

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Dyan Jamilles Brum Maia

**O legado da saúde comunitária à produção do SUS:**  
críticas à medicina de mercado e concepções de Atenção Primária na  
experiência de Braga, RS

Santa Maria, RS

2022

Dyan Jamilles Brum Maia

**O legado da saúde comunitária à produção do SUS:**  
críticas à medicina de mercado e concepções de Atenção Primária na experiência  
de Braga, RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Liane Beatriz Righi

Santa Maria,RS

2022

Maia, Dyan Jamilles

O legado da saúde comunitária à produção do SUS:  
críticas à medicina de mercado e concepções de Atenção  
Primária na experiência de Braga, RS / Dyan Jamilles  
Maia.- 2022.

52 p. ; 30 cm

Orientador: Liane Beatriz Righi  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2022

1. Atenção primária a Saúde 2. Saúde comunitária 3.  
Intersetorialidade I. Righi, Liane Beatriz II. Título.

sistema de geração automática de ficha catalográfica da unsm. dados fornecidos pelo  
autor(a). sob supervisão da direção da divisão de processos técnicos da biblioteca  
central. bibliotecária responsável: paula schoenfeldt: vatta cmu 10/1728.

Declaro, DYAN JAMILLES MAIA, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

**DyanJamilles Brum Maia**

**O legado da saúde comunitária à produção do SUS:**  
críticas à medicina de mercado e proposta de Atenção Primária na experiência de  
Braga, RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em: 16 de dezembro de 2022

---

Liane Beatriz Righi, Dra(UFSM)  
**(Presidente/Orientadora)**

---

Monalisa Dias de Siqueira (UNIPAMPA-Uruguaiana)

---

Teresinha HeckWeiller, Dra(UFSM)

## AGRADECIMENTO

“Quero trazer à memória aquilo que me dá esperança” Lm3:21

Agradeço primeiramente a Deus pelas infinitas oportunidades que me deste, e pela sua graça derramada através da morte de Cristo Jesus na Cruz, por ser amparo e proteção nas aflições. Agradeço ao meu marido Tiarles Maia por acreditar na possibilidade de eu estar no mestrado profissional da UFSM, e por ser este amigo, companheiro que incentiva os nossos sonhos, que é apoio incondicional em todas as etapas da minha trajetória, nunca deixando eu desistir. Agradeço a professora Liane Righi por todo conhecimento transmitido, por toda sua história e legado, por ser incansável na luta pelo Sistema Único de Saúde, assim como por ter feito parte e executora da construção da saúde comunitária no noroeste do Estado. Agradeço a minha família por estar presente e compreender as inúmeras ausências neste período de estudo, em especial agradeço a minha mãe que é referência de mulher e coragem, por todas as palavras de incentivo, e a minha sogra por ser tão presente nesta caminhada, com palavras de conhecimentos e mansidão. Agradeço aos entrevistados e a cidade de Braga/RS por proporcionar conhecermos a construção coletiva de saúde que ocorreu no município e que serve de inspiração para a consolidação do nosso modelo de saúde, SUS. Bem como, agradeço a Universidade Federal de Santa Maria por toda formação ofertada, pelo incrível campo de conhecimento a que temos acesso, e que hoje encerro mais um ciclo neste local. Agradeço a Camila pela troca de conhecimento nesta trajetória do mestrado, por ter dividido momentos de alegrias e angústias. Agradeço a Laís Rosso por ter sido uma amiga ouvinte e paciente comigo nestes anos de lutas pela saúde pública.

## RESUMO

**O legado da saúde comunitária à produção do SUS: crítica à medicina de mercado e proposta de Atenção Primária na experiência de Braga, RS**

DyanJamilles Brum Maia

Liane Beatriz Righi

O estudo integra pesquisa maior, A CONSTRUÇÃO DO SUS EM MUNICÍPIOS NO INTERIOR DO RS: INVENTÁRIO DE EXPERIÊNCIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA, cadastrado no Portal de Projetos da UFSM sob o número 055865. É um esforço de três instituições: UFSM, Unijuí e UFRGS, que busca evidenciar experiências de saúde comunitária que aconteceram na década de 1980, na região do Alto Uruguai. O presente relatório de pesquisa constitui uma dissertação de mestrado sobre uma das experiências investigadas: a saúde comunitária no município de Braga/RS. O objetivo principal é compreender a experiência de saúde comunitária no município de Braga/RS. Trata-se de um estudo de caso. As técnicas de investigação foram a entrevista individual e aberta, e grupos focais. A pesquisa foi aprovada pelo CEP. O estudo elencou duas categorias: crítica à medicina de mercado e Atenção Primária em Saúde (APS); destacando-se, na categoria APS, a participação da comunidade e a intersectorialidade. A experiência de saúde comunitária de Braga resulta da ação dos movimentos sociais da região de Ijuí, RS, especialmente do curso de enfermagem da Fundação de Integração e desenvolvimento do RS (Fidene), atual Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul (Unijuí) e inscreve-se na luta pelo direito à saúde e, portanto, no movimento de reforma sanitária brasileiro. Busca superar a medicina de mercado através da participação da comunidade e desenvolvimento da atenção primária. O projeto tem relação com movimentos internacionais, especialmente a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal). A intersectorialidade é uma característica da experiência, mais evidente no projeto Pedro Garcia. A investigação permitiu o registro da experiência e o destaque de suas contribuições para o movimento da reforma sanitária e para o desenvolvimento da atenção primária e defesa do Sistema único de Saúde (SUS).

**Palavras chaves:** Atenção Primária à Saúde, Saúde Comunitária; Intersectorialidade

## **ABSTRACT**

**THE LEGACY OF COMMUNITY HEALTH TO THE PRODUCTION OF SUS:**  
criticism of market medicine and proposal for Primary Care in the experience of  
Braga, RS

**DyanJamilles Brum Maia**

**Liane Beatriz Righi**

The study is part of a larger research, THE CONSTRUCTION OF THE SUS IN MUNICIPALITIES IN THE INTERIOR OF RS: INVENTORY OF EXPERIENCES IN HEALTH PROMOTION AND PRIMARY CARE, registered on the UFSM Project Portal under number 055865. It is an effort by three institutions: UFSM, Unijuí and UFRGS, which seeks to highlight community health experiences that took place in the 1980s, in the Alto Uruguay region. This research report constitutes a master's thesis on one of the experiences investigated: community health in the city of Braga/RS. The main objective is to understand the community health experience in the city of Braga/RS. This is a case study. The investigation techniques were individual and open interviews and focus groups. The research was approved by the CEP. The study listed two categories: criticism of market medicine and Primary Health Care (PHC); Highlighting, in the APS category, community participation and intersectorality. Braga's community health experience results from the action of social movements in the region of Ijuí, RS, especially the nursing course at the Foundation for Integration and Development of RS (Fidene), currently the Regional University of the Northwest of Rio Grande do Sul (Unijuí) and is part of the fight for the right to health and, therefore, in the Brazilian health reform movement. It seeks to overcome market medicine through community participation and development of primary care. The project is related to international movements, especially the Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). Intersectorality is a characteristic of the experience, most evident in the Pedro Garcia project. The investigation allowed recording the experience and highlighting its contributions to the health reform movement and to the development of primary care and defense of the Unified Health System (SUS).

**Keywords:** Primary Health Care, Community Health; Intersectorality

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2.OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
<b>3.REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
3.1 HISTÓRIAS DA SAÚDE NO BRASIL.....	11
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	12
3.3 MOVIMENTOS SOCIAIS E A REFORMA SANITÁRIA.....	15
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
4.1 ENTREVISTA.....	17
4.2 GRUPOS FOCAIS .....	18
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	20
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>22</b>
5.1 Crítica à medicina de mercado: “República Socialista do Braga” .....	23
5.2 APS: Participação da comunidade e intersetorialidade .....	31
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>41</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>51</b>





## 1 INTRODUÇÃO

Na década de 1980, a região do Alto Uruguai do Rio Grande do Sul foi o espaço para o desenvolvimento de várias experiências orientadas para a Promoção da Saúde. Conhecidas como projetos de Medicina Alternativa ou Saúde Comunitária tiveram em comum a crítica ao modelo da medicina de mercado, a defesa da participação da comunidade e a articulação com governos progressistas. Essas iniciativas se inserem no contexto da Reforma Sanitária brasileira, que tem como principal referência a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, determinante para a aprovação do SUS (Sistema Único de Saúde) na Constituição Cidadã de 1988. Na região de abrangência da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), sediada em Palmeira das Missões, destacava-se (entre 1983 e 1988) o projeto de Saúde Comunitária da Prefeitura de Braga. Tratava-se de um projeto de saúde associado a um projeto de desenvolvimento em uma das comunidades rurais. A experiência teve suporte de uma instituição de ensino superior comunitária.

Justifica-se investigar a experiência de Braga-RS pela sua importância para a história da APS no estado do RS, visto que as experiências de municípios pequenos e áreas rurais não tiveram visibilidade. Portanto, interessa à investigação o legado, a contribuição da experiência para o SUS; interessa revelar aspectos locais em sua relação com o que estava acontecendo no país e no mundo. Por isso, importa olhar para essa experiência buscando as concepções que orientaram os atores que disputaram a proposta e suas contradições. A história de Braga nos desafia a perguntar quais as conexões entre esta experiência e o movimento internacional desencadeado pela Conferência de Alma Ata que, em 1978, sob a coordenação da Organização Panamericana da Saúde – OPAS, defendeu a ideia de Cuidados Primários de Saúde, nele inseridos os temas da participação e da intersetorialidade.

## **2.OBJETIVOS**

O objetivo geral é compreender a experiência de saúde comunitária de Braga e sua relação com a produção do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, pretende-se conhecer os conceitos que orientaram a ação dos protagonistas, qual a proposta para a organização da atenção à saúde e entendimento a respeito do papel das políticas públicas e do direito à saúde. A investigação foi desenvolvida buscando provocar o estudo e a utilização de experiências locais na proposição de políticas de promoção e de fortalecimento da APS.

### 3.REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 HISTÓRIAS DA SAÚDE NO BRASIL

No contexto da saúde social no Brasil, para compreender os aspectos da construção do conhecimento, apresentamos alguns momentos da história da saúde que estão relacionados com a emergência da experiência investigada. Percebem-se ações que encaminham ao Sistema Único de Saúde:

Quadro 1 : Momentos da história de Saúde do Brasil, período incluído nas narrativas e período da experiência Saúde Comunitária de Braga

(continua)

Data	Momentos da história de Saúde do Brasil
1904	Revolta da Vacina- Inicialmente no século XX, a revolta da vacina, em que temos a vacinação contra a Varíola, febre amarela e peste bubônica com medidas sanitárias aplicadas em defesa da higienização dos portos brasileiros. E neste início de década, temos a criação do Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos (atual Instituto Oswaldo Cruz) que auxiliou nas estratégias de saúde da época.
1920	Departamento Nacional de Saúde Pública- Carlos Chagas reorganiza os serviços de saúde.
1923	Lei Eloy Chaves- criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, na qual o trabalhador começa a adquirir direitos, dentre eles, direito à pensão por morte, invalidez, aposentadoria por tempo, no entanto era direcionado aos setores mais atuantes na economia, ou seja, uma saúde relacionada com a previdência social.
1930	A transformação das CAPs em IAPs, a saúde estava restrita aos que contribuem para a previdência social.
1953	Criação do Ministério da Saúde
1966	Criação do Instituto de Previdência Social (INPS).
1970	Difusão da proposta da saúde Comunitária ( Campos,2006)
1972	Aumenta a assistência médica no meio rural, o Funrural começa operar com assistência médica e eleva seus gastos em 254% até 1976( Braga e Paula, 2006)

Quadro 1: Momentos da história de Saúde do Brasil, período incluído nas narrativas e período da experiência Saúde Comunitária de Braga

(conclusão)

1978	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O acesso à saúde estava direcionado ao público trabalhador, restringido ou tornando dependente de caridade a população mais pobre. Conforme Santos, Gabriel e Mello (2020, p.383) “as Santas Casas de Misericórdia, dirigidas pela igreja católica, era a única opção para os doentes que não contribuíam com a previdência”. Em meados da década de 70 apresenta-se uma crise no modelo de assistência previdenciário, e o INAMPS começa a adquirir serviço público, como também temos um movimento da medicina comunitária, com a participação da população no contexto da saúde.
1982	Ações Integradas de Saúde (AIS): com o foco da universalização da acessibilidade da população aos serviços de saúde. Com “ênfase na atenção primária, visava à integração das instituições públicas nas três esferas do governo em rede regionalizada e hierarquizada” (Sales et al, 2019, p.58 ).
1986	8º Conferência Nacional de Saúde: importante neste processo da reforma sanitária, como declarado: “as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionando chamar de reforma sanitária”. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p.10).
1987	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS): que antecede a concepção do Sistema Único de Saúde.
1988	Constituição Federal da República. SUS
1990	Sistema único de Saúde: Lei orgânica do SUS 8080/90 e Lei 8142/90.

### 3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Um importante marco para o desenvolvimento da APS foi à publicação da Declaração de Alma Ata no ano de 1978, na qual defendia a atenção primária como núcleo central de um sistema de saúde. As ideias centrais para o aprimoramento dos sistemas de saúde contemporâneos foram apresentadas nessa declaração, trazendo contribuições para resultados mais favoráveis e equitativos em saúde, maior eficiência, efetividade e satisfação do usuário (ARANTES, SHIMIZU E MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A APS tem sido pensada, internacionalmente, desde o início do século XX, com destaque para o relatório Dawson em 1922, centrada na figura do médico geral em uma rede territorial de serviços, nucleada a partir dos centros primários, com autoridade sanitária regional. Esta conformação foi importante referência para o sistema público e universal de saúde (MELO ET AL, 2018). Através deste relatório temos uma iniciativa de saúde comunitária, com ações focadas para o território, e domicílio, com a estruturação de ações preventivas de saúde (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

No final da década de 1970, ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela OMS em Alma-Ata, em que foi discutida uma agenda ampliada para uma nova ordem econômica internacional visando à redução das disparidades entre os países centrais e os então chamados países do terceiro mundo (GIOVANELLA ET AL, 2019). Como legado, temos a declaração de Alma-Ata.

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, ações dos diferentes atores internacionais com o objetivo de reduzir as diferenças no desenvolvimento econômico e social dos países deveriam ser estimuladas para que se atingisse a meta de saúde para todos no ano 2000, diminuindo, assim, a lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o desenvolvimento econômico e social. O apelo lançado em Alma-Ata foi fundamental e representou o ponto de partida para outras iniciativas (Mendes, 2004).

A defesa da saúde como elementos variados da vida do indivíduo, o acesso universal, com condições de vida dignas, reafirmando a importância de um sistema nacional de saúde integrado ao processo de desenvolvimento social e econômico de cada nação, e assim “a saúde passa a ser compreendida como fenômeno abrangente [...] reforça-se o papel do Estado diante da necessidade de superar as desigualdades no acesso às condições mínimas de saúde” MOSER, BONETTI, FRANZMANN (2017, p.8).

Em 2018, a Declaração de Astana, com o objetivo de renovar a promessa de uma APS universal, buscou reafirmar valores da Alma-Ata. Indica a APS com “fundamento de sistemas de saúde sustentáveis, primeiro ponto de contato efetivo e

eficiente” (GIOVANELLA ET AL, 2019, p 2). Além disso, incentiva que governos tornem prioritárias as ações de saúde com enfoque na APS, bem como a importância de um “financiamento adequado e sustentável, recursos humanos bem capacitados organizados em equipes multidisciplinares [...] com sistema de referência para outros níveis, enfrentando a fragmentação” (GIOVANELLA ET AL, 2019, pg 4). Reafirmou, assim, a relevância de uma APS sólida e que, de fato, seja mais atuante no cuidado prestado ao usuário.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 conferiu um marco para o avanço da saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos, e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 instituiu o SUS seguindo as diretrizes citadas na carta magna de 1988: a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; a igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; a integralidade da assistência; a participação da comunidade; e descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990). Evidencia-se a defesa de participação social, proposta pela Reforma Sanitária, na Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, através das Conferências e Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990).

As primeiras iniciativas de APS no âmbito do SUS ocorreram a partir de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Embora esse programa caracteriza-se como uma modalidade seletiva de APS, o impacto positivo de suas ações nas condições de saúde da população assistida, somado à necessidade de organizar um modelo assistencial com ênfase na atenção primária, motivou a ampliação dessa experiência, cuja materialização ocorreu com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994 (RIBEIRO E SCATENA, 2019). Paim (2012) afirma que a iniciativa do PSF/PACS corresponde ao modelo chamado de “sanitarista”, o qual é caracterizado por programas verticais e hierarquizados, voltados ao controle de determinadas doenças.

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) apresentou importante mudança em relação à condução da APS, através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Tal política reformulou o pensar da APS, na qual reconheceu diferentes

estratégias de organização da atenção primária, pactuou indicadores e restabeleceu vínculos para construção de linhas de cuidado e de gestão de casos.

Com a nova PNAB (nº 2.436, de 21 de setembro de 2017), vemos um retrocesso quanto às questões construídas e sustentadas durante os movimentos sociais de saúde comunitária. O papel do ACS, relevante para a construção da atenção primária, sofreu grande impacto com a nova PNAB (2017), visto que apresentou redução significativa destes profissionais, os enquadrando em demais atribuições, gerando, com isso, impacto negativo no território de abrangência das equipes de saúde da família (eSF). Segundo Melo et al (2018, p. 49) “os propósitos centrais dessa política são a diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para a gestão municipal”.

### 3.3 MOVIMENTOS SOCIAIS E A REFORMA SANITÁRIA

De acordo com Paim (1997) a leitura da crise do setor saúde efetuada pelo projeto da reforma sanitária implicava na reorganização dos sistemas de saúde, gestão democrática e o planejamento participativo. Fleury (1997) refere-se à participação popular como uma mística de desvelamento das estruturas de dominação e criação de uma nova lógica para as relações de poder. A mesma autora tem na experiência do projeto de Montes Claros, em Minas Gerais, a importância da participação popular. Além disso, a autora destaca que o fortalecimento do poder local faz parte de uma estratégia de democratização. O movimento de crítica, reconhecimento das estruturas e de criação de alternativas vai estar presente na experiência que estamos investigando.

Gerschman (1995) ao estudar a Reforma Sanitária Brasileira, denomina como “democracia inconclusa”. A autora faz referência a movimentos populares em saúde que se originaram em bairros pobres e que tiveram três fases: primeiramente, com uma fase de reivindicações pontuais, destacando a responsabilização do Estado pela falta de assistência médica, postos e hospitais; uma segunda fase, com a ampliação para a discussão de problemas comuns, incorporando saúde, moradia, terra e educação; e uma terceira fase, em que os movimentos buscam, nas palavras da autora “acesso a formas orgânicas da política” ou “institucionalização”. Interessa sobremaneira para esta investigação, o fato de que o Movimento Popular em Saúde



(MOPS), na década de 1980, vai abandonando a perspectiva da saúde comunitária assumindo a saúde como uma conquista do povo. Dessa forma, está anunciada a delimitação temporal e a limitação da perspectiva da saúde comunitária: descolada da luta por saúde como direito, ela tende a se conformar em atendimentos simplificados. Nessa mesma visão, Testa (1992) tece uma crítica à atenção primária; ele pergunta se o que se via era atenção primária ou primitiva.

Entre os anos de 1964 a 1990, período representado pela ditadura militar, temos no campo da saúde a lógica do modelo da previdência social sobre a saúde preventiva (ESCOREL, 2008). Nesse contexto, o movimento da reforma sanitária a partir de departamentos de saúde comunitária, instituídos pelo governo militar, desenvolveram ações para a medicina preventiva e comunitária. Para a autora, a construção desse pensamento recebeu estímulos também da OPAS, que disseminou programas de saúde comunitária voltados para grupos pobres. A assistência se caracterizava por ser de baixo custo, com procedimentos simplificados e que contavam com a participação da comunidade para a sua execução. Esse aspecto tem relação com o período e com características da experiência de Braga. Escorel (2008) ressalta que os institutos de Medicina Preventiva e Social estavam legitimados por um discurso internacional, respondiam a pressão por assistência. Esse movimento paradoxal cria espaços para experiências alternativas, que dão bases para projetos mais abrangentes que vão indicar as bases de um sistema de saúde.

Em relação às experiências de saúde comunitária, Escorel (2008) faz referência ao projeto Murialdo, experiência de residência desenvolvida pela UFRGS e a Secretária Estadual de Saúde (SES/RS). É a única referência a uma iniciativa no estado do RS. Vasconcelos e Pasche (2009) reforçam o entendimento da reforma sanitária brasileira tardia, mas inspirada por movimentos sociais de outros países, pelos ideais de lutas da redemocratização pós-ditadura militar, direcionando para um país com melhores condições de saúde para todos, “o acesso aos serviços de saúde, transformar as práticas assistenciais e alterar o padrão de intervenção do Estado no setor saúde” (Vasconcelos e Pasche, 2009, p.42).

## 4 METODOLOGIA

Essa pesquisa faz parte do projeto guarda-chuva “A construção do SUS em municípios no interior do RS: inventário de experiências de Promoção da Saúde e Atenção Primária”, o qual foi aprovado pelo CEP nº 4899618.

Trata-se de um estudo de caso na qual foi utilizado o conceito de Yin (2005), sendo que a pesquisa “guarda-chuva” pode ser classificada como um estudo de caso múltiplo. Os casos são as experiências orientadas pelo paradigma da saúde comunitária na região norte e noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Seguindo os conceitos de Minayo (2014) trata-se de uma pesquisa qualitativa; as principais estratégias de pesquisa foram a entrevista individual aberta, a pesquisa documental e o grupo focal. Foram realizadas cinco entrevistas e realizados dois grupos focais.

Seguindo Creswell (2014), às perguntas do projeto maior são: o que aconteceu, quem estava envolvido na proposta, que temas de resposta surgiram, que constructos teóricos orientaram a proposta e que constructos se desenvolveram e que eram únicos para esse caso?

### 4.1 ENTREVISTA

A entrevista é a técnica mais comum utilizada na pesquisa qualitativa segundo Deslandes (1994) no qual o pesquisador extrai as informações presentes na fala do informante. A investigação utiliza o conceito de entrevista apresentado por Yin (2016). Na qual toda entrevista envolve a interação entre um entrevistador e um entrevistado. No caso da entrevista qualitativa, seguindo Yin (2016) essa relação não segue um roteiro rígido; ela segue um modo conversacional e o entrevistador tem uma concepção mental das perguntas a serem propostas, mas ela vai diferir de acordo com o contexto e o ambiente. Procurou-se adotar uma postura de aprender com as pessoas.

As entrevistas foram realizadas com os envolvidos no projeto, na qual eles foram organizados da seguinte forma: prefeito da cidade de Braga/RS no período 1983-1988(E1); Enfermeira do município, funcionária da Secretaria Municipal de Saúde no período estudado(E2); Enfermeiro do projeto (1986 a 1988)(E3); Secretário Municipal de Saúde de Braga no período estudado(E4); Ex-reitor da

Universidade envolvido na proposta(E5); Sindicalista e vice-prefeito do período estudado. Depoimento destacado do registro do grupo focal 2(E6).

Foram realizadas três entrevistas individuais através da plataforma do *googlemeet*, em horário acordado com os entrevistados e duas entrevistas presenciais. A primeira foi a realizada com o ex-prefeito, que foi negociada com a família para acontecer presencialmente em sua residência, na cidade de Braga. As entrevistas aconteceram entre agosto de 2021 e julho de 2022. A segunda entrevista presencial foi feita como ex-Reitor da Unijuí e aconteceu na Universidade, sala de trabalho do entrevistado.

As entrevistas foram coordenadas pela coordenadora da pesquisa. Todas as entrevistas realizadas virtualmente foram acompanhadas por duas pós-graduandas do mestrado, responsáveis pelos primeiros produtos do projeto. As entrevistas realizadas no município de Braga tiveram o acompanhamento de um dos enfermeiros que trabalhou no projeto e participante na pesquisa. A segunda entrevista presencial foi acompanhada (co-coordenada) por pesquisadora vinculada à Unijuí que integra a equipe da pesquisa maior.

#### 4.2 GRUPOS FOCALIS

A técnica de Grupo Focal “se constitui num tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos” (Minayo, 2014). A operacionalidade de tal grupo se dá em reuniões com número de informantes, de seis a doze; um moderador, que irá coordenar e auxiliará na participação dos demais; um animador que irá centralizar o tema, tornando viável a comunicação entre todos; e um relator que registrará as interações do processo criativo (Minayo, 2014).

Yin (2016) também foi a principal referência para o desenho de nosso grupo focal. Reunimos indivíduos que tem, em comum, a participação na experiência de saúde comunitária de Braga. Aconteceram dois grupos, identificados como Grupo 1 (G1) e Grupo 2 (G2). O primeiro grupo focal aconteceu em outubro de 2021 e teve o objetivo de apresentar a pesquisa e ouvir as pessoas a respeito dos aspectos mais relevantes e documentos a serem agregados. Naquele momento, as condições sanitárias permitiam a realização de um grupo pequeno e era exigido o uso obrigatório de máscara. O encontro aconteceu em um sábado, no turno da tarde, na residência de uma pessoa que conheceu a experiência e que reside no município.

Para esse encontro foram convidados os ACS que atuaram no período estudado. Compareceram oito pessoas e duas justificaram a ausência, expressando disposição em conversar sobre a experiência. Sem que tivesse sido solicitado, uma agente e um agente trouxeram fotografias e o manual do ACS.

O segundo grupo focal aconteceu em setembro de 2022, quando as entrevistas individuais já estavam transcritas e em análise. Foi realizada em espaço da Prefeitura Municipal de Braga, área destinada a grupos da saúde em prédio que foi sede do executivo municipal no período de desenvolvimento do projeto. Apenas um ACS que participou do grupo anterior não voltou para o segundo encontro, justificando. Agregaram-se mais uma ACS e o vice-prefeito de Braga no período estudado. Neste segundo encontro duas questões merecem destaque. A primeira é a presença do vice-prefeito do período estudado, que não havia sido entrevistado porque a pesquisa coincidiu com problemas de saúde. Sabendo da pesquisa, ele compareceu com muitas informações, havia pensado no que aconteceu e fez referência à importância da pesquisa. Outra situação foi a forma como o espaço afetou o grupo: *“Aqui, nessa mesa, fui demitido”, “Aqui assinei meu contrato”, “Neste lugar ficava o gabinete do prefeito, aqui decidimos..”*

Seguimos denominando o encontro de grupo focal. Contudo, esse espaço se constituiu em momento de sistematização da experiência. Dessa forma, a moderadora procurou garantir que todos pudessem falar e ouvir as experiências e “causos” relatados. As intervenções foram para estabelecer conexões, complementaridades e oposições.

A forma como a investigação foi conduzida tem relação com a proximidade da coordenadora com estudos de Avaliação de quarta Geração, incorporada especialmente a ideia do círculo hermenêutico, o que resultou em duas importantes características: a) a partir da escolha do primeiro entrevistado e da realização do primeiro grupo focal, as próximas entrevistas priorizaram pessoas citadas, considerando a perspectiva da análise da experiência. Essa ressalva é importante porque não se trata de avaliar uma experiência que aconteceu há mais de 30 anos e, portanto, não faria sentido procurar os sujeitos que a ela se opuseram. É no conjunto de atores que a viabilizaram que se identificam diferentes leituras, ênfases

e narrativas; e b) temas destacados foram sendo recolocados na roda com diferentes entrevistados e, especialmente, no segundo grupo focal.

Entrevistas e grupos focais foram gravados e seu conteúdo transcrito. A análise foi feita ao final de cada entrevista, como a eleição das questões que seriam inseridas pelos pesquisadores nas entrevistas seguintes. O material utilizado para esta dissertação de mestrado é constituído por 60 páginas de texto em letra *thoma 10* e espaço simples.

No momento final da análise do material houve nova leitura com identificação de categorias de análise. As principais referências para a análise são Minayo, Yin e Orlandi. Não foi utilizado software para análise, o texto impresso foi colorido com marcadores de texto e recebeu anotações que foram compartilhadas pelas autoras (mestranda e orientadora) em mensagens e encontros virtuais e presenciais.

As entrevistas foram realizadas com:

- 1) Prefeito da cidade de Braga/RS no período 1983-1988.
- 2) Enfermeira do município, funcionária da Secretaria Municipal de Saúde no período estudado;
- 3) Enfermeiro do projeto entre 1986 e 1988;
- 4) Secretário Municipal de Saúde de Braga no período estudado;
- 5) Ex-reitor da Universidade participante da proposta;
- 6) Sindicalista e vice-prefeito do período estudado. Depoimento destacado do registro do grupo focal 2.

#### 4.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética na Pesquisa da UFSM e seguiu rigorosamente a Portaria 466/12. Com aprovação pelo CEP em 11 de agosto de 2021, na qual se discutiu os riscos e benefícios com os informantes. Todos tiveram a possibilidade de optar entre a preservação da identidade, a publicação com identificação ou de participação como co-autores de partes da pesquisa. Esta

perspectiva (teórica e ética) nos leva a planejar formas de validação coletivas e individuais. No caso da publicação de entrevistas, elas serão encaminhadas para o entrevistado e só serão publicadas após sua revisão e consentimento (por escrito). No caso de publicações com a identificação do informante, este fará a validação e autorizará (ou não) a publicação na forma proposta. No caso de não concordância do informante com o texto, haverá um processo de desidentificação, conforme será previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O vínculo atual de muitos informantes (universidades, sindicatos, prefeituras, assessorias) nos leva a possibilidade de co-autorias através de sistematização de experiências.

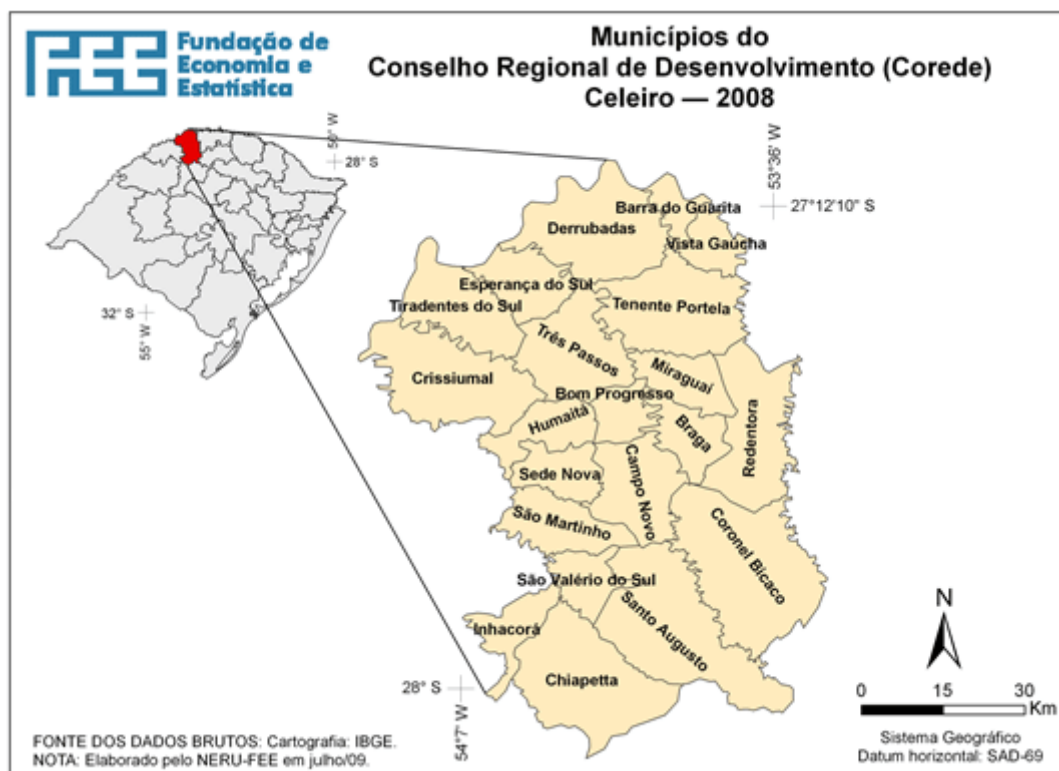
O presente relatório, seguindo o que foi aprovado pelo CEP e o acordo firmado no TCLE, não identifica os participantes. Contudo, sem a localização institucional e a atribuição de cada um/uma no projeto investigado, não seria possível “colocar em diálogo” ou contextualizar os depoimentos. Assim, para esta apresentação (na forma de dissertação), optou-se para identificação institucional dos participantes e de sua atribuição na experiência investigada. Há uma lacuna na identificação de participantes neste tipo de investigação, pois não identificá-los é não dar-lhes autoria, é uma apropriação de conhecimento pelas autoras. Gostaríamos de identificar as entrevistas e citá-las no documento final. Ficamos no meio do caminho, cientes de que nossos leitores e leitoras saberão quem está falando e cientes, também, que isso não significa sua exposição ou risco. A apresentação da dissertação deve abrir espaço para publicações em coautoria, o que estava previsto no projeto apresentado ao CEP.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta etapa do trabalho, apresentaremos as categorias que emergiram da análise do material (entrevistas e grupos focais), que são: crítica à medicina de mercado e APS, onde se destaca a participação da comunidade e a intersetorialidade. Antes, contudo, faremos uma breve apresentação/síntese do contexto da experiência.

De acordo com a divisão das regiões de desenvolvimento do Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE) do estado do RS, Braga está situada na região celeiro. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Braga possuía, em 2010, população de 3.702 pessoas. Na década de 1980, quando o projeto se desenvolveu, cerca de 5.000 pessoas habitavam o município.

Figura 1. Localização de Braga no Estado do RS e na região Celeiro



Fonte:(Fundação de Economia e estatística)

Em 1982, Braga elegeu para prefeito um professor de literatura que havia passado parte da década anterior exilado em países da América Latina. Em função de projeto que buscava a coincidência de eleições para todas as esferas de governo, o período da gestão foi de seis anos (1983-1988). Foram construídos cinco

Centros Integrados de Assistência à Saúde (CIAS) e houve a capacitação de cerca de 50 ACS. A discussão do Projeto de Saúde Comunitária acontecia em reuniões com as comunidades rurais, que elegiam os agentes e escolhiam os locais para a construção dos CIAS. Este trabalho estava integrado a um projeto maior, intersetorial, desenvolvido na vila-favela rural de Pedro Garcia.

O maior empreendimento do projeto, em Pedro Garcia, foi a construção de uma olaria comunitária integrada a um pomar, fábrica de conservas e açude (também comunitários). Parte dos tijolos produzidos era comercializado e parte destinado a urbanização da vila, especialmente a reconstrução das casas e a construção de espaços coletivos. Os dois projetos (saúde e Pedro Garcia) contavam com recursos de uma associação de Igrejas europeias e assessoria da Fidene-Fundação de Integração e Desenvolvimento do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

O projeto de saúde de Braga (objeto dessa investigação), tem como referência o conceito à saúde comunitária, que segundo Góis (2008), intensifica a centralização no usuário e o local de vivência, que busca responder às demandas sociais, ambientais, orgânicas e psicológicas que afetam aquela comunidade, trazendo o entendimento de processos orientados para as ações de saúde, prevenção e promoção, com crítica ao modelo tradicional de cuidado em saúde.

Assim, a dissertação em pauta investiga um projeto de saúde em um local (município de Braga, RS), em um determinado período (1983-1988), que é marcado pela redemocratização e intensificação da luta do movimento sanitário no Brasil.

### 5.1 Crítica à medicina de mercado: “República Socialista do Braga”

Era esperado que os protagonistas dos projetos de saúde comunitária tivessem algo a dizer a respeito dos problemas que as populações enfrentavam no período em que as propostas foram concebidas. Contudo, as pesquisadoras não esperavam que esse tema fosse tão importante para os entrevistados. Destacamos o início da entrevista com dois participantes da pesquisa; o professor e o sindicalista; eles ouviram a pergunta inicial e imediatamente fizeram referência “ao que vem antes”, ao fato de ter um histórico, de que há necessidade de falar sobre por que isso aconteceu.



O professor buscou, na sua história de vida, situações que revelam que os gastos com a assistência médico-hospitalar constituíram-se, a partir da década de 1940, no que hoje denominamos de gastos catastróficos para as famílias dos agricultores. Para ele, na década de 1950, na área rural, o grande dilema era a questão da saúde.

Então, havia uma insegurança muito grande, qualquer doença que aparecesse...não havia assistência – absolutamente, nenhuma – para o agricultor, e quando o agricultor adoecia ele... alguns tinham até que vender um pedaço de terra. A situação era muito difícil, ou se vendia vaca, ou se vendia até terra, né? (E5)

Eu me recordo, quando uma irmã pequena adoeceu e teve que ir para o hospital de Santa Rosa. O que o pai tinha de porco a ponto de vender, foi vendido. Eu lembro dele ter dito: tudo isso, levei para o hospital. Então, vocês imaginem. Se a gente vivia do dinheirinho da venda do porco, e tudo foi para o hospital em questão de uma semana, como era o resto do ano? (E5)

Nas décadas de 50/60 ocorria uma expansão da saúde hospitalar de natureza privada, com criação de empresas médicas; em 1960, 62,1% dos leitos do país eram de propriedade particular, com fins lucrativos, juntamente com o avanço da indústria farmacêutica (Braga e Paula, 2006). Diante disso, ocorre um crescimento da acumulação de capital e volume de recursos no setor de atenção médica, e também tem um crescimento, em menor escala, de Hospitais Universitários e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Em que temos” a expansão de serviços médicos privados, principalmente hospitais, onde as ações educativas não tinham espaço significativo”(VASCONCELOS, VASCONCELOS E SILVA, 2015, p.93.)

Tem-se uma medicina voltada para o lucro, para a manutenção dos serviços de saúde privados, “reduzindo a importância do segmento relativo às medidas coletivas de saúde, incluindo o saneamento”(Braga e Paula, 2006, p. 101). E juntamente, têm-se os avanços no processo de produzir saúde, com reforço das especialidades médicas, diversificando o modo de produzir saúde, e dividindo o trabalho por especialidades. Segundo Braga e Paula(2006, p. 115) ocorre uma afirmação de uma “assistência médica com ênfase ao hospital, mais complexa e mais cara, divergindo de um assistência ambulatorial mais simples e barata”.

A relação que o Ministério da Previdência e Assistência Social estabelece com os Sindicatos dos Trabalhadores Rurais é fundamental para compreender a experiência de Braga. O sindicalista, vice-prefeito de Braga no período da experiência analisa a situação da saúde que impulsiona o projeto, especialmente a inserção dos Sindicatos dos Trabalhadores Rurais (STR) na assistência.

...saúde era um problema muito sério, praticamente não existia ajuda.[...] veio aquela luta, começamos ali no sindicato[...], naquela época a gente via a necessidade, eles tinham enfiado o Funrural para dentro do sindicato, onde nós dava as guias com o desconto que o associado ou agricultor recebia no talão, isso conforme a renda que cada um tinha. Nós tínhamos que fazer um cadastro da receita, renda deles e ali tinha o que cada um dava, então ali dava 10%, 20%, 40%, 50%, no máximo 80% daí o resto [a pessoa] tinha que pagar. E eu me lembro que naquela época os hospitais meio que trancavam até que pagassem, [as pessoas] saíam e se desfaziam da junta de boi, da vaca[...] foi uma briga muito grande, porque muitos queriam que o funrural ficasse dentro do sindicato, nós - um pequeno grupo naquela época - nós não pensávamos assim, nós pensávamos que a saúde tinha que ser resolvido pela saúde e o sindicato tinha que ser o órgão de reivindicação. E foi que isso foi até se alinhando. E aí o que acontece, quando o Alberi é prefeito e eu vice prefeito, juntamente com a Fidene, na época a gente começou o trabalho[...]Braga foi o primeiro município que aderiu a essa ideia. (E6)

O Funrural foi um Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, trata-se da inclusão do trabalhador rural em um rol de serviços de saúde e serviço social. Tratava-se, portanto, de instrumentalizar o sindicato para prestar assistência médica e odontológica (Medeiros. 1989). Segundo Braga e Paula 2006, a partir de 1972 aumentou fortemente a assistência médica rural. Também no município de Braga, a execução das ações de assistência médica e odontológica destinada aos trabalhadores rurais, ocorria dentro do Sindicato dos Trabalhadores Rurais (STR)

Nós tínhamos consultório médico, ambulatório médico, fazíamos até exames, análise clínicas, nos tinha lá [no STR] dentista; estava se transformando... como se fosse... uma casa de saúde. E aí foi perdendo o sentido, a verdadeira função que era o sindicato no estatuto, nem um sindicato diz isso. (E6)

Dessa forma, os trabalhadores rurais conquistam assistência ambulatorial equiparada aos beneficiários urbanos. Em Braga, contribuintes urbanos seguem acessando consultórios privados e os trabalhadores rurais deixam as filas da Posto de Saúde para serem atendidos no próprio, mediante pagamento de parte do valor das consultas. Certamente trata-se de um avanço, é o reconhecimento de um

direito. Mesmo que restrito e atrelado a estrutura do STR, os agricultores, passaram a ter atendimento ambulatorial e acesso a internação hospitalar na categoria de contribuinte. Considerando-se a importância desse acesso para a segurança das famílias do campo, compreende-se cooptação dos sindicatos, o fortalecimento dos sindicatos com a prestação de serviços e as diferentes posições do movimento sindical em relação a situação.

No contexto de saúde brasileiro, estava ocorrendo o movimento da reforma sanitária e um dos pontos centrais desse movimento era a crítica à divisão entre dois modelos de saúde: a medicina previdenciária e a saúde pública, um voltado para os serviços da zona urbana e outro destinado a zona rural e aos setores mais pobres da população. (Paiva e Teixeira, 2014)

Em Braga, também estava definida a divisão das atribuições e das populações atendidas. No posto de saúde (vinculado à Secretaria Estadual de Saúde) eram desenvolvidas as ações típicas de saúde pública, como vacinas, atendimento às doenças transmissíveis e algumas ações de saneamento. De forma precária, nesse espaço, eram realizadas consultas médicas para a população indigente. Os poucos trabalhadores urbanos, incluindo professores e outros servidores públicos acessavam os consultórios privados, e os agricultores os serviços no STR. O hospital, que estava alugado, distribuía os pacientes em três espaços: privado, previdenciários e indigentes. É interessante registrar que havia um só médico na cidade; ele atendia em espaços e horários diferentes os diferentes segmentos da população.

[havia] uma unidade do Estado com a funcionária Tita, que era atendente de enfermagem e realizava as vacinas. A enfermeira Antonieta (que era do município de Palmeira das Missões), vinha uma vez por mês para Braga para trazer vacinas e treinar a Tita. As consultas médicas para os bem pobres eram feitas nesse posto do Estado. Casos muito graves eram internados como indigente no hospital. O médico João alugava o hospital e fazia consultas pela previdência.(E2)

É necessário compreender o processo que se desenvolve em Braga, como uma tentativa de transformação de uma saúde capitalizada e médico centrada. Com o início do mandato de prefeito de Alberi Maffi, foram dados os primeiros passos na ideia de gratuidade da assistência, desenvolvendo ações que eram direcionadas

para o contexto social daquela comunidade. Através de reuniões comunitárias começou-se a desenhar a perspectiva da saúde em Braga. A transformação ocorrida em Braga/RS, na gestão do prefeito Alberi, desarticula do processo privatista o Hospital e a Unidade do Estado.

Temos a situação de que o único hospital que tinha era alugado por um médico, o hospital tinha apenas 21 leitos (menor do que qualquer UPA que vemos por aí). Ele era médico nomeado pelo estado para atender no posto de saúde naquele esquema de sempre, o posto funcionava como um administrativo e tinha uma atendente de enfermagem que fazia tudo como vacinas e injeções.(E 4)

O Hospital Santo Antônio alugado por um médico e um posto do Estado[...]Outra coisa, mesmo o Dr. João tinha uma campanha de vacinação interessante, [...]E(2).

Num primeiro momento, começaram a ter tensionamentos pela forma como ele atendia a saúde pública, nós não conseguimos encaminhar os pacientes ao hospital e os médicos da prefeitura não tinham entrada nele, essa situação perdura até 1985, no início de 1986 nós “tomamos” o hospital.( E4)

Quando eu trazia as pessoas[no hospital] tinha uma certa quantia por mês que não era cobrada. Tinha que encaminhar pelos agentes de saúde, aí não pagava nada. (GF 1- ACS)

O Hospital Santo Antônio alugado por um médico e um posto do Estado[...]Era o hospital, as pessoas pagavam pelo atendimento, só entrava se tivesse dinheiro. (E2)

Perguntamos ao prefeito o que significou a interrupção do aluguel do hospital. Ele disse que a assembleia “foi mais um momento de resistência...foi um momento de resistência, resistência e protesto em prol da saúde pública”. (E1)

[...]quando ia ser atendidas no hospital de Braga, Santo Antonio de Braga, vinha gente de outra cidade porque elas sabiam que nós instituímos na cidade de Braga, com anuência claro, política do Prefeito tinha também ajuda financeira da Prefeitura para o hospital, que ali o atendimento era universal e gratuito e as pessoas ficavam pasmas quando iam ter um bebê, a gestante chegava lá tinha um bebê, ao sair perguntava “quanto que a gente deve?” Vocês pagaram já, aqui é um hospital e não cobra nenhum procedimento.(E3)

Lembro que muitas vezes a secretária do estado ficava apavorada com a quantidade de povo que ia para o atendimento, a porta de entrada era a unidade e o hospital. A dificuldade de se manter médico sempre teve.(E2)

a gente assume o gerenciamento da rede, já havíamos assumido em 86 o hospital, então a ter o hospital integrado a rede básica, a gente começa a conseguir fazer todo esse itinerário(E4)

Depois quando Alberi assume vem com essa proposta, o pessoal faz assembleia e “toma” o hospital[...]Quando ele assumiu e veio com essa proposta de saúde foi criada a secretaria, o conselho de saúde.(E2)

Segundo Falk e Rosa (2022, p. 106) “a prática privada de medicina, com sua visão mais biológica e maior ênfase em diagnóstico de doença e intervenções curativas, cresceu e se qualificou, criando uma grande rede de hospitais, clínicas, sociedades médicas e planos privados de saúde”.

Com isso, o modelo instituído em Braga é uma crítica a esse modelo de mercado, no qual através de anseios sociais e definições da gestão municipal pode-se promover um acesso sem custos, dentro um processo histórico da medicina centrada, em que tratou de buscar recursos com apoio de outros órgãos para que fosse viável a construção comunitária em Braga. Neste movimento que ocorre em Braga, pela busca de uma saúde que não seja nos moldes corporativista e privativa, tem-se a importância do papel social da Universidade local:

Cabe uma primeira observação, tínhamos uma universidade com viés de esquerda por conta dos seus cursos na área de humanas, tínhamos o curso de enfermagem que estava alicerçado em uma proposta sindical de um outro jeito de atender num contexto de um hospital dominado por médicos antigos obviamente conservadores, e de professoras também que vinham de universidades tradicionais a própria UFSM, UFRGS e a FACEM, [...]O currículo você tinha que cumprir gostasse ou não gostasse, fosse hospitalar ou saúde pública, nisso nós vamos ter uma busca que o pessoal da Saúde tinha que procurar.(E4)

A Universidade de Ijuí teve papel fundamental na saúde comunitária de Braga, pois através da FIDENE (Fundação de Integração, Desenvolvimento e Educação do Noroeste do Estado), mobilizou recurso na Alemanha, através de um projeto EZE; com esse recurso Braga constrói os postos de saúde: a prefeitura

contratou a equipe, mas com o projeto foi possível a construção dos postos de saúde, os CIAS, equipar os postos, e treinar os agentes.

[...] uma certa criticidade, de uma reivindicação, de uma resistência, e isso eu acho que é o pano de fundo que possibilita depois experiências, da FIDENE, da COTRIJUÍ, pra acolher essa questão da saúde, não só da terra. E(5)

Além de garantir recursos para o projeto, a Fidene manteve equipe técnica com professores/pesquisadores das áreas da saúde e desenvolvimento. Juntamente com a FIDENE no apoio social a Braga, temos a experiência da participação da COTRIJUÍ, cooperativa que passa a destinar valores para a saúde, e auxiliar no crescimento da economia local, conforme relato:

[...] nós em grupo, presidentes da COTRIJUÍ, e frei Matias, Mario, algumas lideranças, e nós sentados lá discutindo sobre a questão da saúde. E aí veio a ideia do curso de enfermagem, “vamos trabalhar nessa linha”. E aí se começou a trabalhar, então cada vez mais a questão da saúde estava se construindo, e ela tinha atrás de si uma força que era essa questão, que tinha suas raízes, como eu falei, tava se atendendo às reivindicações que apareciam, através dos sindicatos, das reuniões e que acabavam na COTRIJUÍ, acabavam mesmo na UNIJUÍ, na época[...] onde a comunidade começava a participar, o diálogo com a comunidade, era uma outra perspectiva e isso cabia dentro do nosso projeto, vamos dizer assim, de sociedade que a gente queria.”(E5)

Em outro o entrevistado retrata melhor o papel desempenhado pela Cotrijuí. Na experiência de Braga, esse recurso não é utilizado porque a cooperativa local não destinou recursos para o projeto. Contudo, destaca-se a importância da cooperativa para os projetos que tornam a experiência de Braga possível, especialmente a formação dos enfermeiros e a formação dos embriões da APS na região.

[...]a COTRIJUÍ entra valendo[...] e a FIDENE começa a fazer projetos que vão pra esses lugares e aí entra Braga. Porque no Braga a gente tinha um projeto que, na época, que era mais amplo que saúde, que era todo um trabalho de base, o pessoal de Braga vinha pra cá e olhava e tudo, e voltava. Teve um trabalho longo lá em Braga, que envolvia várias coisas.[...]Aí veio o projeto AEZ, projeto da FIDENE, década de 1980, e ao mesmo tempo, que nós sabemos até agora, as cooperativas passam a usar aqueles 2,5%, aquele funrural, para esses projetos.[...]Então isso, tanto na Cooperalfa quanto na COTRIJUÍ, isso começa a aparecer e isso acaba

entrando nos projetos e vai pra formação.[...]A COTRIJUI abriu, porque poderia, teve uma época que eu já estava dentro da COTRIJUI, e nós discutíamos e se destinava uma parte deste recurso, se negociou inclusive com o governo, e era permitido destinar, então começou a se sustentar trabalhos dentro da área da saúde com esse dinheiro.(E5)

A compreensão da importância dos movimentos sociais, da igreja, da COTRIJUI e da inspiração nas ideias de desenvolvimento da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL) é compartilhada pelos sujeitos entrevistados que fazem referência a esses aspectos. Contudo, o efeito dessas influências no projeto de Braga é apresentado em diferentes perspectivas. Por um lado, é uma composição de forças que enfrenta o poderoso mecanismo de exploração; por outro, é uma visão descontextualizada corresponsável pelas fragilidades da experiência:

Movimento dos padres em Ijuí só gerou teratologias; a Cotrijuí, que era uma das maiores cooperativas do Brasil, faliu e levou um monte de agricultores[...]posso dizer que o processo de Braga se deu em uma teoria econômica basicamente Cepal, produção local para venda ao local e para atender o mercado local, o que não seria viável dentro desse modelo econômico, [pois]essa não era a realidade de Braga, você não pega um lumpesinato e converte em um produtor quase que orgânico, sem ter esse mercado, este mercado é o que chamamos de economia de mercado de nicho. Aquela experiência não levou em conta esses mercados de nicho, fora as outras questões sobre isso”(E4)

É importante ressaltar que havia uma necessidade de pensar para além do modelo de saúde comunitária, para que a geração de renda local promovesse uma desvinculação do modelo privativo de saúde. As ações reveladas nas falas, não devem conduzir para o certo ou errado, mas sim ampliar o entendimento sobre a mobilização social ocorrida em prol da construção da saúde em Braga, para o fortalecimento do ambiente comunitário, com fomento para a desvinculação de uma medicina de mercado.

Não sei se no Brasil fomos pioneiros; nós, aqui na região, fomos pioneiros. Mas eu não posso dizer se outras experiências se desenvolveram com melhores condições do que a nossa aqui na região...Quer dizer que a questão fugia da... somente da saúde. (E1)

A visibilidade de Braga no estado acontecia pelas características dos projetos, articulados em uma proposta de mudança social e também pela história e

capacidade política e argumentativa do prefeito. “ O nome de República Socialista do Braga foi dado por um deputado, que há pouco chegou a ser governador do estado. República Socialista do Braga...”(E1)

## 5.2 APS: Participação da comunidade e intersetorialidade

Os movimentos sociais apresentados em meados dos anos 80, foram essenciais para as mudanças ocasionadas ao longo da história na saúde brasileira, em que a participação da comunidade esteve presente para reivindicar direitos que limitavam o acesso aos cidadãos. O direito à saúde é dever do Estado, bem como citado na constituição federal de 1988, e com isso a participação popular é um direito garantido pela carta magna de 1988, na qual cita "Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente"(Brasil, 1988).

Segundo Regô (2018) “A participação popular não é instituída por governos. Ela é uma conquista das classes populares na defesa de seus direitos e objetiva a mudança social para a construção de uma nova sociedade, mais justa e igualitária”. Essa construção social e comunitária foi vislumbrada no município de Braga/RS, em meados da década de 80, na qual culminou com o fim do período de ditadura militar, através de movimentos sociais que já ensaiavam o que poderíamos chamar de saúde comunitária, ou seja, um movimento com ideais que antecederam o SUS e revelou a sua importância na construção de uma sistema público de saúde

“Não era atenção primária em saúde, e ainda tinha muito essa visão da questão de construção de saúde comunitária que sempre envolvia a participação da população nesse processo. Nunca era uma construção desvinculada da comunidade, era uma troca de conhecimentos. Nossa construção se dava nessa perspectiva”. (E3)

Ao analisar a história relatada pelos entrevistados, bem como o resgate de fotos e documentos da época pesquisada, observamos o papel fundamental da população, a partir de algumas vertentes presentes naquele local, a agricultura familiar, a universidade, a igreja e as necessidades básicas de sujeitos que não tinham acesso à saúde.



Além da questão da organização da comunidade em torno do seu direito, já trabalhava questão da saúde como direito de todos e um dever do Estado, antes disso está sendo consolidado através da Constituição de 88.[...]A gente começou a implementar a saúde comunitária em Braga com o auxílio da comunidade, a comunidade tinha muita confiança.”( E3)

O projeto de Braga era o modelo de uma conquista coletiva de bem estar, para mim e para várias pessoas da época, e quem lembra do que era e o que tinha. [Começamos] a trabalhar com as comunidades e organizar as comunidades, e as comunidades começaram a se organizar pedindo por esse atendimento. Assim criou-se todo esse processo dos agentes. (E2)

O projeto de Pedro Garcia foi um...um projeto muito importante e ali o que se destacou foi Pedro Garcia e em outras ocasiões aqui se avançou em termos de pró saúde comunitária foi exatamente a participação popular, foi a força que veio da participação popular.(E1)

Eu acho importante também lembrar a participação popular na época, nós tivemos aqui [...] agentes comunitários de saúde que trabalharam gratuitamente, se formaram dentro das suas comunidades, buscaram conhecimento nas próprias comunidades. (E 1)

Trabalhadores e ACS não se limitavam ao atendimento. Eles atuavam na defesa das ideias que sustentavam o projeto, e participavam de atos públicos, reuniões e assembleias. As imagens abaixo registram enfermeiras, enfermeiro e ACS em participação em desfile de sete de setembro.

Figura 1. Desfile de 7 de setembro de 1986. Participação de Enfermeiro e Enfermeiras



Fonte: arquivo pessoal de participante da pesquisa

O fortalecimento da saúde comunitária em Braga foi pautado pela participação popular, sujeitos que acreditaram na construção coletiva para o alcance de uma saúde inclusiva, com movimentos em prol do próximo, com ações que indicavam o Sistema Único de Saúde. A experiência de Braga comprova a importância dos movimentos populares que ocorreram através da Reforma Sanitária, em que a população se organiza e é fortalecida na busca pela saúde comunitária.

Figura 2: Desfile de 7 de setembro de 1986. Participação de Agentes Comunitários de Saúde e Conselhos Locais



Fonte: arquivo pessoal de participante da pesquisa

Costa (1988,p.215) faz uma leitura importante desta proposta da consolidação, em que “as próprias camadas populares desenvolvam (expressem, critiquem, enriqueçam, reformulem, valorizem) coletivamente o seu conhecimento, as suas formas de apreender e explicar os acontecimentos da vida social”.

Assim como a cidade de Braga/RS, temos o contexto social na Paraíba, no qual temos o movimento popular que luta por condições de saúde nos 70/80 conforme relatado por Araujo e Nascimento (2014), que revela a resistência social em torno da saúde, com a presença da Igreja como apoio, e a luta do trabalhador do meio rural. Na Paraíba, os encontros aconteciam dentro do espaço da igreja católica com apoio de Freiras, o pensar social de Braga mobilizou inicialmente a comunidade para o espaço do Centro de Tradições Gaúchas ( CTG), com apoio da igreja, universidade local.

Então, nós começamos e fizemos uma reunião no CTG para escolher onde seria o postinho de saúde, escolheram lá, mas continuei trabalhando e me envolvendo com tudo na comunidade,[...]. As comunidades se organizaram e fizeram os postos de referências. (E2)

Acordamos que seriam escolhidos nas reuniões comunitárias(E4).

Em Braga, o apoio da Igreja Católica ao projeto fica mais evidente a partir da realização da assembleia que define a não renovação do contrato de aluguel do hospital. Essa decisão altera a atuação das enfermeiras e enfermeiros. Encontrar médico passa a ser uma prioridade.

Figura 3. Assembleia de retomada do Hospital Santo Antônio



Fonte: arquivo pessoal de participante

A assembleia resultou da mobilização da comunidade e capacidade de convocação da gestão municipal, bem como da legitimidade da equipe. A Prefeitura conseguia garantir que o hospital não seria fechado. É nesse momento que o hospital é integrado a rede. Houve alterações na utilização do espaço do hospital, instituindo-se a gratuidade. Isso exige nova articulação. Há dificuldade para contratação de auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Ao mesmo tempo, a Secretaria Municipal de Saúde amplia os cargos e passa a contar com nutricionista. O hospital retomado, inicialmente administrado pelo Padre Eduardo, contrata administrador e vai se transformando em uma referência para a região.

Figura 4. Assembleia de retomada do Hospital Santo Antônio



Fonte: arquivo pessoal de participante

A organização de saúde parte da coletividade das decisões, com o saber popular, “os próprios agentes populares pudessem se perceber como produtores de conhecimento”(Costa,1988,p.214), sendo essa, uma das principais fonte propulsora do saber em Braga, posto que as ações de saúde, intersetoriais eram definidas a partir do que se definia em reuniões comunitárias. Cabe ressaltar, que neste momento histórico ainda não temos o papel dos conselhos de saúde.

O movimento popular ocorrido em Braga, aponta caminhos que fomentam a importância dos espaços de trocas que ocorrem nos conselhos de saúde. No estudo de Guarnieri, Setti e Pulga (2021) desenvolvido em municípios do norte do estado RS, entre 2014/2015, faz-se uma crítica ao pouco envolvimento da população naquele espaço de decisões e formulações de políticas sociais. Isso difere do ocorrido em Braga, local que se desenha ações e propostas de um modelo participativo e comunitário de saúde, em que a população é chamada para o centro de fala e auxilia no movimento de mudanças tanto na formação de Agentes comunitários de saúde, como os vistos em Pedro Garcia com a horta comunitária, olaria e outros feitos. Um fato importante a ressaltar é que Braga encontra-se dentro do processo final do estado ditatorial e as lutas propostas pela Reforma Sanitária, profissionais de saúde e gestores locais que compreendem a importância da construção coletiva e partilhada. Com isso, necessita-se fomentar a participação

popular em espaços de conselhos de saúde, que compreendam os benefícios dessa participação, Martins et al(2008) destaca a importância dos gestores, usuários saberem a importância efetiva como local de referência para as pautas sociais.

Com essas ações populares, temos a consolidação de cinco unidades de saúde: Sitio Gabriel, Santo Antônio, Barra do Gravatá, Pedro Garcia e Três Vertentes, cada local tinha uma comissão local. As ações de saúde que saíram de um atendimento que era somente no hospital e um centro de saúde coordenado pelo estado para ações administrativas e de vacinação. Nessa perspectiva, temos a organização da formação dos agentes comunitários de saúde e as escolhas de quais seriam

Foram 23 agentes de saúde, 23 pequenos núcleos populacionais não podemos dizer comunidades, eram núcleos. Em função da de visão geográfica e de que esses agentes a pé pouco limite de cobertura, de área, que poderiam cobrir.[...]formamos os agentes em 1984.[...] porquê de 23 agentes de saúde de 23 áreas em um município de 163 km<sup>2</sup>, estamos falando de que cada agente de saúde tinha a rigor uma área de mais ou menos 3 por 3 km, por que isso? Porque ele tinha que caminhar, e obviamente não morava no ponto geográfico da sua área de atuação, então a cobertura que ele tinha que fazer para visitar as suas 15 ou 20 família ( E4)

As comunidades escolheram [os ACS] que foram capacitados pelos enfermeiros. Foram se organizando e então ia o médico uma vez por semana na comunidade e atendia, mas o agente de saúde fazia tudo, injeção, curativo, aferia pressão. Às vezes até à noite, as mulheres entravam em trabalho de parto, a dona Maria de Lurdes colocava no carro dela e levava ao hospital.( E2)



Fonte: arquivo pessoal de participante da pesquisa

Os Agentes, escolhidos por suas comunidades, permaneciam na cidade, em dormitórios coletivos organizados em salas de aula da escola estadual do município. As refeições e as aulas também aconteciam nas dependências dessa instituição.

Com a definição de espaço geográfico para as ações de saúde, força de trabalho através dos agentes comunitários e população local, temos a construção coletiva que resulta em acesso com conquistas populares de saúde para Braga que se torna assistida integralmente. Essa mobilização social remete ao conceito de intersectorialidade, uma ideia forte na experiência.

A intersectorialidade pode ser definida como a inclusão de ações mobilizadoras e articuladoras, através de diferentes vertentes de conhecimento e técnicas para enfrentamento que contribuam com as práticas de modelos de saúde e desenvolvimento de demais setores para modificar o modelo assistencial, em prol do

interesse coletivo.(FERREIRA E SILVA, 2005; GARCIA ET AL, 2014). Conforme Silva et al(2013,p.171) “a intersetorialidade surge para modificar a organização dos municípios, com a tentativa de romper com as ações fragmentadas e pontuais”. Esse desafio é observado na construção da saúde comunitária de Braga.

a participação popular[...] a questão fugia da...somente da saúde, ela extrapolava, era interdisciplinar[...] Aí funcionava a educação, funcionava junto com isso né, os movimentos comunitários, um movimento importante que tivemos em Pedro Garcia”.(E1)

As ações de intersetorialidade desenvolvida em Braga/RS ampliam as ações de promoção da saúde, e aumentam a interface com o desenvolvimento através das experiências locais

[...] do artesanato, cerâmica e a própria olaria... quer dizer a população se organizou, construiu uma olaria,nós tivemos recursos que vieram da Alemanha, uma organização alemã mandou os primeiros recursos, mas depois a própria comunidade buscou recursos pra se manter e se desenvolver.(E 1)

[...] neste contexto e nesse apoio da universidade ela faz um contato com a EZE, que é uma fundação da Igreja Evangélica de apoio para países de terceiro mundo que financia projetos de emprego e renda. A EZE juntamente com a prefeitura começa um emprego que era utilizando as potencialidades que víamos lá, isso constituía se em uma horta, um pomar e uma Olaria.[...] a ideia era de que esse trabalho com horticultura, e isso iria garantir uma renda fixa e um emprego às pessoas durante o período que não tinha safra. Então nós estruturamos essas organizações, tínhamos esse projeto com AEZ em Pedro Garcia, mas temos o financiamento da EZE para montar os postos de saúde. Então tínhamos dinheiro para comprar e construir estas estruturas, para comprar o equipamento porque o que tinha lá era absolutamente básico. ( E4)

Fizeram a fábrica de chimia, fizeram aquela creche que não chegou a funcionar. Tinha uns que trabalhavam nos tijolos, outros cuidavam as frutas e o pomar, outros a horta, e tinha uma senhora que trabalhava na fábrica de chimia, ai vendiam por tudo. (GF1- ACS).

E lá tínhamos xarope, fazíamos sabão, tínhamos todo tipo de chá, qualquer pessoa que precisasse poderia ir buscar (GF1 - ACS).

A Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), instituídas pelas AIS, encontra os conselhos locais organizados. A CIMS, embrião dos conselhos



municipais de saúde, foi constituída a partir dos conselhos locais já existentes. Criou-se “a comissão interinstitucional municipal de saúde (CIMS), que são o embrião dos conselhos municipais de saúde”(E3)

Figura 6. Reunião com a comunidade de Pedro Garcia



Fonte: arquivo de participante da pesquisa

A experiência comunitária da intersetorialidade nas ações de cuidados em saúde, evidencia a viabilidade de uma economia sustentável para a população residente. Ao analisar essas práticas no saber da intersetorialidade, temos artigos como de Garcia Et Al(2014) que traz uma crítica aos desenhos de intersetorialidade tratados por outros autores. Compreendendo a proposta descrita em Braga, percebe-se que temos uma operacionalidade de intersetorialidade descendente com a participação popular presente nas definições das ações de saúde com gestão e sujeitos públicos na organização das ações que desenvolve-se naquele modelo. Diante disso, a experiência de Braga remete a importância do papel social desempenhado por estas pessoas que projetam para além de uma saúde comunitária, uma via de poder local com propósitos que indicam para o fortalecimento do SUS.

## 6 CONCLUSÃO

O registro do projeto de saúde comunitária “do Braga” mobilizou os sujeitos que foram convidados/as para a pesquisa. As entrevistas evidenciaram o contexto da experiência, a luta dos diferentes atores e os conceitos e ideias que moviam as pessoas para o município de Braga e para a participação em um projeto que estava fora das instituições de saúde da época.

A experiência de Braga, em sua condição de projeto de saúde comunitária, é anterior ao SUS e, inclusive aos programas institucionais que o antecederam, como as AIS. A experiência de Braga esteve alicerçada na oposição ao regime militar e, conseqüentemente, na crítica ao modelo da medicina de mercado sedimentado na década de 1970.

A experiência de Braga dialoga, através da Universidade, com organismos internacionais e com o movimento da reforma sanitária brasileiro. A necessidade de mudança do modelo médico, o enfrentamento à medicina de mercado e a participação da população foram marcas importantes dessa experiência.

O propósito de uma gestão comunitária nas ações de saúde em Braga se redefine com a mobilização da população local que acreditava ser possível construir uma saúde com acesso igualitário, com um modelo que direciona para os moldes do SUS.

É fundamental valorizar o papel de cada sujeito, órgãos e instituições que fez parte deste legado da história de Braga, que se dedicou a construir uma saúde com promoção e prevenção, por acreditar na possibilidade que ações intersetoriais de saúde poderiam resultar em uma prestação de serviço mais resolutiva e humanizada. A saúde comunitária foi um dos componentes de um projeto que buscava enfrentar as fragilidades sociais naquele espaço, e foi construído coletivamente.

Inventariar a proposta de construção da saúde que ocorreu neste município é importante diante do momento que vivemos, marcado pela desconstrução do modelo de saúde, com fragmentação das políticas de saúde e congelamento dos gastos com a saúde. Reforçar a proposta de saúde para todos, com o ideário de

construção coletiva e popular e com ações intersetoriais, demonstra a importância desse legado para a história política e social deste país.

É importante ressaltar e fortalecer os conselhos de saúde, espaços em que a população exerce seu poder de fala, estimular que os usuários do SUS identifiquem-se com as políticas públicas de saúde, devido a necessidade de pautar ações que resultem em melhores condições do controle social. Assim, julgamos significativo trazer à memória a importância das lutas coletivas de saúde; o estudo reafirma uma saúde centrada no usuário com a perspectiva da realidade social deste.

Necessário ressaltar a pouca literatura existente que trate sobre a temática da saúde comunitária na sua conjuntura de formação, antecedendo o SUS, revelando a importância deste estudo como relevância histórica e social não só para a população de Braga, como para a construção histórica do Brasil.

## 7 REFERÊNCIAS

ARANTES, Luciano José, SHIMIZU, Helena Eri e MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 21, n. 5 [Acessado 27 Fevereiro 2021] , pp. 1499-1510. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>.

ARAÚJO, I. M. M., & NASCIMENTO, D. F. Movimentos populares em saúde e a reforma sanitária brasileira: saúde e subversão na Paraíba nos anos 70 e 80. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, 8(2), Pág. 11-25.2014.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Goes de. Saúde e Previdência Estudos de política social. Saúde em Debate. Terceira edição. Editora HUCITEC. São Paulo, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. Tratado de saúde coletiva. . São Paulo: Hucitec. . Acesso em: 20 nov. 2022. , 2006.

Costa, Nilson do Rosário. Transição e movimentos sociais contribuição ao debate da reforma sanitária. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 1988, v. 4, n. 2, p. 207-225.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília, 1986. Anais da 8. a Conferência Nacional de Saúde Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-9.

Costa, Nilson do Rosário Transição e movimentos sociais contribuição ao debate da reforma sanitária. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 1988, v. 4, n. 2 [Acessado 30 Novembro 2022], pp. 207-225.

CRESWELL, J.W. Investigação Participativa & Projeto de Pesquisa. Escolhendo entre cinco abordagens. Tradução de Sandra Mallmann da Rosa. 3ed. Porto Alegre: Editora Penso, 2014.

DESLANDES, Suely Ferreira. Pesquisa Social:teoria, método e criatividade/ Suely Ferreira Deslandes, Otavio Cruz Neto, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo( organizadora). -Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

SCOREL, Sarah. História das Políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lúgia et al (orgs.). Políticas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. (385- 434).

FALK, J W; ROSA, R S. O Sistema de Saúde no Brasil. In:Duncan, B B ET AL. Medicina ambulatorial : condutas de atenção primária baseadas em evidências [recurso eletrônico] / Organizadores,— 5. ed. – Porto Alegre : Artmed,2022.

FERREIRA, V.S.C. e SILVA, L.M.V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 103-150.

FLEURY, Sônia. A questão Democrática na Saúde. In: FLEURY, Sônia (org.) Saúde e Democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997 (p 25-41).

FREIRE, Paulo. Política e educação 5. ed. São Paulo, Cortez, 2001.

GARCIA, L. M.T. ET AL. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. Saúde em Debate [online]. v. 38, n. 103,p. 966-980, 2014.

GERSCHMAN, Silvia. A democracia Inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIOVANELLA, Lúgia et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2019, v. 35, n. 3. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/?format=pdf&lang=pt>

GÓIS, Cezar Wagner De Lima. Saúde Comunitária Pensar e Fazer. Aderaldo &Rothschild Editores. São Paulo, 2008.

GUARNIERI,J. M; SETTI,S. M; PULGA,V. L. A Participação Popular na Saúde: Desafios e Potencialidades no Contexto Municipal. Revista Saúde em Redes.v.7, n. 2, p. 1-13, 2021.

SILVA, Kênia Lara, Et al. PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTERSETORIALIDADE EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS. Rev APS. 2013 abr/jun; 16(2): 165-17.

MARTINS, P. C. ET AL. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online], v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MEDEIROS, LeonildeSérvolo de. História dos movimentos sociais no campo / LeonildeSérvolo de Medeiros. — Rio de Janeiro FASE, 1989.

MELO, Eduardo Alves. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 38-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma – Ata e movimentos posteriores. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 maio-junho; 12(3):447-8 [www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)

MINISTRY OF HEALTH. Consultative Council On Medical And Allied Services. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em: <https://www.sohealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do conhecimento. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. (14ª. ed.). São Paulo: Hucitec, 2014.

MOSER, Ana Cláudia; BONETTI, Joelma Crista Sandri; Franzmann, Neusa Mendonça. Políticas sociais da saúde e previdência social. Indaial : UNIASSELVI, 2017.

ORLANDI, Eni Pulcinelli. Interpretação, autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. *Leitura e discurso científico*. 6. ed. Campinas-SP: Pontes, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, Sônia (org.) *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997 (p 11-24).

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L.V.V.; Noronha, J.C.; Carvalho, A.I.; Organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012.p.459-491.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção e TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [online]. 2014, v. 21, n. 1, pp. 15-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.

REGÔ, Tâmara Luz Miranda. Os Movimentos Sociais E A Participação Popular No Regime Democrático Brasileiro. *Revista Direito Unifacs*. Nº 211, 2018.

RIBEIRO, L.A., SCATENA, J.H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 28, n. 2, pp. 95-110. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180884>.

SALES, Orcélia Pereira Et Al. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS, AVANÇOS E DEBATES EM 30 ANOS DE HISTÓRIA. Revista Humanidades e Inovação v.6, n.17 - 2019.

SANTOS, Irailde Ferreira dos; GABRIEL, Mariana e MELLO, Tatiana Ribeiro de Campos. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS DESSA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL. Revista Humanidades e Inovação v.7, n.5 - 2020.

TESTA, Mário. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VASCONCELOS, Cipriano de Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O sistema Único de Saúde. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa et all (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2009 (531-562)

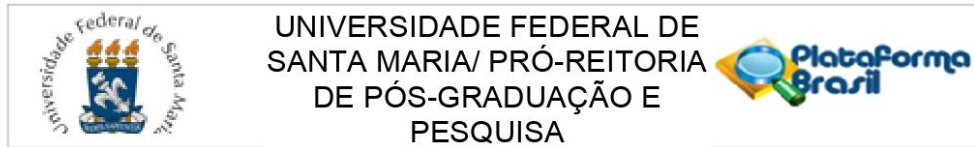
VASCONCELOS, Eymard Mourão; VASCONCELOS, Marcos Oliveira Dias e SILVA, Marísia Oliveira da, A contribuição da educação popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade, Salvador, v. 24, n. 43, p. 89-106, jan./jun. 2015.

YIN, R. Estudo de Caso. Planejamento e Métodos. (tradução de Daniel Grassi) 3 ed. Porto Alegre: Bookmann, 2005.

YIN,R.K. Pesquisa Qualitativa do início ao fim. Tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Dirceu da Silva. – Porto alegre: Penso, 2016.

## ANEXO

### ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A CONSTRUÇÃO DO SUS EM MUNICÍPIOS NO INTERIOR DO RS: INVENTÁRIO DE EXPERIÊNCIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Pesquisador:** Liane Beatriz Righi

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 50388421.9.0000.5346

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

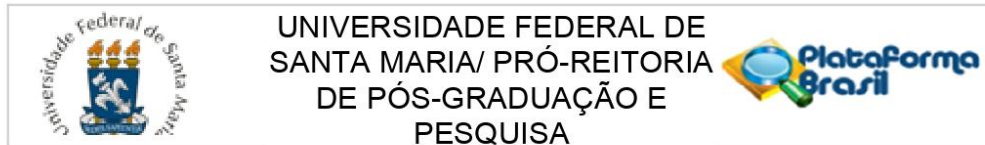
**Número do Parecer:** 4.899.618

##### Apresentação do Projeto:

Este projeto será desenvolvido pelo Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde. O principal objetivo do estudo é inventariar as experiências de saúde comunitária dos Municípios de Braga, Ronda Alta e Tenente Portela. Este inventário permitirá conhecer o contexto das experiências e seus vínculos com o movimento internacional de Promoção da Saúde e de Cuidados Primários de Saúde. Apresenta um referencial teórico que trata da atenção primária à saúde e da promoção de saúde. Trata-se de um estudo de casos múltiplos, é uma pesquisa qualitativa que poderá utilizar como estratégias a entrevista individual aberta, a pesquisa documental e o grupo focal. Os princípios teóricos-metodológicos estão descritos. Inicialmente será feita uma visita aos municípios e contato com os primeiros informantes, as informações serão registradas por meio de entrevistas individuais gravadas, grupo focal ou mesmo mensagens eletrônicas. A análise do material qualitativo seguirá as três modalidades sistematizadas por Minayo (2007): análise de conteúdo, análise de discurso e análise hermenêutica-dialética. Não é informado ao longo do projeto sobre os cuidados necessário a realização dessa fase, já que o período sugerido inicia-se ainda em 2021. Os sujeitos da pesquisa estão detalhadamente descritos e são referidos como primeiros informantes àqueles que participaram da experiência a ser descrita. As entrevistas serão realizadas após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de entrevistas e grupos focais realizados em plataformas virtuais, o TCLE será encaminhado por email

**Endereço:** Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com





Continuação do Parecer: 4.899.618

ou aplicativo de mensagem. O principal resultado esperado é conhecer a história da saúde de uma região do estado do Rio Grande do Sul. O projeto contém cronograma, orçamento e referências bibliográficas.

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO GERAL**

Inventariar as experiências de saúde comunitária dos Municípios de Braga, Ronda Alta e Tenente Portela.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Conhecer o conceito de saúde que pautou a ação dos protagonistas;

Conhecer a sua proposta para a organização da atenção (modelo de atenção) e o seu entendimento a respeito do Papel e das Políticas Públicas.

Conhecer a história da saúde comunitária na região através do registro e análise destas experiências permite compreender o desenho organizacional da saúde e os problemas teóricos e operacionais que seguem desafiando a implantação do PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a ESF- Estratégia de Saúde da Família e impedindo o desenvolvimento de ações intersetoriais para a promoção da saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os benefícios da pesquisa, para os participantes, podem estar relacionados a valorização de sua história. Os riscos da pesquisa são mínimos, e incluem cansaço dos participantes, e desconforto ao lidar com assuntos delicados. Para melhor conforto dos participantes, poderão ser realizadas pequenas pausas, e será lembrada a oportunidade de desistência da pesquisa a qualquer momento.

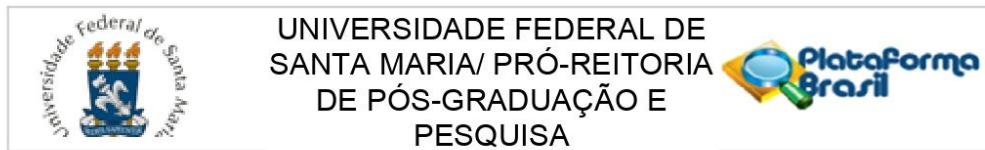
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados de modo suficiente.

**Endereço:** Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97.105-900 - Santa  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E  
PESQUISA**

Continuação do Parecer: 4.899.618

**Recomendações:**

Conheça o curso de Qualificação dos Comitês de Ética em Pesquisa que compõem o Sistema CEP/Conep em <https://edx.hospitalmoinhos.org.br/project/cep>.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1743218.pdf	02/08/2021 23:10:28		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/08/2021 23:08:45	Liane Beatriz Righi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	institucional.pdf	02/08/2021 19:21:33	Liane Beatriz Righi	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	responsavel.pdf	02/08/2021 19:21:20	Liane Beatriz Righi	Aceito
Outros	projeto_68283.pdf	02/08/2021 19:13:47	Liane Beatriz Righi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_13_05.pdf	13/05/2021 22:20:13	Liane Beatriz Righi	Aceito
Folha de Rosto	1620931668681.pdf	13/05/2021 22:14:51	Liane Beatriz Righi	Aceito

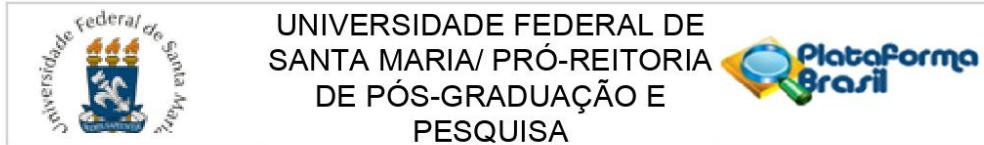
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.899.618

SANTA MARIA, 11 de Agosto de 2021

---

**Assinado por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

## APÊNDICE

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do estudo:** a construção do SUS em municípios no interior do RS: inventário de experiências de Promoção da Saúde e Atenção Primária

**Pesquisador responsável:** Liane Beatriz Righi

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ciências da Saúde

**Telefone e endereço postal completo:** (55) 3220-8503. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1244C, 97105-970- Santa Maria-RS.

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado a participar da pesquisa acima indicada, de forma voluntária. Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. Caso decida participar, os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

O objetivo do estudo é inventariar as experiências de saúde comunitária dos Municípios de Braga, Ronda Alta, Tenente Portela e Ajuricaba.

**Riscos e benefícios:** Os riscos da pesquisa são mínimos, pois você pode sentir cansaço ou desconforto ao responder as perguntas. Os benefícios decorrem do conhecimento do inventário sobre a experiência da construção do SUS no interior do RS.

**Procedimentos:** Sua participação no estudo se dará por meio da realização de uma entrevista semiestruturada via plataforma google meet, data e horário a combinar com a pesquisadora.

Para maior fidedignidade dos dados, a entrevista deverá ser gravada. A duração da entrevista é em torno de 30 minutos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu aceito participar dessa pesquisa assinando e

\_\_\_\_\_ assinando e  
sso consentimento em duas vias, ficando de posse de uma delas.

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

Para maiores informações:

Camilla Silva de Barros -email: camillasb90@gmail.com, tel: 55 981464592  
Dyan Jamilles Brum Maia – email: jamillesenf@gmail.com, tel: 55 999968393  
Liane Beatriz Righi – email: lianerighi@gmail.com, tel: 55 984054564

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Av. Roraima, nº 1000 - Prédio da Reitoria, 2º andar - Campus Universitário - 97105-900, Santa Maria/RS-Tel:(55)32209362.