacionadas às características da população que reside nesses territórios.

Embora a saúde não seja o equipamento específico para dar respostas a essas questões, o acesso dificultado ou até mesmo inexistente a outras políticas leva o usuário a procurar a APS em busca de respostas.

A presença de outros serviços no território não significa que o usuário conseguirá acessá-lo. Identificou-se que nesses territórios há a presença de outros serviços da saúde, assistência social e educação, todavia recursos relacionados à prática de esportes e lazer não se encontram disponíveis nesses locais. Os serviços disponíveis possuem resolutividade

relativa e há escassez de orientações sobre vários aspectos da vida cotidiana, como para aposentaria e outras que poderiam contribuir para reduzir as desigualdades sociais, que são buscadas no CS.

Para os casos em que existem equipamentos, há ainda a dificuldade em se trabalhar integrado, de forma intersetorial, o que se configura como desafio a ser superado. Considerando que os sujeitos são únicos e apresentam necessidades diversas que envolvem vários aspectos relacionados tanto a sua saúde física quanto mental e social, a articulação entre os serviços, com troca de informações, torna-se necessária para a elaboração de planos de cuidados integrados.

Trabalho em equipe nas unidades, o acesso dos usuários aos CS e o vínculo construído entre profissionais e usuários foram identificados como fatores que favorecem a realização do trabalho, reforçando a importância de se trabalhar de forma integrada. Contudo, o fato de as unidades de saúde estarem situadas em locais com desvantagens socioeconômicas muitas vezes configura-se como um dificultador para o acesso dos usuários.

Além disso, aspectos como a demora para o agendamento de consultas especializadas e dimensionamento insuficiente de profissionais nas unidades aumentam a procura pela APS, sobrecarregando, assim, os profissionais que ali atuam.

Constitui, ainda, um desafio aprofundar-se nas relações estabelecidas entre os usuários e os profissionais, compreendendo o ponto de vista deles em relação aos serviços existentes nos territórios. Dessa forma, sugerem-se novos estudos sobre o tema.

Acredita-se que esta pesquisa possibilitará que a gestão municipal visualize as potencialidades e fragilidades associadas às políticas públicas municipais, considerando o princípio da equidade, e ofereça serviços que irão de encontro às necessidades da população nos territórios.

Este estudo não é passível de generalização, tendo em vista que áreas de vulnerabilidade elevada apresentam diferentes características, dependendo do município e dos grupos populacionais que as habitam. No entanto, o trabalho em saúde nessas áreas tem características diferenciadas, marcadas pela desigualdade social e por demandas que nem sempre os serviços de saúde conseguem resolver.

A partir desta pesquisa foi possível perceber que, mesmo diante da escassez de recursos nestes territórios, os trabalhadores que atuam nestes cenários utilizam sua criatividade para exercer seu trabalho e buscam maneiras de dar resposta às necessidades da comunidade, mesmo quando as mesmas extrapolam os limites das políticas de saúde. Vivenciar estas situações me estimulou a pensar sempre em formas de responder às questões

dos usuários, mesmo quando as mesmas não forem da governabilidade da política de saúde e sempre lembrar que existem serviços parceiros que complementam o cuidado ofertado à comunidade e que tal articulação deve ser potencializada visando a integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. *et al.* Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, jun. 2016.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HERMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, maio 2016.
- AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA JUNIOR, I. From natural history of disease to vulnerability. changing concepts and practices in contemporary public health. *In*: PARKER, R.; SOMMER, M. (org.). **Routledge handbook in global public health**. Abingdon, Oxon: Taylor and Francis, 2011. p. 98-107.
- BADUY, Rossana Staevie; MELCHIOR, Regina; BERTUSSI, Débora Cristina; STOICOV, Roseli Rossi; MARTINS, Vera Lúcia. O trabalho em saúde. *In*: ANDRADE, S.M... [et al.] (org). **Bases da Saúde Coletiva**, 2ª ed. Londrina: Eduel, 2017.
- BALESTRIN, A.; VERSCHOORE, J. **Redes de cooperação empresarial: estratégias de gestão na nova economia**. 2. ed. Porto Alegre: Bookmann, 2016.
- BANDEEN-ROCHE, K. *et al.* Frailty in older adults: a nationally representative profile in the United States. **The Journals of Gerontology: Series A**, v. 70, n. 11, p. 1427-1434, ago. 2015.
- BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da saúde coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, dez. 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BATTISTELLI, B. M.; RODRIGUES, L.; CRUZ, L. R. A política de assistência social: relações entre vulnerabilidade, risco e autonomia. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 88-110, 2018.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Prodabel detalha tamanho e número de bairros das regionais**. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/prodabel-detalha-tamanho-e-numero-de-bairros-das-regionais>. Acesso em: 22 mar. 2020.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de enfermagem: atenção primária à Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2016a. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/manual_enfermagem_AP.pdf. Acesso em: 10 abr. 2020.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Índice de vulnerabilidade da saúde**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2013. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de->

governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/indice_vulnerabilidade2012.pdf. Acesso em: 11 set. 2018.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Demanda espontânea na atenção primária à saúde em Belo Horizonte:** recomendações para organização do processo de trabalho no nível local. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/documento-demanda-espontanea.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Gestão do cuidado no território.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2016b. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/gestao_cuidado_territorio.pdf. Acesso em: 07 abr. 2020.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde mental.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2019a. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental>. Acesso em: 5 mar. 2020.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual do agente comunitário de saúde da atenção primária à saúde de Belo Horizonte:** diretrizes técnicas para o trabalho. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2019b. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/manual-ac3-9-2019.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2020.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Assistência Social. **Centro de referência de assistência social (CRAS).** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Assistência Social, 2020a. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/assistencia-social/equipamentos/cras>. Acesso em: 2 mar. 2020. Acesso em: 2 mar. 2020.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Educação. **Secretaria Municipal de Educação.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Educação, 2020b. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/educacao>. Acesso em: 2 mar. 2020.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Educação. **Atendimento geral 2020:** março - educação infantil. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Educação, 2020c Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/educacao/Atendimento%20Geral%20-%20Mar%C3%A7o%20-%202020.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2020.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Centro de convivência.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2020d. Disponível em: <https://servicos.pbh.gov.br/servicos/i/5e4eea48e1bf5e706b775f07/servicos+centro-de-convivencia>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Esportes e Lazer. **Secretaria Municipal de Esportes e Lazer**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Esportes e Lazer, 2020e. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/esportes-e-lazer>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. **Cadastro Único: conhecer para incluir**. Brasília: Ministério da Cidadania, 2020. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmps/bolsafamilia/relatorio-completo.html>. Acesso em: 01 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 59, 13 jun. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68, 13 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, 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). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 88, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política nacional de assistência social - PNAS/2004**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 1 fev. 2020.

BRIXNER, B. *et al.* Ações de promoção da saúde nas estratégias saúde da família. **CINERGIS**, Santa Cruz do Sul, ano 18, v. 18, p. 386-390, dez. 2017. Supl. 1.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CAIXETA, N. C. R. C. *et al.* Modo de uso dos medicamentos de portadores de doenças crônicas acompanhados pelas equipes da estratégia de saúde da família de um município mineiro. **CINERGIS**, Santa Cruz do Sul, ano 18, v. 18, n. 1, p. 20-24, mar. 2016.

CALEJON, L. M. C. Desempenho escolar e vulnerabilidade social. **Revista EXITUS**, Santarém, v. 1, n. 1, p. 149-164, jul./dez. 2011.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. e00101417, mar. 2018.

CARVALHO, B. G. *et al.* Work and inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 19-26, jan./fev. 2012.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, jun. 2016.

CAVAGNOLI, K. C.; GUARESCHI, N. M. F. Itinerários possíveis da política de assistência social: garantia de direitos e governamentalidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.114-126, jan./abr. 2018.

CECÍLIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. e00056917, 2018.

CONILL, E. M. *et al.* Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2171-2185, jul. 2018.

COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, dez. 2014.

COSTA, M. D. H. Saúde e intersetorialidade: os desafios á articulação intersetorial entre saúde, habitação e saneamento. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 22, p. 1311-1326, 2018.

DALCUCHE, M. G.; MENDES, E. V. A integração em rede da Atenção Primária (APS) com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no estado do Paraná. **Espaço para Saúde**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 31-34, jul. 2017.

DANTAS, R. C. O.; RONCALLI, A. G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 295-306, jan. 2019.

DELWING, M. B. *et al.* Avaliação do entendimento da prescrição por idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil. **PAJAR**, v. 5, n. 2, p. 55-61, 2017.

DIMENSTEIN, M.; CIRILO NETO, M. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 1, p. 1-17, jan./abr. 2020.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

EGRY, E. Y. Um olhar sobre as boas práticas de enfermagem na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 930-931, 2018.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-43, jun. 2010.

FARIAS, D. C. *et al.* Acolhimento e resolubilidade das urgências na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 79-87, mar. 2015.

FELTRAN, G. S. O valor dos pobres: a aposta no dinheiro como mediação para o conflito social contemporâneo. **Caderno CRH**, Salvador, v. 27, n. 72, p. 495-512, dez. 2014.

FERREIRA NETO, J. L. F. *et al.* Integralidade, condições de oferta de serviços e processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 179-192, dez. 2016.

FERREIRA, A. C. S.; MATTOS, M. Atenção multiprofissional ao idoso em condição crônica na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 3, p. 1-10, jul./set.2018.

FERRER, M. L. P. *et al.* Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 223-230, set. 2015.

FIGUEIRA, M. C. S.; SILVA, W. P.; SILVA, E. M. Acesso aos serviços da atenção primária em saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1246-1257, maio 2018.

FIGUEIREDO FILHO, D. B. Desigualdade de renda e vulnerabilidade social em Pernambuco: uma análise exploratória. **Revista Ciência & Trópico**, Recife, v. 43, n. 1, p. 45-57, 2019.

FIGUEIREDO; G. C.; FAUSTINO, H. H. Violência e vulnerabilidade social: impacto da intervenção psicossocioeducativa na garantia de direitos. **Laplage em Revista**, Sorocaba, v. 4, n. 3, p. 225-239, set./dez. 2018.

FRANÇA, V. H.; MODENA, C. M.; CONFALONIERI, U. E. C. Visão multiprofissional sobre as principais barreiras na cobertura e no acesso universal à saúde em territórios de

extrema pobreza: contribuições da enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2795, 2016.

FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 102-114, 2015. Supl. 1.

FREITAS, I. C. M. Escola e organização não governamental: educação formal e não-formal de jovens da periferia de Fortaleza. **Caderno CRH**, Salvador, v. 20, n. 49, p. 77-94, abr. 2007.

FRIEDRICH, M. A. *et al.* Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 9, n. 2, p. e199202, 2019.

FROSI, R. V.; TESSER, C. D. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3151-3161, jun. 2015.

FROTA, G. A. S. *et al.* Experiência de usuários acerca do uso de drogas. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 3, p. 1-11, 2018.

FRUTOSO, M. F. P. *et al.* Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 337-349, jun. 2015.

GARCIA, A. C. P. *et al.* O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, ano 5, v. 5, n. 1, p. 31-36, jan./mar. 2015.

GIAQUETO, A. A descentralização e a intersetorialidade na política de assistência social. **Revista Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 9, n. 2, p. 79-102, jul./dez. 2010.

GUEDES, B. A. P. *et al.* A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2125-2134, jun. 2019.

HECKTHEUER, L. F. A.; SILVA, M. R. S. Projetos sociais esportivos: vulnerabilização e governo. **Movimento**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 115-132, jul./set. 2011.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 371-382, fev. 2015.

JULIANO, E. F. G. A.; MALHEIROS, T. F.; MARQUES, R. C. Lideranças comunitárias e o cuidado com a saúde, o meio ambiente e o saneamento nas áreas de vulnerabilidade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 789-796, mar. 2016.

JUSTO, L. G. *et al.* A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, p. 1345-1354, 2017. Supl. 1.

KESSLER, M. *et al.* A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1127-1135, maio 2018.

- KLEBA, M. E. *et al.* Trilha interpretativa como estratégia de educação em saúde: potencial para o trabalho multiprofissional e intersetorial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 217-226, mar. 2016.
- LIMA, A. M. *et al.* A institucionalização da cooperação: uma análise do trabalho institucional em uma comunidade vulnerável da região amazônica. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v. 21, n. spe, p. 683-705, 2019.
- LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 2. ed. Rio de Janeiro: E.P.U., 2014.
- MALTA, F. S.; COSTA, E. M.; MAGRINI, A. Índice de vulnerabilidade socioambiental: uma proposta metodológica utilizando o caso do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3933-3944, dez. 2017.
- MARIOSIA, D. F.; CAMILO, M. V. R. F. Território, trabalho e saúde: repercussões socioambientais do estilo de vida em duas comunidades da reserva de desenvolvimento sustentável do Tupé, Manaus, Amazonas. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 189-205, maio/ago. 2018.
- MARTINEZ, M. R. A abordagem equitativa de gênero como uma estratégia de gestão para fixação de médicos em áreas vulneráveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, p. 1193-1204, 2017. Supl. 1.
- MATUDA, C. G. *et al.* Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, ago. 2015.
- MATUMOTO, S. *et al.* Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 603-610, jun. 2011.
- MEDINA, M. G. *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 69-82, out. 2014.
- MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 2, p. 1-3, abr./jun. 2018.
- MERCÊS, J. C.; SILVA, B. E. M.; OLIVEIRA, R. F. S. A importância do enfermeiro enquanto coordenador na equipe de estratégia de saúde da família. **Revista Psicologia e Saúde em Debate**, v. 4, n. 3, p. 72-83, dez. 2018.
- MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?** Campinas: [s.n.], 1999.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea, in: **Leituras de novas tecnologias e saúde**; Mandarino, A. C. S.; Gomberg, E. (org); Bahia, Editora UFS, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

MOREIRA, D. A. *et al.* O sistema de triagem de Manchester na atenção primária à saúde: ambiguidades e desafios relacionados ao acesso. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, p. e5970015, jun. 2017.

MORETTI, C. A. *et al.* Implementação da consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família: desafios e potencialidades. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 6, n. 2, p. 309-320, 2016.

NEVES-SILVA, P.; HELLER, L. O direito humano à água e ao esgotamento sanitário como instrumento para promoção da saúde de populações vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1861-1869, jun. 2016.

OLIVEIRA, C. M. *et al.* A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.20, n.59, p.1005-1014, dez. 2016.

OLIVEIRA, C. R. F. *et al.* Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. e00119318, maio 2019.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes.** São Luís: Universidade Federal do Maranhão: UNA-SUS, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de desenvolvimento sustentável: 17 objetivos para transformar nosso mundo.** [S. l.]: ONU, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/>. Acesso em: 05 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão.** Rio de Janeiro: OMS, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde.** Washington, D.C.: OPAS/OMS, 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-p.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde.** Washington, D.C.: OPAS/OMS, 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34960/9789275720035_por.pdf?sequence=6&isAllowed=y. Acesso em: 05 nov. 2019.

PACHECO, M. E. A. G.; ANDRADE, J. T. Concepções em redução de danos no projeto consultório de rua: práticas na saúde mental. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 57-74, maio/ago. 2017.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PESSOA, K. L.V. *et al.* Gestão do cuidado e interdisciplinaridade: desafios do cotidiano da atenção psicossocial. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 20, n. 6, p. 692-698, dez. 2018.

PINHO, E. S.; SOUZA, A. C. S.; ESPERIDIÃO, E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 141-151, jan. 2018.

RIBEIRO, K. G. *et al.* Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, p. 1387-1398, 2018. Supl.1.

RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B. Saúde: vulnerabilidade social, vizinhança e atividade física. **Cadernos MetrÓpole**, São Paulo, v. 18, n. 36, p. 401-420, dez. 2016.

RIZZATTI, H.; SILVA, A. M. B. Cidades e contra-racionalidades: ocupações urbanas em Campinas/SP (do parque Oziel ao Jardim Campo Belo). **Revista RA'EGA**, Curitiba, v. 40, p. 211-230, ago. 2017.

ROCHA, A. P. L.; ROMAGNOLI, R. C. Cuidado com a velhice: interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 638-640, set. 2015.

ROSALINI, M. H. P. *et al.* Qualidade de vida, coesão e adaptabilidade em famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 307-314, jan. 2019.

SÁ, S. L. B. *et al.* Usuário da estratégia de saúde da família: conhecimento e satisfação sobre acolhimento. **Revista Brasileira de Promoção em Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 96-103, abr./jun. 2012. Supl.

SACOMAN, T. M. *et al.* Implantação do Sistema de Classificação de Risco de Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p.354-367, abr. 2019.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações de produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2011.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, mar. 2018.

SANTOS, J. A. F. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 556-572, jun. 2018.

SANTOS, L. J.; PARANHOS, M. S. Os trabalhadores das equipes de saúde da família no Rio de Janeiro: aspectos da liderança em pesquisa de clima organizacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 759-769, mar. 2017.

SANTOS, M. A. M.; SOUZA, E. G.; CARDOSO, J. C. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família e do Programa Mais Médicos na área rural de Porto Velho, Rondônia. **Gestão & Sociedade**, v. 10, n. 26, p. 1327-1346, ago./maio 2016.

SANTOS, R. C. A.; PESSOA JUNIOR, J. M.; MIRANDA, F. A. N. Rede de atenção psicossocial: adequação dos papéis e funções desempenhados pelos profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, p. e57448, 2018.

SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na saúde da família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. e280206, 2018.

SANTOS, T. V. C.; PENNA, C. M. M. Demandas cotidianas na atenção primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p.149-156, mar. 2013.

SANTOS, Y. G. As mulheres como pilar da construção dos programas sociais. **Caderno CRH**, Salvador, v. 27, n. 72, p. 479-494, dez. 2014.

SEBENELLO, D. C.; KLEBA, M. E.; KEITEL L. Práticas de lazer e espaços públicos de convivência como potencia protetiva na relação entre juventude e risco. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 53-63, jun. 2016.

SILVA, B. P. *et al.* Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n. 9, p. 2899-2906, set. 2016.

SILVA, C. R. *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, abr. 2017.

SILVA, D. A. J.; TAVARES, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da estratégia saúde da família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, dez. 2016.

SILVA, M. R. F. *et al.* O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 249-254, jan./mar. 2015.

SIQUEIRA, S. A. V.; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. Políticas de promoção de equidade em saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1397-1406, 2017.

STRALEN, A. C. S. V. *et al.* Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis**, v. 27, n. 1, p. 147-172, jan. 2017.

TAVARES, J. B. *et al.* Método problematizador no trabalho de busca ativa de hanseníase em dois centros de saúde: descrição de experiência. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 1-6, abr./jun. 2019.

TAVARES, R. *et al.* Homicídios e vulnerabilidade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.923-934, mar. 2016.

TOMASI, E. *et al.* Perfil de utilização de serviços de saúde por crianças de zona urbana no Brasil: estudo transversal de base nacional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15. n. 1, p. 81-90, mar. 2015.

VIANNA, L. A. C. Determinantes sociais de saúde: processo saúde doença. *In*: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **Unidades de Conteúdo - PAB7**: unidade 5, São Paulo: UNASUS, 2015. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

VIEIRA, E. W. R.; LIMA, T. M. N.; GAZZINELLI, A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n.1, p. 65-71, jan./mar. 2015.

WIJK, L. B.; MÂNGIA, E. F. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3357-3368, set. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZANATTA, E. A.; MOTTA, M. G. C. Violência, sob o olhar de jovens, na perspectiva da corporeidade e da vulnerabilidade. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 476-485, abr./jun. 2015.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Data da entrevista: ___ / ___ / ___ E: _____

IDENTIFICAÇÃO:

Categoria profissional _____

Idade: _____ anos

Sexo ()F ()M

Estado civil: ()solteiro ()casado ()divorciado ()viúvo

CS: _____

Total de população adscrita na unidade: _____

Número eSF na unidade: _____

Equipe a que pertence: _____

População cadastrada na sua equipe: _____

Equipe completa na unidade () sim () não Falta: _____

Possui equipe de apoio: () sim Especificar a categoria _____ () não

FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

Nível de formação:

() Ensino fundamental

() Ensino médio

() Curso técnico _____

() Curso superior _____

Tempo formação: _____

Pós-graduação () Sim Qual: _____ () Não

Tempo atuação na APS: _____

Tempo atuação neste CS: _____

Já atuou em outro CS: () sim qual? _____ por quanto tempo? _____ () não

Possui outro vínculo empregatício ()sim _____ CH semanal _____ () não

PERGUNTAS:

1. Gostaria que você me falasse sobre o seu cotidiano de trabalho na equipe de Saúde da Família considerando suas vivências e atividades.
2. Como ocorre o trabalho da equipe de Saúde da Família em áreas de vulnerabilidade elevada? (*explorar se existe alguma diferença para equipes que atuam com pop de médio e baixo risco*)
3. Que fatores interferem no seu trabalho?
4. Você identifica alguma demanda específica da pop de alta vulnerabilidade?
5. Você sabe se o município possui programas, política ou serviços específicos voltados para áreas de elevada vulnerabilidade? (*explorar como estas questões são propostas pela gestão; vocês se sentem contemplados; participam da construção?*)
6. Como você descreve a articulação da equipe com outros serviços da rede municipal para atender as demandas do usuário desta área? (*explorar se acontece, com quais equipamentos e políticas, principais desafios para esta articulação*)
7. Fale-me um pouco sobre as atividades administrativas e assistenciais e como seu tempo é organizado durante o trabalho.
8. Você deseja acrescentar algo?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTOLIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÁREAS DE VULNERABILIDADE ELEVADA”, a ser desenvolvida no curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais – EEUFMG – que tem como objetivo compreender como se dá o trabalho de equipes de Saúde da Família que atuam em áreas de vulnerabilidade elevada. Os dados serão coletados por meio de entrevistas contendo perguntas sobre o trabalho dos profissionais da eSF em áreas de vulnerabilidade elevada e observação do contexto de trabalho dos profissionais. As perguntas constarão de um roteiro que lhe será apresentado e o sr(a) poderá se recusar a responder ou se retirar da pesquisa a qualquer momento. A entrevista terá duração média de 40 minutos, será gravada e transcrita e utilizada somente para a pesquisa, não interferindo em sua vida profissional. Estará à sua disposição para ouvir ou ler se desejar. Você não será identificado e será garantido sigilo às informações prestadas. Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a reflexão de profissionais de saúde sobre aspectos importantes do trabalho de equipes de saúde da família em áreas de vulnerabilidade elevada, oferecendo subsídios para a organização e planejamento das ações de saúde voltadas para a melhoria da qualidade assistencial. Firmamos o compromisso de que as informações serão utilizadas somente para fins desta pesquisa e os resultados serão publicados em revistas científicas da área de saúde, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos, armazenadas em arquivos digitais e depois serão destruídos. O sr(a) poderá se sentir desconfortável ou incomodado durante a entrevista, e caso isso ocorra, poderá interromper sua participação a qualquer momento. Esse risco será minimizado mediante esclarecimentos sobre a pesquisa e dúvidas que possam existir. Sua participação na pesquisa não trará nenhuma despesa pessoal para você e nem receberá qualquer vantagem financeira. Sua participação é voluntária e a recusa não acarretará qualquer penalidade. Em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa é garantido a você o direito a indenização. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Este termo será assinado em duas vias, uma para a pesquisadora e outra será entregue a você.

Eu, _____ CI _____ Declaro que fui suficientemente esclarecido sobre os objetivos da pesquisa e que será garantido o meu anonimato, sigilo das informações e utilização somente para fins científicos. Sei que posso me retirar da pesquisa a qualquer momento, se o desejar. Concordo espontaneamente em participar da pesquisa.

_____	_____
Participante	Data
_____	_____
Entrevistador	Data

Em caso de dúvidas, relacionadas aos aspectos éticos da pesquisa, poderá consultar:

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901 Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br
 CEP -Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - SMSA de Belo Horizonte - Rua Frederico Bracher Júnior, 103 -3º andar - Padre Eustáquio-BH/MG. Telefone: 3277-5309/ Email: coep@pbh.gov.br

Pesquisadores:

Prof. Drª Marília Alves, telefone (31) 34099849, e-mail: marilix@enf.ufmg.br;

Helena de Mesquita Souza Lara, telefone: (31) 992447813, e-mail: helena_lara_602@hotmail.com

Prof. Drª Doane Martins da Silva, telefone (31) 34099849, e-mail: doane.ef@hotmail.com

Endereço: Av. Alfredo Balena, 190, Stª Efigênia / Escola de Enfermagem da UFMG. 5º andar, sala 514 /Campus Saúde - Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-10.

ANEXO A – PARECER COEP/UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÁREAS DE VULNERABILIDADE ELEVADA

Pesquisador: MARILIA ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15186319.0.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.508.396

Apresentação do Projeto:

O trabalho dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária a Saúde (APS), é dinâmico, variado e imprevisível. A escassez de serviços nos territórios de maior vulnerabilidade exige dos profissionais que atuam nestes cenários, outras ações que visem atender as demandas para além da saúde apresentadas pelos usuários. Diante do cenário de vulnerabilidade, estes profissionais são reconhecidos como aqueles que identificam as necessidades apresentadas pelos usuários e articulam a rede intra e intersetorial, pois, muitas vezes, somente existe no território o serviço de saúde. Território vulnerável é aquele onde as condições sociais, ambientais, políticas, culturais e econômicas influenciam as relações estabelecidas entre as pessoas e também com o meio externo (MARZARI et al., 2013). Nestes cenários de vulnerabilidade elevada, a responsabilização das eSF pelo quantitativo mínimo de pessoas, ou próximo a isso, ocorre para que haja maior tempo disponível para buscarem soluções, em conjunto com o usuário, para as questões que se apresentam nos territórios e influenciam a saúde da população. A prática assistencial em territórios de vulnerabilidade elevada muitas vezes se sobressai às atividades gerenciais como consequência das fragilidades de serviços e de saúde existentes nestes territórios. Considerando a necessidade de constante planejamento, atuação e avaliação de ações, sobretudo em territórios de elevada vulnerabilidade, e pensando ainda que os contrastes existentes nos territórios influenciam no acesso aos serviços de saúde (FRUTOSO, et al., 2015; OMS, 2011), é necessário saber como ocorre no cotidiano a atuação da equipe de Saúde da Família nestas áreas. Assim, este estudo tem

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

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: 3.508.398

como objeto o trabalho da eSF em áreas de vulnerabilidade. Para isso, os pesquisadores propõem um estudo com abordagem qualitativa. A escolha do cenário se deu a partir da definição das Unidades onde somente existem usuários cadastrados como residentes em áreas de elevado e muito elevado risco, mediante análise de informações dos Centros de Saúde (CS) do município. Neste recorte, dos 152 CS existentes em Belo Horizonte, foram identificadas 11 Unidades. Dos 11 CS identificados, três pertencem ao Distrito Norte, três ao Distrito Nordeste, dois ao Distrito Leste e um ao distrito Barreiro. Para definição dos locais, dentre os previamente selecionados, utilizou-se o documento Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS), reeditado pela Prefeitura de Belo Horizonte em (2013). Consta nele que o distrito sanitário com maior população cadastrada em áreas de elevado e muito elevado risco é o distrito Norte e por este motivo as 03 Unidades pertencentes a este distrito foram selecionadas. Nestas Unidades atuam 09 equipes de Saúde da Família, cujos profissionais irão compor a amostra. Os participantes da pesquisa serão profissionais que compõe a eSF dos CS identificados no distrito sanitário Norte que atendam população cadastrada em áreas de elevado ou muito elevado risco. Para a definição dos sujeitos será considerado, inicialmente, um profissional de cada categoria que compõe a equipe de Saúde da Família. Os pesquisadores pretendem coletar dados através de entrevistas que posteriormente serão submetidos à análise de conteúdo temática, utilizando o referencial de Bardin, concomitante a coleta de dados. A análise de conteúdo será realizada de acordo com as três diferentes fases: pré análise; exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2016). A pré análise é a fase na qual ocorre a organização e escolha do material a ser analisado e leitura flutuante do mesmo. Na fase de exploração há leitura exaustiva do material, codificação e a decomposição dos dados em unidades de registro. Na terceira fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os dados identificados serão tratados de tal forma a representar o todo, ganharão significado (BARDIN, 2016). Além disso, as observações e as consultas aos documentos irão compor a análise dos dados por possibilitar captar situações que enriquecerão a análise.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender como se dá o trabalho de equipes de Saúde da Família que atuam em áreas de vulnerabilidade elevada.

Objetivo Secundário: - Identificar atividades realizadas pelos profissionais que compõe a eSF em áreas de vulnerabilidade no território; - Identificar fatores que interferem no trabalho da eSF em áreas de vulnerabilidade.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

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: 3.508.396

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios informados pelos pesquisadores no TCLE são:

Riscos: "O sr(a) poderá se sentir desconfortável ou incomodado durante a entrevista, e caso isso ocorra, poderá interromper sua participação a qualquer momento. Esse risco será minimizado mediante esclarecimentos sobre a pesquisa e dúvidas que possam existir."

Benefícios: "Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a reflexão de profissionais de saúde sobre aspectos importantes do trabalho de equipes de saúde da família em áreas de vulnerabilidade elevada, oferecendo subsídios para a organização e planejamento das ações de saúde voltadas para a melhoria da qualidade assistencial."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo importante, com relevância científica e seus resultados poderão possibilitar a discussão sobre a atuação de equipes de Saúde da Família em áreas de vulnerabilidade elevada e propor subsídios para melhoria de sua qualidade assistencial. O projeto foi aprovado pelo Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG e, de acordo com os pesquisadores, a metodologia proposta proporciona baixo grau de risco aos participantes e, desse modo, analisando os riscos-benefícios relatados no projeto, não foram observados motivos que impeçam sua realização.

No projeto que inicialmente foi enviado para o CEP-UFMG (1ª versão) foi informado que seriam usadas fontes secundárias de dados através da consulta aos documentos obtidos nos Centros de Saúde (atas de reuniões, relatórios e outros documentos) e, por isso, foi solicitado a elaboração do TCUD (Termo de Cessão de Uso de Dados). Entretanto, os pesquisadores informaram que a coleta e o uso de fontes secundárias de dados foi retirado do projeto, não sendo mais necessário a elaboração do TCUD. Possui como centro coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes documentos foram encaminhados pelos pesquisadores e avaliados para a realização do parecer:

- Informações básicas do projeto de pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1267950.pdf);
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE.docx);

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8627 2º Ad SI 2005
 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: 3.508.366

- Parecer do Projeto aprovado pelo Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG (ParecerENA.pdf)
- Projeto de pesquisa na íntegra (Projeto.docx)
- Folha de rosto devidamente preenchida e assinada pelo pesquisador responsável e pela Diretora da Escola de Enfermagem da UFMG; (FolhaRosto.pdf).
- Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde (ANUENCIA.pdf).
- carta_resposta.docx

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conforme as considerações apresentadas, sou, S.M.J., favorável à aprovação do projeto.

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_BÁSICAS_DO_PROJETO_1267950.pdf	08/07/2019 15:37:50		Aceito
Outros	carta_resposta.docx	08/07/2019 15:35:49	Doane Martins da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	08/07/2019 15:34:58	Doane Martins da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/07/2019 15:33:23	Doane Martins da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	27/05/2019 15:25:57	HELENA DE MESQUITA SOUZA	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

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: 3.508.398

Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	27/05/2019 15:25:57	LARA	Aceito
Outros	ParecerENA.pdf	17/05/2019 20:48:18	HELENA DE MESQUITA SOUZA LARA	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	17/05/2019 20:47:40	HELENA DE MESQUITA SOUZA LARA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

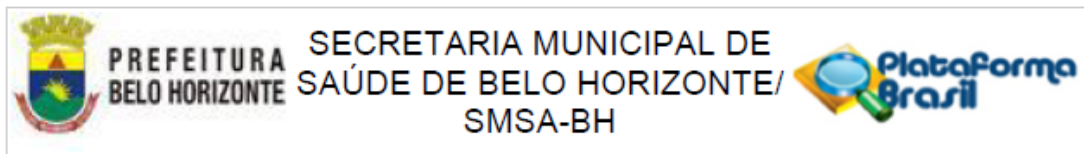
Não

BELO HORIZONTE, 14 de Agosto de 2019

Assinado por:
Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
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 – PARECER COEP/SMSA BH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÁREAS DE VULNERABILIDADE ELEVADA

Pesquisador: MARILIA ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15186319.0.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

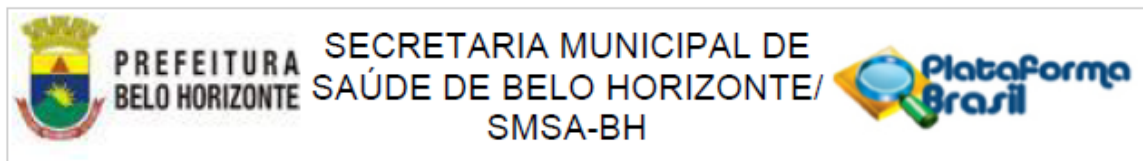
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.595.676

Apresentação do Projeto:

O trabalho desenvolvido pela equipe de Saúde da Família exige que os profissionais articulem o serviço de saúde com outros equipamentos o tempo todo. Nos territórios onde a vulnerabilidade é maior, estas articulações, bem como a atuação dos profissionais é ainda maior, pois, muitas vezes, não há outros equipamentos públicos locais, sendo os serviços de saúde os únicos disponíveis para a população. Este estudo tem como objetivo compreender como se dá o trabalho de equipes de Saúde da Família que atuam em áreas de vulnerabilidade elevada. Para o desenvolvimento deste estudo optou-se pela abordagem qualitativa. Será utilizado como cenário de estudo territórios de elevado e muito elevado risco onde atuam equipes de Saúde da Família no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Dentre os Centros de Saúde do município (152), apenas 11 atendem somente população cadastrada em áreas de elevado e muito elevado risco, sendo que 03 destas unidades encontram-se na regional Norte, que segundo o documento sobre o Índice de Vulnerabilidade em Saúde (IVS), é a regional com maior população cadastrada em áreas de elevado e muito elevado risco. Desta forma, optou-se por realizar a pesquisa nos Centros de Saúde - Jardim Felicidade II, MG-20 e Novo Aarão Reis. Nestas Unidades atuam 09 (nove) equipes de Saúde da Família, cujos profissionais irão compor a amostra. Os critérios de inclusão dos profissionais serão: compor a equipe de Saúde da Família da Unidade com tempo mínimo de atuação no CS de seis meses, por considerá-lo período mínimo para conhecer o território. A seleção dos profissionais

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.595.676

será realizada de acordo com os seguintes procedimentos: inicialmente será montada uma tabela contendo o nome de todos os profissionais das equipes de Saúde da Família por cada Centro de Saúde selecionado, categoria profissional, bem como o tempo de atuação na unidade. Para a definição dos sujeitos será considerado, em cada centro, inicialmente, um profissional de cada categoria que compõe a equipe de Saúde da Família na sua formação básica, ou seja, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e ACS. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada e observação registrada no diário de campo. A análise dos dados será realizada através do uso da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Compreender como se dá o trabalho de equipes de Saúde da Família que atuam em áreas de vulnerabilidade elevada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar atividades realizadas pelos profissionais que compõe a eSF em áreas de vulnerabilidade no território;
- Identificar fatores que interferem no trabalho da eSF em áreas de vulnerabilidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

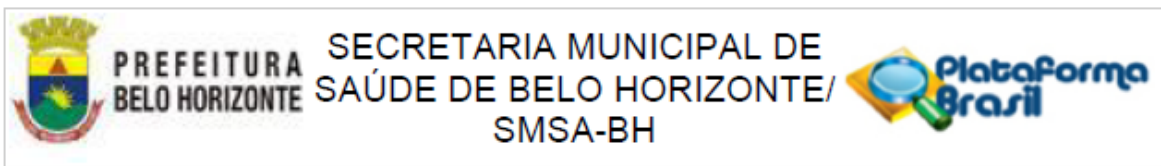
Benefícios: acredita-se que o reconhecimento de especificidades que permeiam o trabalho da eSF nestes territórios, de forma contextualizada, possibilitará a discussão acerca da atuação destes profissionais, buscando subsídios para melhoria da qualidade assistencial. Além disso, será possível uma discussão acerca da organização dos processos de trabalho nestas unidades, viabilizando o fortalecimento da estratégia de Saúde da Família. Ao mesmo tempo, contribuirá para a produção científica sobre o tema.

Riscos: Risco de quebra de sigilo das informações e de desconforto durante a entrevista. A pesquisadora relata que esse risco será minimizado mediante esclarecimentos sobre a pesquisa e dúvidas que possam existir

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa trata do trabalho da equipe de Saúde da Família em cenários de vulnerabilidade elevada, considerando sua dimensão gerencial, e por isso reveste-se de grande importância na

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.585.878

medida em que os resultados podem contribuir para aumentar a qualidade da assistência prestada à população desses territórios.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) MARILIA ALVES e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Termo de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentado.

Após cumprimento do diligenciado por meio do Parecer Consubstanciado nº 3.580.745, o TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisador e dos CEPs envolvidos na revisão ética do presente Projeto de Pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, constatando o cumprimento do diligenciado por meio do Parecer Consubstanciado nº 3.580.745 e não encontrando objeções éticas, tendo o projeto cumprido os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto "O TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÁREAS DE VULNERABILIDADE ELEVADA".

Considerações Finais a critério do CEP:

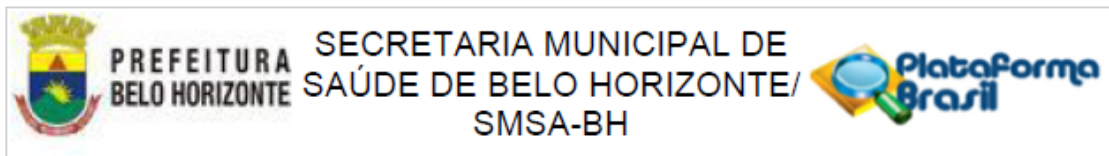
Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 3.595.676

acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado 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_1415238.pdf	23/09/2019 13:04:03		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE23_09.docx	23/09/2019 13:03:16	MARILIA ALVES	Aceito
Outros	carta_resposta.docx	08/07/2019 15:35:49	Doane Martins da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	08/07/2019 15:34:58	Doane Martins da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/07/2019 15:33:23	Doane Martins da Silva	Aceito
Outros	ParecerENA.pdf	17/05/2019 20:48:18	HELENA DE MESQUITA SOUZA LARA	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	17/05/2019 20:47:40	HELENA DE MESQUITA SOUZA LARA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 24 de Setembro de 2019

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br