

GLAUCE DIAS

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO
À SAÚDE MATERNO-INFANTIL E REPRESENTAÇÕES DE
SAÚDE DE MULHERES - MUNICÍPIO DE TEIXEIRAS - MG**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós Graduação em
Ciência da Nutrição, para obtenção
do título *Magister Scientiae*

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2006

Dedico este estudo às mães e gestantes do município de Teixeira, com quem convivi momentos de intensa aprendizagem, na escuta de suas aflições, sofrimentos e alegrias. O acolhimento dispensado nas visitas domiciliares abriu portas desconhecidas, me proporcionando uma outra visão da vida e do mundo.

Os estudos aqui desenvolvidos foram financiados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ- Processo nº: 401905/05-5

“A atitude de cuidado se desdobra em preocupação, estima e senso de responsabilidade por todas as coisas. Quando trato as coisas com cuidado, dou-lhes a devida atenção; elas são valiosas para mim”.

Anselmo Grün, 2005

AGRADECIMENTOS

“Mais vale a recompensa do trabalho de duas pessoas. Se um cair, o amigo pode ajudá-lo a levantar-se. [...] Um homem sozinho pode ser vencido, mas dois conseguem defender-se. Um cordão de três dobras não se rompe com facilidade”

Ecl 4, 9-12

Quero aqui estender a minha estima por todos os que contribuíram com este trabalho seja diretamente com sugestões e críticas, seja indiretamente por meio do apoio e da amizade.

Ao meu esposo Thiago, por todos os momentos compartilhados, pelo carinho dispensado em todas as circunstâncias e por ser sempre fonte de inspiração e tranqüilidade.

A minha família, pelo incentivo e apoio. Ao meu pai, por me mostrar que tudo me pode ser tirado nesta vida, menos o conhecimento adquirido. À minha mãe, por ter experimentado de seu cuidado e enxergar que a prática dele me torna mais humana. Aos meus irmãos Geruza e Aristides, companheiros fiéis.

À Universidade Federal de Viçosa e ao Departamento de Nutrição e Saúde, lembrando de todos os funcionários e professores que contribuíram para minha formação acadêmica e pessoal. Em especial aos meus conselheiros Prof^ª Sylvia de Castro Carmo Franceschini e Prof. José Roberto Reis que, pelo exemplo acolhedor nos momentos de decisão e discussão do trabalho, me mostraram ser possível construir uma nova prática de saúde. E a Valéria, funcionária do DNS, pelo apoio nas traduções em inglês.

À Prof^ª. Rosângela Minardi Mitre Cotta, em cuja prática docente se mostra, a cada dia, como uma verdadeira educadora. Obrigado por não ter me dado nada pronto, por me ensinar a construir e reconstruir. Pela sua amizade, companheirismo e cuidado que fizeram presença nestes anos de convívio e me mostraram um novo mundo do qual faço parte e do qual não posso permanecer como se não o fizesse. Nunca aprendi tanto em toda a minha vida acadêmica!

Agradeço a Poliana pela amizade e estímulo, a Roberta, estudante de iniciação científica pela dedicação e apoio nas atividades desenvolvidas do projeto. Aos colegas do mestrado, pelos momentos de descontração, risadas e partilhas.

À administração do município de Teixeiras e equipes do PSF, em nome da enfermeira Claudete, que através da parceria com o Departamento de Nutrição e Saúde da UFV tem possibilitado o desenvolvimento de vários projetos, contribuindo com a formação dos estudantes e proporcionando melhorias nas condições de saúde do município.

A CAPES e ao CNPq que com o apoio da bolsa de mestrado e financiamento do projeto, respectivamente, proporcionaram o desenvolvimento e efetivação do estudo.

À Fraternidade Pequena Via que foi um apoio de fé e força em minha caminhada espiritual e pelas grandes amizades que surgiram deste meio.

A Deus, responsável por me conceder a graça de conhecer e conviver com todos os anteriormente citados, que me ampara a cada dia em minhas necessidades e que me impele a buscá-lo para encontrar a felicidade e a plenitude da vida.

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	xi
I. INTRODUÇÃO GERAL.....	1
II. HIPÓTESES DE TRABALHO.....	4
III. OBJETIVOS.....	6
III.1. Objetivo Geral.....	6
III.2. Objetivos Específicos	6
IV. SUJEITOS E MÉTODOS	7
IV.1. Sujeitos	7
IV.2. Desenho do Estudo	11
IV.3. Métodos	11
IV.4. Estudo piloto	16
IV.5. Aspectos éticos	17
IV.6. Análise dos dados	17
V. ESTUDO BIBLIOGRÁFICO	19
V.1. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial de saúde.....	19
V.1.1. RESUMO	19
V.1.2. ABSTRACT.....	20
V.1.3. INTRODUÇÃO.....	21
V.1.4. MÉTODOS	22
V.1.5. NECESSIDADE DE REORIENTAÇÃO MODELO ASSISTENCIAL .	22
V.1.6. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	26

V.1.7. DESAFIOS APONTADOS AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REFORMULAÇÃO DO MODELO DE SAÚDE	28
V.1.8. CONCLUSÃO	32
V.1.9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
V.2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE: reflexões inscritas nos paradigmas sanitários contemporâneos.....	37
V.2.1. RESUMO	37
V.2.2. ABSTRACT.....	38
V.2.3. INTRODUÇÃO.....	39
V.2.4. MARCOS CONCEITUAIS.....	40
V.2.5. MÉTODOS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE	43
V.2.6. DESENHOS, PARADIGMAS E FORMAS DE AVALIAÇÃO	44
V.2.7. A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EM PAUTA	48
V.2.8. AVALIAÇÃO EM SAÚDE E PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	51
V.2.9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
V.2.10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
VI. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	61
VI.1. A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações sociais femininas do processo saúde-doença	61
VI.1.1. RESUMO	61
VI.1.2. ABSTRACT.....	62
VI.1.3. INTRODUÇÃO.....	63
VI.1.4. MÉTODOS	64
VI.1.5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	66
VI.1.6. CONCLUSÃO	85
VI.1.7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
VI.2. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto Saúde da Família.....	90

VI.2.1. RESUMO	90
VI.2.2. ABSTRACT.....	91
VI.2.3. INTRODUÇÃO	92
VI.2.4. SUJEITOS E MÉTODOS	93
VI.2.5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	96
VI.2.6. CONCLUSÃO	114
VI.2.7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
VI.3. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa de Saúde da Família.....	119
VI.3.1. RESUMO	119
VI.3.2. ABSTRACT.....	120
VI.3.3. INTRODUÇÃO.....	121
VI.3.4. SUJEITOS E MÉTODOS	122
VI.3.5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	125
VI.3.6. CONCLUSÕES	139
VI.3.7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141
VII. CONCLUSÕES GERAIS.....	144
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS GERAIS.....	146
ANEXOS.....	138

RESUMO

DIAS, Glauce, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, Setembro 2006. **Programa Saúde da Família: Avaliação da atenção à saúde materno-infantil e representações de saúde de mulheres - Município de Teixeiras – MG.** Orientador: Rosângela Minardi Mitre Cotta, Co-Orientadores: Sylvia do Carmo Castro Franceschini e José Roberto Reis.

A avaliação de programas, serviços e tecnologias na saúde, passa por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica, sendo considerado um importante instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde visando a implementação de políticas. Neste sentido, este estudo teve como objetivos: avaliar a qualidade da atenção à saúde materno-infantil do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Teixeiras – MG, dentro de uma perspectiva centrada no cuidado à saúde e na integralidade; discutir os desafios e limites do PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial e como produtor de cuidados; analisar de forma reflexiva os métodos e modelos de avaliação em saúde em uma perspectiva do cuidado pensado e praticado segundo as necessidades e demandas do usuário; analisar as concepções e representações sociais femininas (das mães) do processo saúde-doença. O desenho do estudo foi observacional de corte transversal com abordagem quanti-qualitativa, tendo participado da pesquisa 161 mães de crianças menores de dois anos, representando 94,7% deste grupo populacional, 33 gestantes, representando 82,5% deste grupo populacional, 35 profissionais de saúde atuantes no PSF, representando 97,2% dos profissionais da atenção básica do município. Na avaliação da atenção à saúde da criança e da gestante pelo PSF, de acordo com as proposições de Donabedian (1990) que relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado, utilizou-se um sistema de escores específicos para análise de tais dimensões e seus respectivos atributos, classificando o PSF nos cenários incipiente, intermediário e avançado se obtivesse entre 0,0 e 33,3%; 33,4 e 66,6%; 66,7 e 100,00%, respectivamente. Com relação às representações sociais utilizou-se a Técnica de Análise de Conteúdo (Minayo, 1992), construindo atrativos semânticos e indicadores de saúde na busca de expressar a representação do processo saúde-doença pelas mães. Utilizou-se questionários semi – estruturados na coleta das informações, aplicados por um único

entrevistador devidamente treinado. Os resultados indicaram que o PSF na atenção a saúde das crianças e gestantes classifica-se como um cenário intermediário, caracterizado por uma atenção fragmentada, mas com alguns avanços na organização da atenção para estes grupos. Na atenção a saúde das crianças, foram consideradas incipientes as instalações físicas, a qualidade do cuidado nas ações direcionadas ao controle da diarreia e das infecções respiratórias, à participação comunitária e a intersetorialidade. Os avanços estiveram relacionados ao acolhimento realizado pelo PSF e a resolubilidade. Na atenção a saúde das gestantes os atributos caracterizados como incipientes foram as instalações físicas, as atividades educativas, a intersetorialidade e a participação comunitária; os atributos caracterizados como intermediários foram os recursos materiais, a avaliação clínica, o cartão da gestante, a referência e contra-referência e a resolubilidade, e os atributos avançados foram o acolhimento e a acessibilidade. As representações sociais das mães expressam uma visão de saúde-doença pluralista, das mais holísticas às mais biomédicas; das mais relacionais às mais individuais. Um dado interessante encontrado no estudo, foi a apresentação da busca da felicidade como um conceito de saúde pelas mães, retomando aspectos filosóficos aristotélicos e spinozistas. Não obstante, a representação da saúde como ausência da doença aparece também como ponto importante no relato das mães. Considerando que os construtos são sociais e não individuais e recebem grande influência da cultura local e macro social, o modelo assistencial hegemônico vigente fornece ainda fortes referenciais para interpretar tais experiências. O PSF na atenção a saúde das crianças e das gestantes em suas práticas de saúde continuam centradas nos procedimentos e com sua forma de organização desarticulada e isolada, influenciadas pelo modelo hegemônico biomédico que corrompe suas ações e despreza as práticas de prevenção das doenças e promoção da saúde, funções estas inerentes do PSF. A superação do modelo biomédico (flexneriano), ainda dominante nas práticas de saúde locais, ações e serviços, somente se concretizará com a participação de todos os atores sociais envolvidos nas ações e serviços de saúde. Esta participação poderá ser viabilizada na medida em que os gestores e profissionais de saúde compreendem o papel ativo dos usuários e de suas representações no planejamento, na formulação e na

avaliação das ações e atividades desenvolvidas pelo programa, fomentando a saúde em uma base ética e política.

ABSTRACT

DIAS, Glauce, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, September 2006. **Family Health: evaluating the attention to the maternal-infantile health and conceptions and feminine social representations of the health-disease process in Teixeiras county - MG.** Adviser: Rosângela Minardi Mitre Cotta, Co-Advisers: Sylvia do Carmo Castro Franceschini and José Roberto Reis.

The evaluation of programs, services and technologies of the health go through an expansion process and conceptual and methodological diversification, being considered an important support instrument to the necessary decisions to the dynamics of the systems and services of health seeking the implementation of the politics. This study had as objectives: to evaluate the quality of the attention to the maternal-infantile health for the Program of Health of the Family (PSF) of the municipal district of Teixeiras - MG, inside of a perspective centered in the care to the health and in the integralities; to discuss the challenges and limits of PSF as strategy of reorientation of the assistance model and as producing of cares; to analyze in a reflexive way the methods and evaluation models in health in a perspective of the thought care and practiced according to the needs and demands of the usury; to analyze the conceptions and feminine social representations (of the mothers) of the process health-disease. The drawing of the study was observational of traverse cut with quantity -qualitative approach, having participated in the study mothers of smaller children two years old (161), representing 94.7% of this population group, 33 pregnant, representing 82,5% of this population group, 35 active professionals of health in PSF, representing 97,2% of the professionals of the basic attention of the municipal district participated of this research . In the evaluation of the attention to the child's health and of the pregnant woman for PSF, in agreement with the propositions of Donabedian (1990) that relates the structure dimensions, process and result, a system of specific scores was used for analysis of such dimensions and their respective attributes, classifying PSF in the incipient sceneries, middlemen and advanced if it obtained between 0,0 and 33,3%; 33,4 and 66,6%; 66,7 and 100,00%, respectively. Regarding the social representations the Technique of Analysis of Content was used (Minayo, 1992), building semantic attractions and indicators of health in the search of expressing the representation of the process health-disease for the mothers. Semi-structured questionnaires were used in the

collection of the information, applied for a single interviewer properly. The results indicated that PSF in the attention to the children's health and pregnant women were classified as intermediate scenery, characterized by a fragmented attention, but with some progresses in the organization of the attention for these groups. In the attention to the children's health, the physical facilities, the quality of the care in the actions addressed to the control of the diarrhea and of the breathing infections, were considered incipient to the community participation and the intersectoriality. The progresses were related to the reception accomplished by PSF and the resolubility. In the attention to the pregnant women's health the attributes characterized as incipient were the physical facilities, the educational activities, the intersectoriality and the community participation; the attributes characterized as middlemen were the material resources, the clinical evaluation, the pregnant woman's card, the reference and against-reference and the resolubility, and the advanced attributes were the reception and the accessibility. The mothers' social representations expressed a pluralist vision of health-disease, of the more holistic to the most biomedical; of the more relates to the most individual. An interesting date found in the study was the presentation of the happiness search as a concept of health for the mothers, retaking Aristotelian philosophical aspects and spinozists. The representation of the health as absence of the disease also appears about important point in the mothers' report. Considering that the constructs is social and no individual and they receive great influence of the local culture and social macro, the assistance model effective hegemonic still supplies strong references to interpret such experiences. PSF in the attention the children's health and of the pregnant women in their practices of health continue centered in the procedures and with their form of disjointed and isolated organization, influenced by the biomedical hegemonic model that it corrupts their actions and it despises the practices of prevention of the diseases and promotion of the health, functions these inherent of PSF. The superation of the biomedical model (flexneriano), still dominant in the local practices of health, actions and services, it will only be rendered with the social actors' participation of all involved in the actions and services of health. This participation can be made possible when the managers and professionals of health understand the users' active paper and of their representations in

the planning, in the formulation and in the evaluation of the actions and activities developed by the program, fomenting the health in an ethical and political base.

I. INTRODUÇÃO GERAL

No Brasil, ao longo da década de 1980, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde estaduais e municipais, com o apoio de entidades internacionais e filantrópicas, implementaram programas voltados aos problemas mais prevalentes e de alta morbidade e mortalidade, com ênfase em ações de tecnologia de baixo custo e fácil acesso, tais como os Programas de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC). Nesse mesmo período, iniciou-se processo de reforma do setor saúde, com a aprovação da nova Carta Constitucional de 1988 e o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A universalidade e a equidade de acesso, a descentralização da gestão administrativa e a integração dos serviços de saúde passaram a ser metas políticas a serem alcançadas (SANTOS et al, 2000).

Dentro deste contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, reflete a efetivação dos princípios da descentralização, pois objetiva a constituição de uma ampla rede assistencial regionalizada e hierarquizada, partindo da garantia de atenção básica à saúde em cada município do país, devendo constituir-se como o primeiro nível de atenção à saúde, e estar inserido numa rede assistencial que garanta a referência e contra-referência (SOLLA & FERNANDES, 2004).

O trabalho das equipes do PSF prioriza a assistência a alguns grupos populacionais considerados de maior risco a agravos: crianças menores de dois anos, gestantes, portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. Deve-se destacar que a proposta de atenção integral a saúde da mulher e da criança constitui um marco na assistência do programa (VERAS et al, 2004).

Isto se deve pela definição de metas para o milênio conforme Assembléia Geral das Nações Unidas (ano 2000), onde 189 países, entre os quais o Brasil, se comprometeram a cumprir até o ano de 2015 os seguintes pontos: erradicar a pobreza extrema e a fome, alcançar o ensino fundamental universal, promover a igualdade de gênero e autonomia da mulher, garantir sustentabilidade do meio ambiente e mais especificamente na saúde, reduzir as taxas de mortalidade materna, além de deter e começar a reduzir a propagação de HIV/AIDS, malárias e outras doenças graves (UNICEF, 2002).

Aos serviços de saúde como o PSF, compete a sistematização do atendimento às mulheres e crianças, nos cuidados básicos para que os diversos itens contemplados na relação de metas sejam assegurados de forma simultâneas com as demais ações de saúde (VERAS et al, 2004).

O PSF, portanto, desponta como uma estratégia catalisadora, que conforma a possibilidade de transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil e objetiva provocar reflexões e mudanças, nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros (BRASIL, 1988; SOLLA & FERNANDES, 2004). Trata-se portanto, de uma estratégia que envolve a comunidade, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e coloca as equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios e das famílias; criando, assim, espaços propícios à humanização da assistência a saúde e ao cumprimento das metas definidas.

Esta proposta busca por um lado, reverter a lógica prevalente na prestação de serviços pelo setor privado mediante recursos públicos, fortalecendo, assim, a rede pública de saúde. Por outro, substituir a forma de pensar e praticar saúde, transformando o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo e individual tendo o hospital enquanto *locus* de solução de todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e comunidade tendo como características importantes o cuidado, o acolhimento e a humanização da assistência que passa de procedimento-centrado para usuário-centrado (COTTA, et al, 1996; COTTA, et.al 2002).

Não obstante, a evidência científica nos informa que apesar dos avanços legais, a operacionalização das ações do PSF tem encontrado sérios obstáculos, como a permeabilidade do setor saúde ao corporativismo e clientelismo, o perfil inadequado dos recursos humanos, ações monopolizadas e direcionadas a um interesse eventual (uma doença, uma queixa) conduzindo a uma abordagem parcial do usuário. Isto compromete a qualidade dos serviços prestados, minimiza seus resultados e benefícios e onera o sistema (COTTA, et al, 1998; VERAS, 2004).

Desta forma, impõe-se à necessidade de refletir sobre como se apresentam os serviços de atenção à população, particularmente da atenção à saúde da criança e da gestante, ofertados pelo PSF, tanto do ponto de vista da população que os recebe, como

das particularidades do sistema, principalmente no que tange à organização dos serviços. A interação desses dois aspectos permite definir a importância de fatores como necessidade e demanda da população aos serviços, acesso desta aos recursos e a disponibilidade destes, a quantidade e a qualidade da atenção.

Nesta perspectiva, a temática da avaliação em saúde ganha relevância, por um lado associada à possibilidade e necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, e, por outro, diante da verificação das dificuldades enfrentadas pelas práticas de saúde para alterarem os indicadores de saúde em outras tantas circunstâncias (SILVA et al., 1994).

Para Donabedian (1990) a qualidade na atenção à saúde se define como o grau em que os meios mais desejáveis se utilizam para alcançar melhorias na saúde. Segundo o referencial teórico sistêmico de avaliação proposto pelo autor, a tríade - estrutura, processo e resultado- reflete exatamente a essência da qualidade da atenção à saúde e contribui para corrigir o curso do programa ou projeto ainda em andamento.

Soma-se, ainda, as representações sociais como direcionadores da maneira de gerir saúde, bem como, orientadores da avaliação, principalmente porque funcionam como indicadores das políticas de saúde na medida que expressam os anseios, as práticas e necessidades da população (ARRUDA, 1985).

É dentro desta perspectiva que se propõe a investigação aqui apresentada, buscando avaliar a oferta e utilização dos serviços de saúde através de ações do PSF à saúde da criança e da gestante no Município de Teixeira- MG.

II. HIPÓTESES DE TRABALHO

As hipóteses possuem a função de delinear a teoria pela construção de suas interrelações (de correlação ou implicação), contribuindo também na evolução teórica pela refutação e substituição de algumas hipóteses por outras com maior capacidade de explicação. No desenvolvimento da pesquisa, as hipóteses servem para delimitar o estudo, direcioná-lo, bem como apontar os limites e a possível solução do problema de pesquisa, possui a função orientadora na busca de ordenação dos fatos (COTTA et al, 1998).

Como *primeira hipótese* de trabalho tem-se que embora o PSF seja um modelo de atenção à saúde pensado enquanto estratégia de transformação da forma de praticar saúde individual, curativa, medico-medicamentosa tendo o hospital enquanto centro (modelo flexneriano), para um modelo de atenção coletiva, com prioridade para promoção e prevenção em saúde, multi e interprofissional centrado na Unidade Básica de Saúde (UBS) e capaz de organizar a comunidade-família no esforço de melhorar as condições de saúde e de satisfação da população (modelo de produção social da saúde), a simples existência dos PSF não garantem essa atuação transformadora, as práticas dos serviços de saúde são direcionadas por uma organização procedimento - centrada ao invés de uma organização usuário - centrada (FRANCO, BUENO e MERLY, 1999).

Campos (2003) ressalta que na prática tem-se observado que as equipes de saúde oferecem a prestação de um serviço pura e simplesmente, entendido como a realização de atos formais, atendimentos que se igualam à oferta de serviços ainda determinado pelo modelo hegemônico tradicional. Acrescenta ainda, que a forma de operação dos serviços de saúde toma-se por base as especialidades de cada área acarretando uma fragmentação do trabalho desenvolvido nas UBS. Os impasses decorrentes dessa forma de atuar são evidentes, reproduzindo um atendimento especializado, muito próprio do ambiente hospitalar e/ou ambulatoriais tradicionais, comprometendo as premissas da atenção primária em saúde. Isto é decorrente, dentre outros, da falta de formação e/ou treinamento dos profissionais para trabalhar segundo os princípios da atenção primária em saúde, da baixa remuneração e a falta de um coordenador que articule, organize e avalie as ações.

Diante disso, acrescenta-se que a lógica dos serviços e das ações de saúde pode continuar a mesma do sistema de saúde centralizado, prevalecendo a soberania dos atendimentos médico-curativos em detrimento das ações de prevenção das doenças e promoção da saúde. Considerando-se que as ações tem se concentrado basicamente no oferecimento de consultas, reforçando o viés curativo do serviço de saúde, a não implantação de ações preventivas e de promoção em saúde, associada a escassez de medicamentos e a baixa qualidade dos serviços prestados, faz com que o usuário retorne aos serviços várias vezes para consultar pelas mesmas causas, o que potencializa os problemas identificados (COTTA, et al 1998). É um círculo vicioso que pode direcionar o PSF à ineficácia.

A satisfação da população (mães e gestantes) exerce um papel importante no cuidado a saúde e tem demonstrado influências seguras na qualidade de atenção em saúde (KERNISK & ROPRET, 2002; SANCHÉS et al, 1998). Neste sentido, como *segunda hipótese* de trabalho, considera-se que a população estará mais satisfeita nas equipes em que os profissionais possuem um perfil de escuta qualificada cuja relação profissional-usuário dá-se por parâmetros humanitários onde o conjunto de cuidados não só são dirigidos a um corpo biológico, mas a produção de responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida (FRANCO, BUENO e MERLY, 1999).

Bosi & Affonso (2004) destacam que os serviços de saúde parecem cumprir muitas funções e a relação profissional de saúde-paciente sobressai como elemento mais destacado no julgamento da qualidade do atendimento sob a ótica dos usuários. É importante destacar o quanto a população aprecia a amabilidade, a boa vontade, a complacência, a compaixão, a alteridade e reverenciam a opinião dos profissionais. Desta forma, a relação se baseia no duo afeto/confiança que confere ao profissional a possibilidade de conscientização no sentido de transformação para melhoria da situação atual.

III. OBJETIVOS

III.1. Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade da atenção à saúde materno-infantil do Programa de Saúde da Família do município de Teixeira – MG, dentro de uma perspectiva centrada no cuidado e na integralidade.

III.2. Objetivos Específicos

- Discutir os desafios e limites do PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial e como produtor de cuidados.
- Analisar de forma reflexiva os métodos e modelos de avaliação em saúde em uma perspectiva do cuidado pensado e praticado segundo as necessidades e demandas do usuário.
- Analisar as concepções e representações sociais femininas (das mães) do processo saúde-doença.
- Avaliar a atenção à saúde da criança do Programa da Saúde da Família;
- Avaliar a atenção à saúde da gestante do Programa de Saúde da Família;

IV. SUJEITOS E MÉTODOS

IV.1. Sujeitos

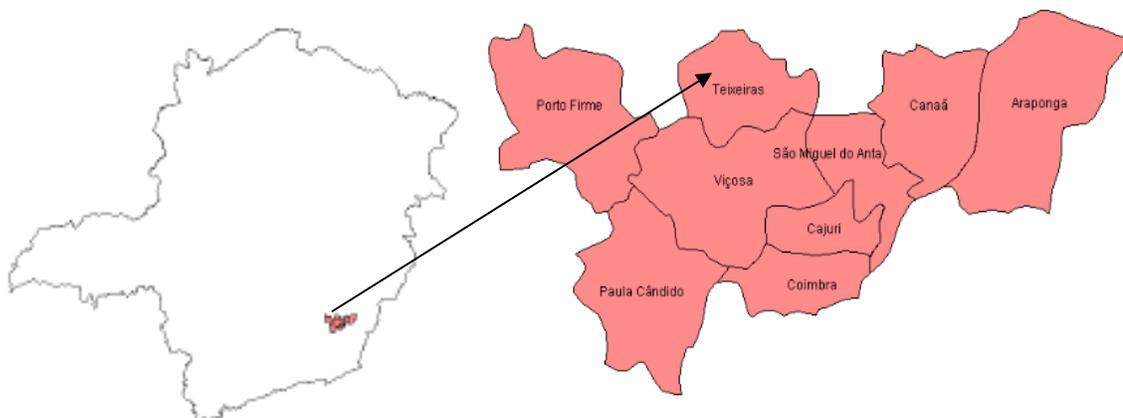
Foram envolvidos no estudo 161 mães de crianças menores de dois anos e 33 gestantes cadastradas no Programa de Saúde da Família do município de Teixeiras, representando, portanto, 94,7% da população de mães de crianças menores de dois anos e 82,5% da população de gestantes do município. A amostra somente não atingiu 100% da população em decorrência da não aceitação em participar do estudo ou da ausência no momento das visitas domiciliares.

Realizou-se um cadastro prévio das mães de crianças menores de dois anos e gestantes, até a data prevista para o início do estudo; novembro 2005. Esse cadastro foi feito com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que compõem as equipes do PSF do município.

Participaram também do estudo os profissionais de saúde das quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS). Como cada unidade é constituída de seis ACS, um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem foram entrevistados 35 profissionais de saúde, sendo que um ACS estava de licença maternidade e não aceitou participar da entrevista, representando 97,2% dos profissionais da atenção básica do município.

Área de estudo

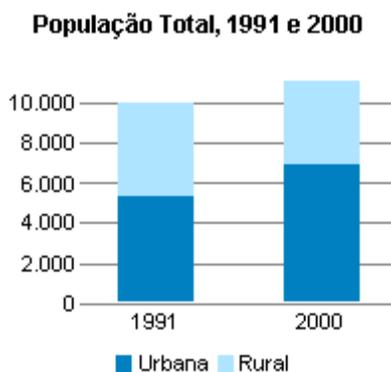
O município de Teixeiras se situa na Zona da Mata mineira, microrregião de saúde de Viçosa, estando distante de Belo Horizonte, capital do estado, 204 km (Figura 1). Possui uma área territorial de 167,00 km², densidade demográfica de 66,8 hab/km², atingindo uma altitude de 648 m (PNUD/IPEA/FJP, 2000).



Fonte: CIS/MIV, 2004

Figura 1- Mapa da Microrregião de Saúde de Viçosa-MG.

Segundo o último censo demográfico realizado em 2000 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), a população total é de 11.149 habitantes, distribuída em 6.949 habitantes na zona urbana (62,33%) e 4.200 (37,67%) na zona rural, apresentando uma taxa de urbanização de 62,33% (PNUD/IPEA/FJP, 2000).



Fonte: (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Figura 2. População total do município de Teixeira- MG por situação de domicílio nos anos de 1991 e 2000.

No período 1991-2000, a população de Teixeira teve uma taxa média de crescimento anual de 1,23%, passando de 10.024 em 1991 para 11.149 em 2000.

A distribuição demográfica do município, no ano de 2000, pode ser caracterizada de acordo com o detalhamento das faixas etárias da seguinte forma: 3.080 habitantes apresentavam menos de 15 anos, 7.074 tinham idade de 15 a 64 anos e 995 com 65 anos ou mais (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Analisando a série histórica da evolução de alguns indicadores durante os anos de 1991-2000, observa-se uma redução na taxa de mortalidade materna, mortalidade infantil, e uma elevação da esperança de vida ao nascer (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Observa-se que a taxa de analfabetismo deste município é de aproximadamente 4% na população com 18 a 24 anos e de 17% na população adulta com mais de 25 anos no ano de 2000 (PNUD/IPEA/FJP, 2000), destaca-se que internacionalmente, níveis de analfabetismo acima de 5% são considerados inaceitáveis (RISPA, 2002).

As principais atividades econômicas do município são: agricultura, destacando as culturas de café, arroz, feijão, mandioca, milho, abacaxi, tomate, cana de açúcar, batata; pecuária principalmente a bovinocultura e suinocultura; silvicultura e exploração florestal.

Durante os anos de 1991-2000 nota-se uma elevação na renda per capita média passando de R\$ 103,71 (cento e três reais e setenta e um centavos) para R\$171,89 (cento e setenta e um reais e oitenta e nove centavos), sendo que o número de pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza, definida como pessoas que vivem com renda per capita domiciliar inferior a R\$75,50 (setenta e cinco reais e cinquenta centavos) o equivalente a meio salário mínimo vigente no período de 2000, reduziu passando de 62,2% (1991) para 46,1% (2000). Entretanto, a desigualdade determinada pelo Índice de Gini cresceu passando de 0,54 em 1991 para 0,60 em 2000. Outro indicador que reflete a distribuição desigual da renda no município e o fato de os 20% mais pobres deterem 2,7% da renda municipal, enquanto, os 20% mais ricos acumulam 64,6% da renda (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Ao analisar a vulnerabilidade familiar observa-se que 3,9% das mulheres de 15 a 17 anos têm filhos, 62,6% das crianças encontram-se em famílias com renda inferior a

meio salário mínimo e 6,0% das mães são chefes da família e não são casadas (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Na classificação geral do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano e em relações aos outros municípios do estado de Minas Gerais, Teixeira ocupa a 487ª posição, apresentando uma situação intermediária (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Em relação às unidades de saúde existentes no município, este conta com quatro Equipes de Saúde da Família (ESF); um hospital municipal conveniado com o SUS, que apresenta 23 leitos e uma unidade ambulatorial, um posto de saúde que agrega uma sala de vacina, um consultório odontológico, uma farmácia. Nessa unidade também estão instaladas as coordenações da Vigilância Sanitária e da Vigilância Epidemiológica. O município conta também com uma unidade móvel de saúde que fica à disposição do PSF (LIMA, 2004).

O processo de implantação do PSF teve início em março de 1997, com a 1ª UBS, que cobria, inicialmente, 38% dos domicílios predominantemente urbanos distribuídos em 5 microáreas (4 na zona urbana e 1 na zona rural). Em setembro de 1998 foi estruturada a 2ª UBS que teve como objetivo cobrir a zona rural. A partir desta data, o PSF passou a atender 1.759 domicílios, apresentando cobertura de 65% da população; em outubro de 1999 a cobertura foi expandida para 3.160 domicílios após a implantação da 3ª UBS, alcançando assim a cobertura de 100% da população urbana e rural (incluindo as áreas de fronteira) (LIMA, 2004). Por fim, em março de 2005 implantou-se a 4ª UBS, ocorrendo uma redistribuição das diferentes microáreas de saúde, passando de 18 para 24 microáreas.

Atualmente, todas as equipes são consideradas completas, ou seja, são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

O município de Teixeira, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS - 2002, encontra-se habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica do Sistema Municipal, conferindo à Secretaria Municipal de Saúde a responsabilidade pela gestão do sistema local de saúde. Segundo o Fundo Nacional da Saúde: *“é um tipo de*

gestão que deve ser assumida por todos os municípios e tem que garantir a oferta direta dos serviços básicos de saúde, inclusive domiciliares e comunitários, relacionados aos procedimentos e programas cobertos pelo Piso de Atenção Básica – PAB. Os serviços de alta e média complexidade são garantidos pela GPAB, por meio de unidades referenciadas. Estas unidades, geralmente, prestam atendimentos à saúde de municípios vizinhos que estabelecem um acordo para os pacientes que necessitam de áreas especializadas” (NOB-SUS,1996).

IV.2. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal de abordagem quanti - qualitativa, em que se utilizou como instrumentos para coleta de informação questionários semi - estruturado por meio de entrevistas, além de observações diretas realizadas pela pesquisadora.

Os dados foram coletados nos domicílios dos usuários e, no caso dos profissionais de saúde, nas UBS, durante o período de novembro de 2005 a janeiro de 2006, por uma única pesquisadora devidamente treinada. As entrevistas foram gravadas e tiveram a duração de 30 a 40 minutos cada.

IV.3. Métodos

O tema de avaliação em saúde e os métodos propostos na avaliação abrangem um vasto campo na literatura científica. Consideramos importante aprofundar no estudo da teoria, através de uma detalhada revisão bibliográfica.

A revisão da literatura científica foi realizada através de uma extensa bibliografia sistematizada e informatizada. A informação sobre o material bibliográfico foi obtida a partir das principais bases de dados em saúde pública: Medline (National Library of Medicine); LILACS (Literatura Latino-Americana y Del Caribe em Ciências de la Salud); Scielo Public Health (Scientific Electronic Library Online); BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) - Ministério da Saúde; OPAS/OMS (Organização Panamericana de Saúde).

IV.3.1. Referenciais teóricos

A construção do modelo para avaliação da atenção à saúde da criança e da gestante pelo PSF, foi inspirada nas proposições de Donabedian (1990) que relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado a fim de formular uma estratégia de avaliação. Os atributos pertencentes a cada dimensão foram escolhidos a partir da revisão literária juntamente com a equipe coordenadora da pesquisa. A partir desta perspectiva, se faz necessário esclarecer o caminho tomado neste estudo, o que requer algumas definições/conceituações enumeradas a seguir:

IV.3.1.1. Avaliação da Estrutura

A dimensão de estrutura corresponde às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como, as condições físicas do estabelecimento (DONABEDIAN, 1992).

Os atributos analisados referentes a esta dimensão, tanto na atenção a saúde da criança como da gestante, foram: instalação física, recursos materiais e protocolos e materiais educativos.

IV.3.1.2. Avaliação do Processo

A dimensão de processo corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais de saúde e pacientes e aspectos organizacionais que condicionam e ou facilitam tais ações.

Os atributos analisados na atenção a saúde da criança foram:

- Qualidade do cuidado: ações relacionadas ao controle da diarreia, das infecções respiratórias, da promoção ao aleitamento materno, do crescimento e desenvolvimento da criança e imunização;
- Intersetorialidade;
- Participação Comunitária;
- Referência e contra-referência;

Já os atributos pertencentes à avaliação da atenção à gestante foram:

- Qualidade do cuidado (exame físico, análise do cartão da gestante e atividades educativas);

- Intersetorialidade;
- Participação Comunitária;
- Referência e contra-referência;

IV.3.1.3. Avaliação do Resultado

A dimensão de resultado corresponde às mudanças relacionadas com o conhecimento e comportamento, bem como, a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado.

Os atributos referentes a esta dimensão foram: de acolhimento (sala de espera e acolhida), acessibilidade (marcação de consultas e tempo de espera e resolubilidade (com a chegada do PSF a saúde melhorou?), tanto para avaliação da atenção da criança como da gestante.

IV.3.1.4. Classificação do PSF, das dimensões e atributos

A fim de obter a classificação do PSF, da dimensão e de seus respectivos atributos atribuiu-se uma pontuação para cada critério, levando-se em consideração as relações hierárquicas entre os fatores que potencialmente contribuíram para a determinação destes (LOPES et al, 2005; FELISBERTO, 2002, FRIAS et al, 2005). Atribuíram-se pesos diferenciados para cada atributo de acordo com a sua relevância para determinada ação e dimensão (ANEXO I). Posteriormente, o critério (atributo, dimensão) foi classificado como incipiente, intermediário ou avançado, se obtivesse entre 0,00 e 33,3%; 33,4% e 66,60; 66,70 e 100,00%, respectivamente (ANEXO II). Os pontos de cada indicador foram somados e depois relacionados com o máximo de pontos para a formação do escore.

Por fim, para verificar e analisar a atuação do PSF nas dimensões de estrutura, processo e resultado, contextualizaram-se distintos cenários que foram adaptados de Copque & Trad (2005). Em um cenário de implementação incipiente, a proposta aproxima-se da concepção de um programa de saúde que oferta uma atenção simplificada a saúde da criança e da gestante; em um cenário intermediário, o programa de saúde oferta uma atenção fragmentada a saúde da criança e da gestante, mas com alguns avanços; e finalmente em um cenário avançado, o PSF configurar-se ia com uma

estratégia de reorganização de um dos níveis de complexidade do sistema, a atenção básica e de mudança do modelo de atenção hegemônico.

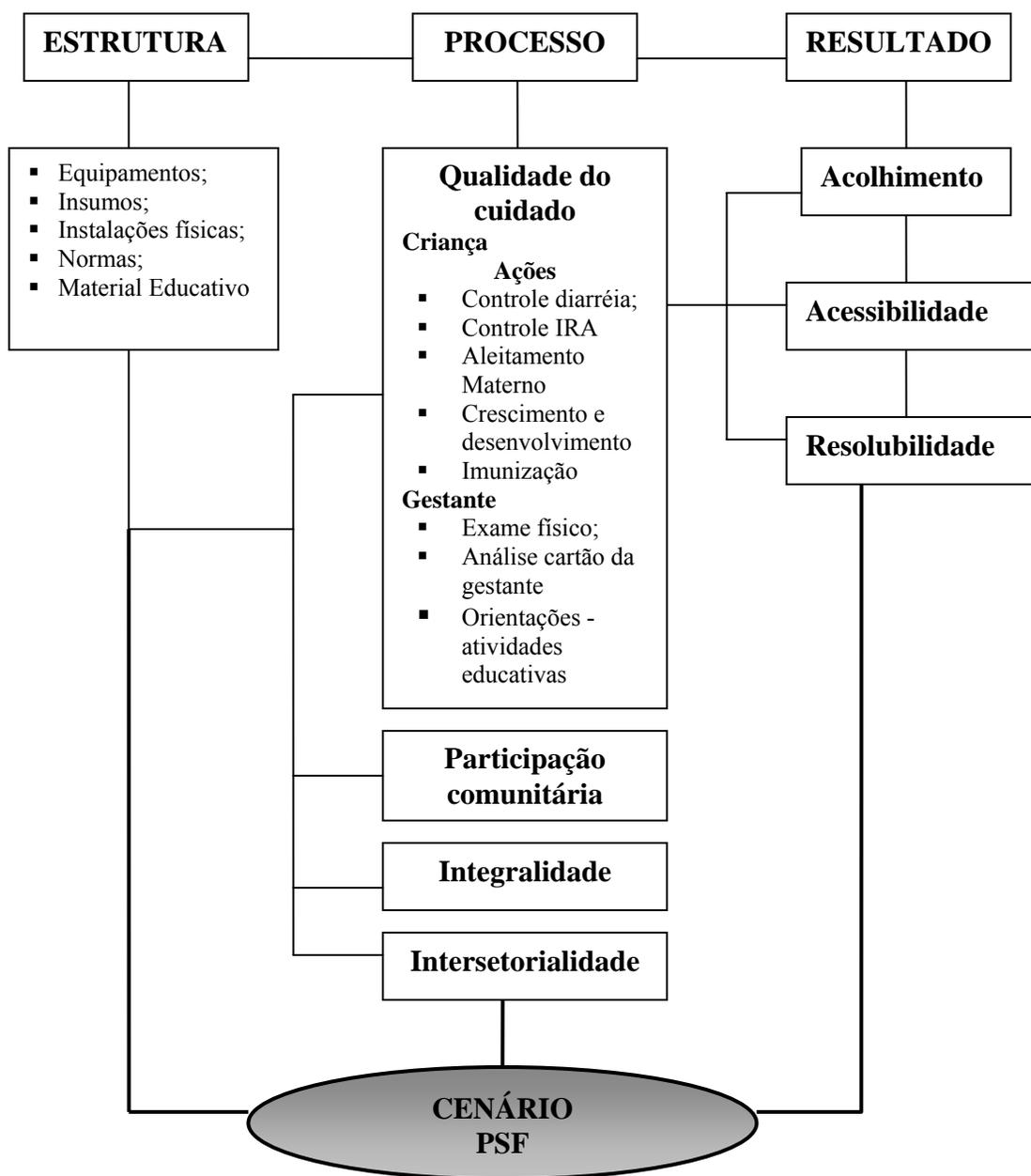


Figura 3 - Desenho metodológico do estudo: Atributos analisados em cada dimensão.

IV.3.1.5. Representações sociais do processo saúde-doença

As representações sociais foram estudadas conforme uma abordagem qualitativa utilizando a Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Minayo (1992) apud Deslandes et al (2000). Atualmente, podem-se destacar duas funções na aplicação da técnica. Uma se refere à verificação de hipóteses e ou questões e a outra diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos indo além das aparências do que está sendo comunicado.

Cronologicamente a análise dos conteúdos abrangeu as seguintes fases: pré - análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

IV.3.2. Desenvolvimento do estudo

Inicialmente foram feitos contatos com a administração central do município através do prefeito e da secretária de saúde. Em um segundo momento, foi realizada uma reunião com os agentes comunitários de saúde (ACS) e os coordenadores das UBSs. Foram apresentados, nestes momentos, o objetivo da pesquisa, os métodos de entrevista, a forma de divulgação dos resultados da pesquisa e retorno à comunidade e ao PSF. Somente após os contatos e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foram iniciados os trabalhos.

A avaliação da implantação das ações oferecidas pelo PSF ao grupo das crianças e gestantes foram medidas através de três abordagens. A primeira a partir de um questionário (instrumento de análise) (ANEXO III) criado para avaliar as dimensões de estrutura com critérios baseados no instrumento da OPAS/OMS (1987) – “*Condições de Eficiência da Atenção da saúde da criança e da gestante*”, que seleciona e defini os critérios de avaliação. Esses critérios inicialmente selecionados e que constam no instrumento específico, foram adequados pela equipe pesquisadora. O questionário foi utilizado com instrumento de coleta de dados na entrevista com os coordenadores de cada UBS.

A segunda abordagem diz respeito à avaliação do processo a partir da realização de entrevistas utilizando questionários semi-estruturados com as mães e gestantes

(ANEXO IV e V) e com os profissionais de saúde do PSF (médicos, enfermeiros e ACS) (ANEXO VI e VII). Os questionários foram formulados baseados nas recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde para atenção à saúde da criança e da gestante, a partir dos seguintes documentos: Brasil (1998), Brasil (2000), Brasil (2001) e Felisberto (2001) e dos estudos realizados pela Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (VERAS, 1998), pela pesquisa sobre Atenção a Saúde Materno Infantil no Estado de Pernambuco, 1998 (BRASIL, 2000) e pela pesquisa de Avaliação da Atenção a Saúde da Criança e da Gestante em Serviços Municipais de Saúde em Recife (VERAS, 2004).

A terceira abordagem avaliou a dimensão de resultados, considerando o depoimento das mães e gestantes sobre a utilização dos serviços oferecidos pelo PSF (ANEXOS IV e V).

A quarta abordagem analisou a representação social das mães das crianças menores de dois anos sobre o processo saúde – doença. O questionário semi-estruturado, instrumento utilizado nas entrevistas, continha perguntas abertas sobre o conceito de saúde e de vida saudável. Todas as entrevistas foram gravadas, o que facilitou a análise posterior.

IV.4. Estudo piloto

Antes de iniciar o estudo foi realizado um pré-teste para prova dos instrumentos utilizados na coleta dos dados, no caso os questionários semi-estruturados, na busca de revisar e direcionar os aspectos da investigação (RICHARDSON, 1999).

Para tal, realizou-se um teste piloto no município de Viçosa-MG, no bairro de Nova

Viçosa, com o objetivo de evitar e corrigir possíveis falhas na formulação das questões, acrescentar novas questões e treinar o entrevistador com o instrumento, facilitando sua aplicação. Ademais, registrou-se a duração da entrevista com o intuito de observar se o questionário não estava demasiadamente longo e cansativo.

Depois de introduzir as mudanças consideradas oportunas, obteve-se a versão definitiva dos questionários.

IV.5. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa e aprovado em 24 de novembro de 2005, respeitando os aspectos éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Orientaram-se os participantes do estudo sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e estes assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido contendo todas as informações sobre o estudo.

IV.6. Análise dos dados

Os dados quantitativos foram tabulados no Excel 6.0 e SPSS 10.0 que permitiu a formação dos escores e elaboração do diagrama e das frequências.

Já os dados qualitativos foram analisados através das seguintes fases:

Na primeira fase, a da pré - análise, organizou-se o material a ser analisado. Ordenou-se os dados, transcrevendo as gravações, fazendo uma releitura do material e organizando os relatos. De acordo com os objetivos do estudo, definiram-se os trechos significativos para elaboração das categorias.

Na segunda fase de exploração do material, foram feitas várias leituras do material e formou-se as categorias, incluindo as falas e mensagens em cada categoria. É importante destacar que o dado não existe por si só; é construído a partir de um questionamento sobre ele, com base numa fundamentação teórica. Através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabeleceram-se interrogações para se identificar o que surgiu de relevante (“estruturas relevantes dos atores sociais- mães das crianças menores de dois anos”). Com base nos aspectos relevantes dos textos elaboraram-se as categorias específicas. Neste sentido, determinou-se o conjunto das informações presentes na comunicação.

Na terceira fase de tratamento dos resultados e interpretação, desvendou-se o conteúdo subjacente do que estava sendo manifesto, o que realmente as falas, os conteúdos diziam, registrando as impressões sobre a mensagem, e juntamente com a revisão literária apontar os caminhos interpretando as representações sobre o processo saúde-doença das mães. Desta forma, procurou-se estabelecer articulações entre os

dados e os referenciais teóricos, promovendo assim, relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

Participaram desta análise as mães das crianças menores de dois anos.

V. ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

V.1. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial

V.1.1. RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) constitui-se em uma estratégia de reformulação do modelo assistencial de saúde no Brasil. Este estudo tem como objetivo refletir sobre os desafios desta estratégia no que tange as práticas de saúde no contexto da atenção primária. De acordo com evidências científicas, apesar das conquistas importantes quanto ao acesso e expansão dos programas no Brasil, a análise de suas práticas revelam tensões entre um saber clínico, que opera na racionalidade biomédica e as ações de caráter preventivo-promocional, que operam na racionalidade usuário-centrada, afetando a resolutividade dos problemas de saúde das comunidades. Depois de mais de doze anos de existência, surgem questionamentos quanto ao papel do PSF na reformulação da forma de pensar e fazer saúde, sendo que suas estruturas continuam permeáveis ao modelo tradicional hegemônico que corrompe o processo de trabalho cotidiano. Mudanças e reconstruções são necessárias nas práticas de saúde no que tange a produção de cuidado baseada em tecnologias leves, relacionais, integradas e centradas nas necessidades dos usuários. O processo de reconstrução implica em muito labor, mas a vantagem da superação dos desafios enfrentados pelo PSF leva a transformação da realidade e à construção de práticas de saúde solidárias, acolhedoras e conseqüentemente mais efetivas e resolutivas.

Palavras chaves: Saúde da família, atenção primária, modelo assistencial, práticas de saúde

V.1.2. ABSTRACT

Challenges of the Family Health Program over the reorientation process of the assistant model

The Family Health Program (PSF) constitutes a strategy for reformulating the health assistance model in Brazil. This study was carried out to ponder over the challenges of this strategy concerning to health practices in the primary care context. According to scientific evidences, despite the important conquests referring to the access and expansion of Brazilian programs, the analysis of their practices reveals tensions between the clinical knowledge operating in biomedical rationality and the promotional-preventive characterized actions operating in the user-centered rationality, therefore affecting the resolvability of the communities' health problems. After existing for more than twelve years, there appear questionings related to the paper of PSF in the reformulation of the way to think and promote health, and their structures remain permeable to the traditional hegemonic model that corrupts the daily work process. Some changes and reconstruction are necessary in the health practices concerning to care production based on light, relational and integrate technologies that are centered on users' needs. Although the deconstruction/reconstruction process implicates much labor, the advantage in overcoming the challenges faced by PSF rather leads to the transformation of reality and to construction of health practices that are solidary, welcoming, more effective and resolute.

Keywords: Family's health, primary care, assistance model, health practices

V.1.3. INTRODUÇÃO

Após conquistas inegáveis do ponto de vista jurídico legal do sistema de saúde brasileiro, tem-se atualmente como questão central à reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários. Assim, busca-se criar condições para que, de forma permanente, o sistema de saúde, aproxime-se mais dos indivíduos, das famílias e das comunidades, torne-se mais humanizado, solidário e, sobretudo, mais resolutivo (Campos, 2003).

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS) foi formulado como uma estratégia para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil na busca de provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros (Fernandes, 2004; Brasil 1988). Trata-se, portanto, de uma estratégia que envolve a comunidade, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e coloca as equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e das comunidades.

Esta proposta luta para substituir a forma de pensar e praticar saúde, transformando o tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo e individual que tem no hospital o *locus* de solução de todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade (Cotta et al 1998, Cotta et al, 2002). O principal desafio que se coloca é a transformação da atenção sanitária centrada no procedimento em uma atenção centrada no usuário (Merhy, 2002).

No entanto, depois de mais de doze anos de sua existência, surgem questionamentos quanto a prática cotidiana dos PSF's na reformulação da forma de pensar e fazer saúde, sendo que, não raras vezes, suas estruturas continuam permeáveis ao modelo tradicional biomédico que corrompe o processo de trabalho cotidiano (Matumoto et al, 2005). Há, portanto, uma ação “sanguessuga”, pois o modelo que necessita ser alterado suga as forças desta estratégia de reformulação em sua arma mais poderosa que são as práticas de saúde. Práticas de saúde ainda influenciadas pelo tradicional paradigma flexneriano cujo conceito de saúde é tomado em sua negatividade, ao pensar a saúde enquanto a ausência de doença, dor e morte, tendo a organização dos serviços medicamente definida.

Desconstruir o modelo de saúde vigente é enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento de novas práticas sanitárias. Neste sentido, é sob esta perspectiva, que este estudo se propõe a uma análise e compreensão das possibilidades e limites do PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial e como produtor de cuidados.

V.1.4. MÉTODOS

Realizou-se uma revisão minuciosa da literatura, a partir das bases de dados LILACS e MEDLINE, consultou-se também as bases de dados de saúde pública de difusão nacional e internacional, entre elas Scientific Electronic Library (SCIELO), periódicos da CAPES, documentos e publicações do Ministério da Saúde e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Para as consultas nestas bases utilizaram-se os seguintes indexadores: “Atenção Primária”, “Atenção Básica”, “Programa de Saúde da Família”, “Modelo assistencial”. Entre os 90 artigos selecionados, 50 foram considerados os de maior interesse para o estudo proposto; destes, foram analisados detalhadamente 30 artigos conforme os objetivos delineados neste estudo.

V.1.5. NECESSIDADE DE REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

No Brasil, a partir da segunda metade da década de 70, em decorrência da crise do setor saúde (financeira, burocrático-administrativa e de cobertura) o modelo assistencial que historicamente predominou em todo país vivencia uma profunda crise, emergindo no âmbito da saúde pública algumas propostas que visam à transformação das práticas das ações de saúde, objetivando a ampliação da cobertura para a população excluída pela assistência previdenciária (Cotta et al 1998, Cotta et al, 2002; Matumoto, 2005).

O processo de redemocratização, na década de 80, com a ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais, produziu a ampliação das demandas sobre o Estado e desencadeou um forte movimento social pela universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado. O Movimento da Reforma Sanitária (MRS) reuniu atores diversificados em uma batalha

política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde, na luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o final do regime militar (Brasil, 2002).

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, constitui um marco na história da saúde do Brasil, que resulta na ampla legitimação dos princípios e da doutrina do MRS. Como consequência desse fortalecimento político, o MRS conquistou a incorporação desses princípios ao texto constitucional de 1988, bem como a determinação da responsabilidade do Estado na provisão das ações e serviços necessários à garantia desse direito, mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação de saúde, garantindo um processo de produção social da saúde (Brasil, 1998; Cotta et al, 1998; Brasil, 2002;).

Conquistadas as bases constitucionais e legais, observa-se, no entanto, que a operacionalização da reforma no setor saúde, visando a construção de um sistema de serviços de saúde democrático, universal, igualitário e integral, encontrou alguns obstáculos (Cotta et al, 1998). A brutal e rápida diminuição dos investimentos que permitissem ampliar as condições da oferta e a compressão dos valores de remuneração aos prestadores públicos e privados, teve como resultado a progressiva degradação da qualidade dos serviços oferecidos (Brasil, 2003a) somados a uma crise da atenção médica manifestada na desorganização dos hospitais e ambulatórios, em que se misturam ingredientes perversos: filas, atendimento desumanizado, pacientes nos corredores, mortes desnecessárias (Mendes, 1996; Sherer et al, 2005).

Desta forma, seria necessário um processo de construção social de um novo sistema de saúde com mudanças estruturais, tendo como propósito a realização de transformação no modelo assistencial (Mendes, 1996). Para a construção do sistema de saúde brasileiro (SUS), é fundamental a reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no país, pautado em uma atenção médico-assistencial privatista (Alves, 2005). Esse modelo legalmente instituído e praticado até 1988 estava estabelecido na lei 6.229/75, criando dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio

de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários (Sherer et al, 2005).

O conceito de saúde, para este modelo de atenção, é tomado em sua negatividade, como ausência de doença, amparado no paradigma flexneriano sob influências da Escola Norte - Americana, estrutura como resposta à prática da atenção médica, técnico-assistencial nos marcos da medicina científica (Sherer et al, 2005). Tendo como referência este olhar sob o processo saúde-doença, tem-se o conceito de doença, a partir da “redução do corpo humano, pensado através da forma e função as quais se definem por intermédio de ciências como a anatomia e a fisiologia” (Czeresnia, 2003).

De acordo com Canguilhem (1978) apud Czeresnia (2003) doença é concebida como alterações concretas do corpo do doente. O corpo é assim, desconectado de todo o conjunto de relações que constituem os significados da vida, desconsiderando que a prática médica entra em contato com homens e não apenas seus órgãos e funções.

A lógica desta prática de atenção médica é de que as doenças devem ser enfrentadas com mais serviços, ou seja, se há mais serviços de atenção disponíveis, a saúde deve melhorar e se esses serviços são universais, as disparidades de saúde devem atenuar-se (Mendes, 1996).

Contrastando com esta idéia, de acordo com Paim (2003) modelo de atenção ou modelo assistencial “*é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação*”. Esta concepção do modelo assistencial apresentada por Paim (2003) fundamenta a consideração de que o fenômeno isolado da expansão do número de serviços de saúde não garante a construção de um novo modelo assistencial (Alves, 2005).

Desta forma, impõe-se a construção social de uma nova prática que visa sistematizar de modo detalhado, a proposta de reorganização do SUS, tendo como base a proposta de vigilância à saúde ou da Produção Social da Saúde (Mendes, 1998). Para Teixeira et al (1998) esta é concebida ainda em uma perspectiva do movimento sanitário, ou seja, não reduzindo suas ações a uma proposta simplesmente de maior racionalização das ações de saúde pública. A proposta de vigilância em saúde supera os

modelos assistenciais vigentes implicando em uma redefinição do sujeito, do objeto e das formas de organização dos processos de trabalho.

Desde esta perspectiva, na década de 1990 tem início a implementação da estratégia do PSF que, no contexto da política de saúde brasileira deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS. A estratégia do PSF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (Alves, 2005).

V.1.6. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

O PSF propõe a reorganização da atenção básica em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, resolutividade na assistência e recuperação, com qualidade, o que favorece a maior aproximação dos serviços à população (Fernandes et al, 2004).

A atenção primária é o “primeiro nível de contato”, a porta de entrada dos indivíduos, das famílias e da comunidade no sistema para todas as novas necessidades e problemas. É uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. Deve estar atenta aos problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, promoção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar (Starfield, 2004).

No Brasil, especialmente no âmbito do SUS, costuma-se referir à atenção primária enquanto atenção básica. Esta elaboração conceitual no país está relacionada à necessidade de construção de uma identidade institucional própria (Brasil, 2003b), onde entende-se por atenção básica:

“... o conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvido através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A atenção básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sócio cultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo sua possibilidade de viver de modo saudável” (Brasil, 2003b).

A atenção básica deve considerar como proposta da vigilância à saúde: o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sócio-cultural; o objeto da atenção que apresenta uma dimensão coletiva (problemas de saúde de populações e

potencialidades de organização social para a promoção da saúde), uma dimensão individual (sujeitos portadores de problemas, projetos e/ou sofrimentos), sendo que o processo de trabalho da atenção básica deve se pautar no princípio da integralidade (Brasil, 2003b).

Neste sentido, o PSF destaca-se enquanto estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde, ao transpor a visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva, ou seja, o resgate da prática generalista, onde a compreensão do processo saúde - doença a que estão expostos os indivíduos passa a ser pensada de forma mais ampla, segundo a realidade local, comunitária e familiar (Fernandes et al, 2004).

Para tanto, na reorganização das práticas de trabalho, tem-se como preceitos e atividades fundamentais, o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento/programação locais, a complementaridade (integração entre os diversos níveis de atenção à saúde e socio sanitárias), a abordagem interprofissional, a referência e contra-referência, a educação continuada, a ação intersetorial, o acompanhamento/avaliação e o controle social (Brasil, 1998).

Nesse sentido, concebido inicialmente como um programa, é considerado pelo Ministério da Saúde como *“uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde visando à reorientação do modelo de atenção e uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde”* (Brasil, 2002b).

Adota o princípio de adstrição de famílias (600 a 1000), correspondendo a 2.400 a 4.500 habitantes, sob a responsabilidade de uma equipe de saúde constituída por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (Brasil, 2001). Conjuga as ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, referenciando os casos de maior complexidade para os demais níveis de assistência (Silva et al, 2005). Possibilita a integração e a promoção da organização das atividades em um território definido, com uma atuação inter e multidisciplinar (Brasil, 1998b; Brasil, 2004).

Além disso, incorpora e reafirma os princípios do SUS, tendo como meta ser substitutivo do modelo bio-médico hegemônico. Como forma de territorialização permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de saúde, tendo o

núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação. Como orientador das políticas intersetoriais, tem papel fundamental, uma vez que, pelas mesmas razões, é capaz de compreender que estruturas precisam ser modificadas visando ao bem estar da sua comunidade.

Da mesma forma, é capaz de ser importante mobilizador das forças sociais que nesse espaço atuam, de modo a interagirem com o governo local na busca de soluções para os seus problemas (Brasil, 2003). A execução das ações segue a lógica da vigilância à saúde e da valorização da relação com o usuário e a família (Sherer et al 2005).

V.1.7. DESAFIOS APONTADOS AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REFORMULAÇÃO DO MODELO DE SAÚDE

O PSF vem se consolidando no Brasil, nos últimos anos tornou-se a política de saúde prioritária do governo federal. Para tanto, faz-se necessário pontuar alguns aspectos relacionados a trajetória percorrida rumo a reorientação do modelo assistencial.

De acordo com dados do Ministério da Saúde de 2004, passados doze anos de implantação do PSF, são mais de 60 milhões de pessoas acompanhadas e 19.200 equipes na maior parte dos municípios brasileiros, com expressiva ampliação da oferta de serviços básicos em todo o país, abrindo acesso ao SUS a um grande segmento populacional, rural e urbano, antes excluído. Contudo, a Atenção Básica, com exceção de um número ainda inexpressivo de situações, pouco avançou na ampliação do tipo de ações ofertadas em cada Unidade Básica de Saúde (UBS), na qualidade, no volume, na continuidade das ações e nos resultados à população, não alcançando o parâmetro universal de resolução de 90% dos problemas de saúde demandados neste nível (Brasil, 2004)

Neste sentido, questiona-se por que uma estratégia respaldada em um modelo teórico expressivo, capaz de modificar aspectos medulares importantes do sistema de saúde, não estaria sendo resolutive.

A evidência científica demonstra que a expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência, uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde. Entretanto, não se pode admitir, só pelas estatísticas, que a integralidade das ações

deixou de ser um problema na prestação da atenção, é necessário analisar os aspectos relacionados às práticas de saúde e aos processos de trabalho cotidiano (Alves, 2005).

Desta forma, um dos desafios para implementação das diretrizes do PSF consiste em envolver os profissionais inseridos no programa em um amplo processo de reorientação do trabalho em saúde. Nesta questão, devem-se levar em conta especificidades disciplinares - particularmente no que se refere à racionalidade dominante em cada campo de conhecimento - às experiências de formação e à inserção profissional destes sujeitos, sem esquecer a interferência do mercado neste processo (Matumoto et al, 2005), que supervaloriza o especialista e o desenvolvimento das especialidades médicas e facilita a penetração tecnológica interessado na capacidade lucrativa no setor saúde (Lampert, 2001)

Matumoto et al (2005) apontam que grande parte dos médicos investigados não é egressa de cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva ou, especificamente, Atenção Básica/Saúde da Família; são pediatras, generalistas e recém-formados. O perfil destes profissionais corresponde plenamente aos dados encontrados pelo estudo nacional (Machado, 2000 apud Meneses e Rocha et al, 2005) sobre as equipes do PSF, destacando dois aspectos em particular: de um lado a residência e especialidades mais comuns dos médicos do PSF são as consideradas básicas: medicina interna, geral comunitária, pediatria e gineco - obstetrícia; de outro, com relação ao tempo de experiência profissional destacam-se dois grupos com situações radicalmente opostas: recém formados que ainda não têm carreiras consolidadas e para os quais o PSF se apresenta como uma alternativa de “mercado de trabalho” e profissionais com larga trajetória profissional, incluindo aqui aposentados ou prestes a recorrer à aposentadoria.

A instabilidade do vínculo trabalhista e, conseqüentemente, a insegurança que isto provoca no profissional, tem sido apontada como uns dos principais responsáveis pela alta rotatividade dos profissionais que atuam nas equipes do PSF, prejudicando a continuidade e efetivação das ações em saúde (Dal Poz, 2002; Meneses e Rocha et al, 2005).

A formação do profissional capacitado para atuar no PSF e alocação destes pelos gestores de saúde nos serviços públicos é de alta importância, dada a abordagem que este fará na reversão do modelo assistencial vigente, deslocando o foco de produção de

procedimentos (consultas médicas, curativos, vacinas e outros) para a produção de cuidados (Matumoto et al, 2005; Merhy, 2002). Mudanças curriculares na formação dos profissionais de saúde serão necessárias para transformação de uma visão flexneriana da saúde em uma proposta de produção de cuidados, acolhimento e humanização, questões centrais no processo de reorientação do trabalho em saúde. Neste sentido, “os profissionais atualizam, projetam, estabelecem a oferta dos serviços de saúde a partir de uma concepção muito mais ampla, em que trabalhar a doença não seja prioridade e em que a promoção da saúde e a prevenção da doença proporcionam às comunidades ferramentas e tecnologias para sua participação no autocuidado” (Almeida, et al 1999)

Centrar na lógica da produção do cuidado é outro desafio para o programa, visto que se traduz no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que, além de produzir os procedimentos inerentes ao caso, como uma sutura, um curativo, uma consulta, centram, nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento (Matumoto et al, 2005; Merhy, 2002).

De acordo com Franco et al (1999), o acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, partindo dos seguintes princípios: garantir a acessibilidade universal a partir do atendimento de todas as pessoas; reorganizar o processo de trabalho, afim de que se desloque o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional (equipe de acolhimento), qualificando a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania. Somados a isso, se acrescenta que o acolhimento propõe, principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia no acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado.

No entanto, quando se trabalha sob a ótica do modelo médico-centrado, o trabalho se organiza para atuar sobre problemas específicos por meio do atendimento do médico, subordinando os saberes e ações dos outros profissionais à lógica médica, diminuindo assim o espaço da dimensão cuidadora da equipe, empobrecendo a possibilidade de incorporação de outros saberes para ampliação da ação clínica, e o campo de busca para a solução dos problemas (Matumoto et al, 2005).

O trabalho em equipe também apresenta-se com grandes limitações. Estudos recentes apontados por Silva et al (2005) sobre o trabalho da equipe multiprofissional no PSF revelaram: ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de

interação entre as categorias profissionais, onde apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais e não profissionais, nível superior e nível médio de educação, médico e enfermeiro.

Um ponto de tensão apresentado por Franco et al (1999) está relacionado ao trabalho nos estabelecimentos de saúde organizado, tradicionalmente de forma parcelado. Em eixo verticalizado, organiza-se o trabalho do médico e entre estes de cada especialidade médica e assim, sucessivamente, vai se organizando o trabalho dos outros profissionais. A superespecialização e o trabalho fracionado fazem com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho, no caso do médico, este não consegue romper com a lógica do trabalho médico, que se dá em torno da agenda/consulta e com isso a pequena inserção dos profissionais médicos no acolhimento. Para solucionar este problema os autores consideram o vínculo como a diretriz que, acoplada ao acolhimento é capaz de garantir o real reordenamento do processo de trabalho na UBS.

Outro desafio apontado pela fragmentação do trabalho é a prática da intersetorialidade. Segundo Paula et al (2004), percebe-se, nos depoimentos dos entrevistados, uma confusão conceitual sobre intersetorialidade, pois tomam-na como responsabilidade individualizada a partir das demandas individualizadas dos usuários. Desta forma, se identifica a intersetorialidade como um processo de trabalho penoso e solitário. Entende-se, ainda, a necessidade da criação de uma rede de apoio para a efetivação desse princípio e acredita-se que é preciso começar a entender e escutar a opinião de outros profissionais e setores.

Um obstáculo apresentado por Alves (2005), diz respeito às práticas de educação em saúde. O autor retrata que tais práticas estão baseadas no modelo tradicional hegemônico e preconiza que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais, nas estratégias desta prática incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde. De acordo com esta premissa, os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde mantendo uma relação assimétrica entre profissionais e usuários, uma vez que um detém um saber técnico-científico, com status de verdade, enquanto o

outro precisa ser devidamente informado. Além de reagir a um estímulo apenas temporário, a população não muda de comportamento e gera a falta de estímulo na organização da comunidade para o desenvolvimento de cidadania e participação nas atividades desenvolvidas pela unidade.

Sendo o PSF um lócus de fomento à participação da população, deve promover senão uma nova relação entre os sujeitos, onde tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde (Merhy et al, 2005). Este envolvimento só é possível mediante um processo de diálogo entre os saberes, no qual um contribui com seu conhecimento peculiar da situação, acreditando-se que o desenvolvimento efetivo dessa participação parte de práticas vivenciadas no cotidiano (Yépez e Moraes, 2004).

Feuerwerker (1999), apud Lampert (2001), afirma que o desafio na tendência de mudança do modelo de atenção se dá pelo fato do modelo estar em construção envolvendo questões que não são simples, como as articulações clínicas e saúde coletiva e o trabalho multiprofissional. Mas vê também uma oportunidade de repensar a formação médica e certamente de outros profissionais de saúde, quando se abre demanda para um novo perfil de profissional de saúde direcionado a um modelo holístico e mais humanizado que impacte mais positivamente sobre os indicadores sanitários e que, ao mesmo tempo trabalhem mais contentes e profissionalmente mais realizados.

Remodelar a assistência à saúde implica modificar o processo de trabalho e estas são questões que foram colocadas em pauta a partir da implantação e construção do PSF no cotidiano dos municípios e localidade. É fato que a sua implantação por si só não garante que o modelo assistencial esteja sendo modificado, mas com certeza já nos leva a refletir sobre mudanças necessárias e urgentes na forma de agir e implementar ações e serviços no contexto da Estratégia de Saúde da família.

V.1.8. CONCLUSÃO

Apresentar o PSF, como uma proposta de reorientação do cuidado à saúde, é enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento de novas práticas sanitárias. É colocar um desafio ainda maior de desconstruir as matrizes de um modelo assistencial perverso, sob os quais, trabalhadores e gestores de saúde, governantes e a própria população estão inseridos. É colocar em pauta na agenda da saúde da população

brasileira conceitos como: vínculo, acolhimento e cuidado no contexto de uma atenção sanitária humanizada e humanística.

Este desafio de desconstrução implica muito labor, mas a vantagem da superação destes desafios leva a transformação da realidade e à construção de práticas de saúde solidárias, acolhedoras e conseqüentemente mais efetivas e resolutivas.

O direito universal à saúde conquistado pela Constituição Federal Brasileira de 1988 e a criação do PSF pelo MS em 1994 colocam a promoção da Saúde e a prevenção da enfermidade definitivamente na pauta da agenda nacional. A estratégia seguinte seria a construção de um trabalho conjunto da universalidade com os serviços de saúde e a comunidade, criando espaços de parceria que fortaleçam o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários.

V.1.9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M., FEUERWERKER, L., LLANOS, M. (Organizadores.). São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999. 2v.
2. ALVES, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação.*; 15: p.39-52; 2005
3. BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual para organização da atenção básica.* Brasília: MS; 1998.
4. BRASIL. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes.* Brasília: Ministério da Saúde CONASS, 2002.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Monitoramento da Implantação e desenvolvimento das equipes de Saúde da Família no Brasil.* Brasília. DF. 2002. Mimeo.
6. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Para entender a gestão do SUS.* Brasília: CONASS; 2003.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica.* Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Produto do trabalho da Comissão instituída pela portaria nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003. Brasília, Outubro 2003.
8. BRASIL. Ministério da Saúde . Guia prático Saúde da Família. Brasília, 2001
9. BRASIL. Ministério da Saúde. *Informe da Atenção Básica.* Brasília, 2004;
10. BODSTEIN R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro. 2002; 7 (3): 401-412;
11. CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro. 2003; 8 (2): 569-584;
12. CANGUILHEM, G.O. Normal e Patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M.(org.). *Promoção da Saúde.: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro : editora Fiocruz, 2003; p.39-51.
13. COTTA R.M.M.; MENDES F.F., MUNIZ J.N. *Descentralização das políticas públicas de saúde – do imaginário ao real.* Viçosa: UFV – Cebes; 1998.

14. COTTA R.M.M.; MORALES, M.S.V; COTTA FILHO, JS; GONZÁLES, A.L; RICÓS, J A D; REAL, ER; FOS, S C. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. *Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre*, Porto Alegre - Brasil,; v.22, n.1, p. 25-32; 2002
15. CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M.(org.). *Promoção da Saúde.: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro : editora Fiocruz, 2003, p.39-51.
16. DAL POZ, MR. Câmbios em la contratación de recursos humanos: el caso Del Programa de Salud de la Família em Brasil. *Gac. Sanit. Espanha*, v.16, n.1, p. 82-86, 2002.
17. FERNANDES, A S; SECLÉN-PALACIN, J (org.).*Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2004.
18. FEUERWERKER, L.C.M. & SENA, R.R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: LAMPERT, J.B. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, 2001; v.25, n.1.
19. FRANCO, T.B; BUENO,W.S; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de saúde publica*. RJ, 1999; v.15, n.2;
20. LAMPERT, J.B. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, 2001; v.25, n1;
21. MACHADO, M. H. (Org.) Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. Brasília: MS/FIOCRUZ, 2000. In: MENESES E ROCHA, A. A. R.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa de saúde da família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface - Comunic., Saúde, Educ. Educ.*, 2005; v.9, n.17, p. 303-16;
22. MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M; MISHIMA, S.M; PEREIRA, M.J.B.; DOMINGOS, N.A.M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Revista Interface-Comunicação, saúde e educação*. 2005; v.8, n.16, p. 9-24;
23. MENESES E ROCHA, A. A. R.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa de saúde da família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface - Comunic., Saúde, Educ. Educ.*, 2005; v9, n.17, p. 303-16;
24. MENDES EV. *Uma Agenda para a Saúde*. SãoPaulo: Hucitec. 1996.

25. MERHY, E.M. Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde. Ver SUS/Brasil – Vivências e estágios na realidade do SUS do Brasil. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/versus/index.html>, consultado 28/01/2006. 2002.
26. PAIM, J.S. Vigilância a Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M.(org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003; p.161-171.
27. PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade uma vivencia pratica ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de saúde da família do distrito oeste- Ribeirão Preto. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 2004;v.8, n.15, p. 331-348.
28. SAMICO I., HARTZ Z. M. A.; FELISBERT E O; CARVALHO E. F. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, 2005, v.5, n.2, p.229-240.
29. SCHERER, M.D.A; MARINO, R.S.A; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. Florianópolis. 2005; v.9, n.16, p 53-66.
30. SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B; O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 2005; v.9, n.16, p.28;
31. STARFIELD B. Atenção Primaria - *Equilíbrio entre necessidades de saúde , serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
32. TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S & VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, 1998; v.7, n.2, p. 7-28;

V.2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE: reflexões inscritas nos paradigmas sanitários contemporâneos

V.2.1. RESUMO

O presente estudo tem como objetivo uma análise reflexiva dos métodos e modelos de avaliação em saúde, em uma perspectiva do cuidado pensado e praticado segundo as necessidades dos usuários. Várias são as formas e abordagens dos processos avaliativos na busca de uma melhor apreensão do objeto de avaliação; neste contexto, a satisfação do usuário surge como um indicador de qualidade dos serviços de saúde, potencialmente ligada a maior adequação e a promoção de reais mudanças nas práticas de saúde. Sugere-se uma combinação de métodos na avaliação da satisfação, de forma que os resultados da avaliação não se tornem enviesados. Diante da inovadora proposta do Programa de Saúde da Família (PSF), que se baseia nos princípios de integralidade, acolhimento, cuidado à saúde e humanização, deve-se introduzir a participação, a parceria e a satisfação do usuário como elementos-chave na formulação de suas ações possibilitando mudanças no modelo assistencial hegemônico, a saber, positivista, assistencialista e curativista. A presença do usuário como agente de mudanças é essencial, visto que a sua inserção no processo avaliativo garantirá uma peculiar atuação, remodelando as práticas de saúde — quiçá tornando-as mais humanas, acolhedoras e, conseqüentemente, mais resolutivas.

Palavras chaves: avaliação em saúde, satisfação dos usuários, métodos de avaliação, instrumentos de avaliação, Programa de Saúde da Família.

V.2.2. ABSTRACT

Health Evaluation: reflections recommended in the contemporary sanitary paradigms

This study was carried out to perform a reflexive analysis of the health evaluation methods and models under a perspective of the thought and practiced care according to the users' needs. Several are the forms and approaches of the evaluative processes in searching a better apprehension of the object under evaluation. In this context, the user's satisfaction appears as an indicator for quality of the health services, that is potentially linked to higher adaptation and promotion of real changes in the health practices. A combination of methods is suggested for the evaluation of satisfaction, so the results from this evaluation do not become biased. In the case of innovatory proposal by the Family Health Program (PSF), that is based on the principles of integrality, reception, health care and humanization, the participation, the partnership and the users' satisfaction should be introduced as key elements in the formulation of their actions, therefore making possible the changes in the hegemonic, assistant model, that is positivistic, assistantialist and curativist. The user's presence as an agent of changes is essential, since his insert into the evaluative process will guarantee a peculiar performance, as remodeling the health practices – probably turning them more human, homelike, consequently more resolvent.

Keywords: Health evaluation, the users' satisfaction, evaluation methods, evaluation tools, Family Health Program

V.2.3. INTRODUÇÃO

“Devemos fazer tudo para desenvolver nossa racionalidade, mas é em seu próprio desenvolvimento que a racionalidade reconhece os limites da razão e efetua o diálogo com o irracionalizável. [...] a partir daí, podemos assumir, mas com plena consciência, o destino antropológico do Homo sapiens demens, que implica nunca deixar de fazer dialogar em nós mesmos sabedoria e loucura, ousadia e prudência, economia e gestão, temperança e consumação, desprendimento e apego” (Edgar Morin; 1998)

A partir da concepção de avaliação, a qual pode ser entendida em suas múltiplas dimensões de participação, de parceria, de negociação, como a valoração do sujeito dirigida aos diferentes aspectos de um processo, em um curso marcado por continuidades / disrupções, evidencia-se uma proposta de ponderação que busca superar a hegemonia positivista, assistencialista e curativista. Tal seria uma alternativa à formulação de Reis (2004), para o qual a avaliação pode ser utilizada como instrumento de poder da sociedade moderna para manter hegemonias e maiorias nem sempre justas, sendo associada muito mais a punições que a libertação ou transformação.

Este debate é pertinente ao movimento de implantação de novas estratégias na área da saúde como o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), as quais, apesar de sofrer fortes influências do modelo assistencial, surgem como possibilidade de emancipação e empoderamento/libertação do usuário, reformulando seu papel na sociedade como agente promotor de mudanças e de transformações nas práticas de saúde de sua comunidade. “Somos necessariamente éticos, na medida em que, constantemente temos que tomar decisões” é uma afirmativa que nos remete não à questão da neutralidade da avaliação, mas sim ao respeito a todos aqueles que com ela estão envolvidos (Freire, 1998; Gomes *et al*, 2004), colocando indagações sobre os diferentes caminhos a seguir — métodos, do grego meta = atrás, em seguida, através, e hodós = caminho —, tal qual o explicitado por Hartz (2002): *“Se responder às questões da avaliação não é uma tarefa simples, os programas e políticas de promoção da saúde, com suas ações de natureza emancipadora, participativa,*

intersetorial e requerendo sustentabilidade de longo prazo, para que possam alcançar o impacto desejado, exigem múltiplas abordagens de pesquisa.”

Neste sentido, as inovações propostas pelos novos modelos de avaliação vêm ao encontro desta vanguardista realidade que é o PSF, trazendo consigo uma inovadora perspectiva de atenção, baseada em princípios como integralidade, acolhimento, cuidado a saúde e humanização e que coloca o usuário, a família e a comunidade como o centro de sua atuação.

Conseqüentemente, métodos que avaliem a satisfação e a inserção dos usuários — sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, e que interagem com outros atores sociais como profissionais e gestores e ainda que percebam o contexto, que explorem o cotidiano e que retrate sua história —, conseguirão gerar respostas, melhorias, construções e desenvolvimento na área da saúde.

Desta forma, este estudo tem como objetivo analisar, de forma reflexiva, os métodos e modelos de avaliação em saúde, em uma perspectiva do cuidado pensado e praticado segundo as necessidades e demandas do usuário, sujeito social capaz de realizar escolhas.

V.2.4. MARCOS CONCEITUAIS

Conceituar avaliação é uma tarefa árdua e complexa. De fato, avaliar é um termo possuidor de grande riqueza semântica, sendo aplicável às diversas áreas do saber, além de poder ser considerado um elemento atinente às práticas relativas a diferentes âmbitos e campos do espaço social (Silva, 2005). Segundo Pires (2005) avaliar, como instrumento do conhecimento, exige delineamento de cotidianos sendo o processo de avaliação provisório e incompleto. No entanto, é exatamente pela perspectiva de gerar mudanças que a avaliação apresenta-se como uma atividade essencial nos programas e políticas de saúde (Paim, 2005). A avaliação é, por excelência, transformadora — sonhos, metas, ideais e, até mesmo, utopias —, tornando-se explícita sua natureza política (Freire, 1998), inscrita em uma lúdica matriz dialógica (Romão, 2002).

A avaliação constitui-se em uma atividade bastante antiga, processo essencialmente humano e realizado cotidianamente pelo senso comum. Avaliar consiste, no sentido mais geral, julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente, enfim em

atribuir valor a algo ou a alguém (Contandriopoulos, 2002; Minayo, 2005; Uchimira, 2004).

O conceito de avaliação de programas sociais, que surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, como meio para o intuito do Estado encontrar formas para a atribuição de recursos (Contandriopoulos, 2002), é um pouco mais restrito, sendo compreendido como um conjunto de atividades técnico-científicas ou técnico-operacionais que buscam atribuir valor de eficiência, eficácia e efetividade a processos de intervenção em sua implantação, implementação e resultados (Minayo, 2005).

Outros autores, influenciados por uma visão positivista na forma de avaliar, enfatizam aspectos objetivos através de dados e validade; nesta perspectiva Aguilar e Ander-Egg (1994) apresentam a avaliação *“como uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável, dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa...”*.

Não obstante, em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) acrescenta aspectos relacionados ao ato de avaliar para gerar melhorias e mudanças, conceituando avaliação como um meio sistemático de se aprender empiricamente e de se utilizar as lições aprendidas para melhoria das atividades realizadas e para o desenvolvimento de um planejamento mais satisfatório, mediante uma seleção rigorosa entre as distintas possibilidades de ação futura.

Atualmente, análises críticas sobre os diversos tipos de avaliação têm permitido que outras tentativas conceituais e inovadoras apareçam, na busca de superação dos obstáculos operacionais e funcionais para sua execução e principalmente para que a avaliação gere mudanças e transformações no cotidiano dos serviços de saúde.

Os conceitos até então, apresentam o ato de avaliar dentro de um contexto técnico, formalizado, isolado, apoiando o juízo de valor em procedimentos rígidos, numéricos e que gerem respostas ótimas. Mais recentemente, vem se tornando consenso que *“a avaliação é sempre algo diferente de uma pura e simples medida científica; [que] o ato de avaliação é um ato de confronto, de correlação... que, em grande parte, implica ‘arranjos’ e é fruto de negociações”* (Hadji, 2001). Deste modo, uma definição mais

extensa diria que a avaliação é a identificação, o esclarecimento e a aplicação de critérios defensáveis para determinar valor ou mérito a qualidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação a estes critérios (Worthen et al, 2004).

Sem dúvida, novos conceitos começam a incorporar aspectos mais subjetivos como dimensões de participação e parceria, como a definição produzida por Silva & Brandão (2003): “*entendemos avaliação como a elaboração, negociação, como um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar e julgar o contexto, o mérito, o valor ou o estado de um determinado objeto, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e do desenvolvimento de pessoas e de organizações*”. Estes autores ressaltam, ainda, as questões estratégicas no ato de avaliar, as quais incluem a perspectiva de mudar, emancipar, transformar. Retratam, igualmente, aspectos que exigem parceria como negociação, elaboração não como um evento isolado, mas que gerem mudanças facilitando o processo de aprendizagem e do desenvolvimento de pessoas e organizações. Uma avaliação que inclua os diferentes sujeitos sociais é o caminho pelo qual homens e mulheres podem se tornar conscientes de sua presença no mundo. A maneira como atuam e pensam quando participam efetivamente do processo de avaliação, tomando em consideração as suas necessidades e aspirações dos outros (Freire e Frei Beto, 1985).

Desta forma, é necessário uma concepção que leve em consideração os valores, as preocupações e as percepções dos interessados em relação ao objeto da avaliação, sendo que a partir desta abordagem a avaliação deva atingir um clímax de responsabilidade e de participação. Desde esta perspectiva, na medida em que avaliados e avaliadores dialoguem, instituições e sistemas se sintonizem, a avaliação irá emergindo com suas características propulsoras das necessárias transformações educacionais e sociais e na defesa dos direitos humanos (Penna Firme, 2003). Há um fundamento ético da presença de cada ser humano no mundo. Para isso, necessita-se de liberdade aliada à capacidade de assumir riscos, de decidir, de romper, de arriscar a liberdade, independência e empoderamento/libertação, neste caso andam juntos (Freire, 1998).

V.2.5. MÉTODOS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Os métodos de avaliação são essenciais para verificação daquilo que se quer com o processo avaliativo, ou seja, para cada objeto de avaliação um método será mais adequado que outro na busca do conhecimento desejado; diferentes métodos para diferentes objetos de avaliação (Hartz, 2002; Hartz & Contandriopoulos, 2004).

No caso da saúde, são apresentados métodos que buscam alternativas que cada vez mais considerem os sujeitos e a dinâmica da realidade como fatores inerentes ao cenário/foco da verificação, em que pese, ainda continuem cercados de características hegemônicas como caráter estrutural-funcionalista, positivista e autoritarista (Pires, 2005).

No Brasil, há uma tendência histórica na administração pública de privilegiar dados quantitativos, caracterizados pelo uso de pressupostos típicos do modelo positivista (Lobo, 1998). É que, concordando com Houaiss, “sistema criado por Auguste Comte (1798-1857), e desenvolvido por inúmeros epígonos, que se propõe a ordenar as ciências experimentais, considerando-as o modelo por excelência do conhecimento humano, em detrimento das especulações metafísicas ou teológicas; filosofia positiva, comtismo”; por extensão, tem-se positivismo como “cada uma das doutrinas influenciadas pelo comtismo nos séculos XIX e XX, caracterizadas pelo cientificismo, metodologia quantitativa e hostilidade ao idealismo”. Conseqüentemente esse hábito *positivista* de pesquisar amarrado ao dado e a sua relação fundamentalmente quantitativa com outra informação, priva o novo enfoque da possibilidade de interpretações ricas das realidades estudadas (Trivinos, 1987).

Segundo Richardson (1999): “o método quantitativo de avaliar é caracterizado pelo emprego da quantificação tanto das modalidades de coletas de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas e possui a intenção de garantir a precisão dos resultados, classificando a relação entre as variáveis, bem como nos que investigam a relação de causalidade entre fenômenos”. Já o método qualitativo “caracteriza-se com a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos”.

No entanto, vale ressaltar que esta diferença conceitual e estabelecida na prática, de um lado, deixa a margem dados que não podem ser contidos em números e de outros aspectos contemplando somente significados subjetivos omitindo uma realidade estruturada (Minayo, 1996). Gurvitch *et al* (1945) e Minayo (1996) advertem que estas duas dimensões da avaliação (quantitativa e qualitativa) são interdependentes e interagem não podendo ser pensadas de formas dicotômicas. Entretanto, é preciso ficar claro que o uso de um ou outro método implica definir claramente o que se quer saber ou explicar, especialmente na área da saúde, na qual uma visão apenas positivista não irá responder a dialética atuação do processo saúde-doença na sociedade.

As novas tendências têm revelado que mais importante que discutir qual o melhor método para responder os questionamentos ou problemas apresentados é ter claro o que é importante saber e de fato utilizar essa informação produzida por tal método. Nesta perspectiva, é crucial descobrir o que é preciso fazer para criar e desenvolver avaliações que sejam realmente utilizadas para reduzir incertezas, melhorar a efetividade e direcionar decisões relevantes, uma vez que, de fato, o seu significado maior está em fortalecer o movimento que leva a transformação (Penna Firme, 2003).

Ainda segundo Penna Firme (2003) a preocupação central dos estudiosos é estabelecer padrões de excelência para a avaliação gerando um conjunto de critérios agrupados em quatro categorias: (1) utilidade, (2) viabilidade, (3) ética e (4) precisão da avaliação, sendo que tais critérios clamam por análises mais sensíveis a situação local, sendo metodologicamente flexíveis e dinâmicas no entendimento político integrando tais categorias na direção do desenvolvimento e aperfeiçoamento do objeto.

Agrupando tais critérios, ou não, utilizando métodos qualitativos ou quantitativos ou ambos, várias estratégias são utilizadas para melhor explicar o seu objeto de estudo ou solucionar e explicar os problemas e resultados de determinada instituição, empresa, programa ou conjunto de indivíduos.

V.2.6. DESENHOS, PARADIGMAS E FORMAS DE AVALIAÇÃO

Na construção do desenho e método de avaliação os atributos referem-se às características das práticas de saúde e da sua organização social contribuindo para o aprofundamento no processo de definição do foco da avaliação. Podem ser agrupados

em (1) relacionados à disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); (2) que dizem respeito aos efeitos das ações e práticas de saúde (eficácia, efetividade e impacto); (3) pautadas nos custos das ações (eficiência); (4) pertinentes à adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnica científica); (5) relacionados a percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade) (Silva *et al*, 1994). A utilização destas noções varia muito de autor para autor (Donabedian, 1990, Vuori, 1982). No entanto, caracterizar alguns atributos e verificar de que forma entram no contexto da avaliação, é tarefa importante e desejável.

Acessibilidade tem sido definida como uma relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde. Os recursos de poder podem ser de natureza econômica, social e cultural. Já os obstáculos podem ser geográficos (distância, transporte), organizacionais (existência de filas, tempo de espera, natureza do acolhimento) e econômicos (Silva, 2005).

A segunda e importante característica das práticas de saúde diz respeito aos efeitos sobre o estado de saúde dos indivíduos, grupos ou populações. A distinção sobre eficácia e eficiência, duas abordagens relacionadas aos efeitos, é discutida por Fekete (2000), autor que caracteriza a primeira como uma medida normativa do alcance dos resultados, referida à capacidade de contemplar as necessidades da sociedade pelo suprimento de produtos, visando o alcance dos objetivos propostos, e a segunda como aquela capaz de mensurar a utilização dos recursos, estando voltada para a aplicação dos métodos, a fim de que os recursos (físicos, materiais e humanos) sejam aplicados de forma mais racional, relacionando-se, portanto, com os meios e não com os fins.

Com o objetivo de avaliar os meios proporcionados por determinadas práticas de saúde para verificação dos efeitos à saúde, a qualidade técnico-científica do cuidado seria um atributo, no sentido que lhe foi dado por Vuori (1982), correspondente à adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente, ou seja, seria verificar em que medidas as tecnologias estão sendo usadas, considerando serem as mais indicadas à população.

Por fim, os atributos “relacionais” criam uma nova perspectiva para a avaliação em saúde. Corresponde a valorizar as características do acolhimento, a garantia dos

direitos individuais a privacidade e as características das relações no trabalho, assim como a satisfação dos usuários como componente da qualidade da atenção (Silva, 2005; Merhy 2002).

A qualidade da atenção em saúde é vista por alguns autores como Donabedian (1980) como o aspecto central a ser considerado na avaliação em saúde. O esforço mais bem sucedido de classificação das abordagens para a avaliação em saúde foi desenvolvido por ele — no âmbito de uma concepção pautada na tríade “estrutura-processo-resultado” —, a partir do referencial teórico sistêmico. Para este autor, a estrutura corresponderia às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como, às condições físicas e organizacionais; o processo corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e usuários; e os resultados seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio (Donabedian, 1980). Podem ser considerados como resultados, mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado sanitário prestado (Donabedian, 1990).

Contandriopoulos *et al.* (1997) assumem a existência de duas formas de proceder a avaliação, o julgamento de valor: a partir do resultado da aplicação de critérios e normas (Avaliação Normativa) ou a partir de um procedimento científico (Pesquisa Avaliativa). A avaliação normativa é definida como atividade capaz de realizar um julgamento, comparando recursos estruturais e organizacionais com bens produzidos e os resultados obtidos com critérios e normas, já a pesquisa avaliativa com procedimentos que utilizam métodos científicos.

Ainda de acordo com Contandriopoulos *et al.* (1997), a pesquisa avaliativa se decompõe em seis tipos de análise: (1) análise estratégica: trata-se de analisar a pertinência da intervenção, isto é, de analisar a adequação estratégica entre a intervenção e a situação problemática que deu origem a intervenção; (2) a análise de intervenção que consiste em estudar a relação que existe entre os objetivos de intervenção e os meios empregados; (3) a análise de produtividade que consiste em estudar o modo como os recursos são usados para produzir serviços; (4) análise dos efeitos que se baseia em avaliar a influência dos serviços sobre os estados de saúde; (5) análise do rendimento ou

da eficiência que consiste em relacionar a análise dos recursos empregados com os efeitos obtidos; (6) análise da implantação que consiste em mediar a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos e, por outro, apreciar a influência do ambiente, no contexto, no qual a intervenção está implantada.

Todavia, deve-se destacar as abordagens do método qualitativo como por exemplo as representações sociais e o estudo de caso. Ao se investigar as diferentes representações da doença ou de determinado tratamento, os serviços podem ser considerados como espaços onde tais representações se reproduzem ou se reatualizam. Essas representações não surgem do vazio, elas são construídas historicamente, no campo das interações, sofrendo influência das estruturas cristalizadas, orientando e sendo orientadas pela ação dos sujeitos em suas práticas cotidianas (Deslandes, 2004).

Segundo Becker (*apud* Deslandes, 2004), o estudo de caso em ciências sociais, possui duplo objetivo. O primeiro deles se volta para a tentativa de compreender, da forma mais abrangente possível, o grupo ou a organização de estudo, e o segundo objetivo diz respeito à tentativa de “desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estruturas sociais”.

Diante das diferentes e distintas abordagens e formas de avaliar, verificamos que inovações recentes no ato de avaliar evidenciam estratégias como avaliação participativa e investigação avaliativa por triangulação de métodos. Nesta, a auto-avaliação faz parte do processo, mas o conjunto de elementos e procedimentos é muito mais amplo e complexo do que a avaliação participativa, por conjugar métodos quantitativos e qualitativos, análise do contexto, da história, das relações, das representações e a participação (Minayo, 2005).

Percebe-se que diante das diferentes formas de avaliação em saúde proposta por diferentes autores, a inserção do usuário no processo avaliativo tem sido muito valorizada. Incluir o usuário como agente de transformação e avaliação apresenta-se como um indicador sensível de qualidade do serviço, ligado a uma maior adequação e a promoção de reais mudanças nos serviços de saúde (Espiridião e Trad, 2006b). “...*no fundo, o que nos atrai não é a explicação unificadora. Pode ser a teoria mais fantástica, não importa. O que nos atrai é a simplicidade*” (Luís Veríssimo, 2002).

V.2.7. A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO EM PAUTA

As primeiras pesquisas no campo da avaliação em saúde, ainda na década de 1970, referiam-se à satisfação do usuário (Vaitsman, 2005). O objetivo era conseguir melhores resultados clínicos, a partir do comparecimento às consultas, aceitação das recomendações e prescrições e uso adequado dos medicamentos, ou seja, adesão ao tratamento. Anteriormente, as pesquisas na área das Ciências Sociais e Humanas (Coser, 1962; Cartwright, 1964) focalizavam relações médico - paciente, no contexto da clínica ou do ambiente hospitalar. No Brasil, os estudos se desenvolveram na década de 90, a partir do fortalecimento do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), por intermédio da participação da comunidade nos processos e nas questões relacionadas ao planejamento e avaliação (Esperidião *et al.*, 2006a).

Em 1984, com Donabedian, a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos-chaves na avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação do médico e da comunidade. A partir de então, os usuários não puderam ser ignorados, e a idéia de satisfação do paciente tornou-se um objetivo em si e não apenas um meio de produzir a adesão ao tratamento, como era comum nos objetivos dos estudos anteriores (Vaitsman, 2005).

De acordo com Valdés-Salgado *et al* (2001), as avaliações baseadas na satisfação dos usuários permitem desenhar diferentes estratégias alternativas aos serviços, a partir do entendimento de saúde física e mental produzida pela sociedade e influenciada pelas formas de organização de vida cotidiana, de sociabilidade, de efetividade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente, resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também não esqueçamos, biológico (Vaisman, 1992, apud: Carvalho, 2005). Neste sentido, valorização da qualidade dos serviços a partir das perspectivas dos usuários possui um papel fundamental para explicar a satisfação ou insatisfação reportada, onde a atualização do pensamento sanitário contemporâneo está a exigir a “*compreensão dos indivíduos na sua complexidade de sujeitos sociais lidando com os resultados de suas escolhas e de sua intervenção...*” (Reichenreim & Wernwck, 1994, apud: Carvalho, 1996).

A partir desta perspectiva de qualidade, muitas são as variáveis que produzem a satisfação. A pesquisa de Weiss (1998) sobre os fatores e determinantes da satisfação tem sido bastante citada, apresentando quatro grupos principais: (1) características do paciente; expectativas destes sobre a consulta médica e seu estado de saúde; (2) aspectos dos profissionais que prestam o atendimento; (3) características da relação profissional de saúde-paciente; (4) fatores estruturais e ambientais. De acordo com este autor, as expectativas sobre a consulta médica e os desejos do paciente devem ser mais exploradas pelos médicos, pois os usuários tem dificuldade de os expressar verbalmente e, ao não terem respostas estes sentimentos podem transforma-se em fator de tensão e frustração. Com relação às características dos profissionais e aspectos da relação médico-paciente, Weiss (1988) considera que a atitude passiva do paciente frente ao saber médico e a dificuldade de expressar verbalmente suas dúvidas e inquietações somam-se à natureza da moderna tecnologia médica, dificultando ao médico avaliar a satisfação do usuário ao transcorrer de uma consulta (Lemme *et al*, 1991).

Ramírez-Sanchez (1998) aponta em sua pesquisa, realizada no México, a estratégia de Donabedian. Analisa a qualidade das três dimensões que propõe o autor: estrutura, processo e resultado. Utiliza a satisfação como indicador de qualidade, a partir do qual obteve opinião acerca dos aspectos de *estrutura* (comodidades e instalações físicas, organização), *processo* (procedimentos e ações realizadas na consulta) e *resultado* (mudanças do estado de saúde e percepção geral da atenção recebida), obtendo ainda informações sobre características dos serviços que facilitam ou obstaculizam os esforços do usuário para obter atenção.

Outros estudos estruturam-se a partir de técnicas qualitativas como o grupo focal para avaliar a satisfação e percepções dos usuários, que se caracteriza pela discussão de um grupo relativamente homogêneo de temas propostos pela avaliação. O grupo é guiado por um facilitador e a discussão gravada. É uma técnica que tem sido valorizada por constituir-se na coleta de informações de caráter qualitativo em profundidade, em curto espaço de tempo e baixo custo (Gomes & Barbosa, 1999; Minayo, 1996).

Trad *et al* (2002) utilizam o grupo focal com conteúdos propostos por Prevost *et al* (1998), baseados nas seguintes dimensões: necessidade (carências referidas, demandas associadas com saúde); cognitiva (percepção sobre o programa, idéia central);

relacional: (respeito e consideração, escuta, compreensão, acolhida, gentileza por parte dos profissionais da equipe); organizacional: tempo de espera (por horário disponível e já no local de atendimento), horário de abertura e funcionamento, horário dos profissionais, localização dos serviços, acesso à informação; profissional: tempo dispensado, informações suficientes e claras, implicação da busca de soluções, qualidade ou competência, eficácia dos serviços, disponibilidade.

Diante dos estudos presentes na literatura podem-se identificar dois grandes grupos relacionados à satisfação, um relativo ao serviço e aos seus provedores e outro inerente aos seus próprios usuários. Apesar da divergência no que se refere as dimensões relativas ao usuário destaca-se: a variável gênero, embora alguns estudos não encontrem variação, outros apontam que as mulheres estão mais aptas a criticar os serviços, constituindo boas informantes para a pesquisa (Coyle, 1999; Valdéz- Salgado et al, 2001). Já o fator renda e escolaridade, embora a literatura internacional não informe a existência de associação com a satisfação, parece haver no Brasil uma correlação inversa, os usuários de camadas mais populares informam estar mais satisfeitos (Santos, 1995; Lemme, 1991).

Em relação aos determinantes relativos aos serviços de saúde, a maioria dos estudos atribui a satisfação a aspectos humanitários da relação médico-paciente, a quantidade e qualidade das informações recebidas, à efetividade dos problemas e continuidade do atendimento (Queiroz *et al*, 1992; Ramadan, 2004). No caso do Brasil, além dos fatores humanitários, a literatura referencia à satisfação dos usuários ao acesso aos serviços e disponibilidade de insumos, como vacinas e medicamentos (Santos, 1995; Espiridião *et al*, 2006a).

Alguns autores têm buscado compreender o fenômeno da alta satisfação. No caso dos serviços públicos, argumenta-se que a alta satisfação expressa o receio dos usuários em perder o direito ao serviço, mesmo sendo este de baixa qualidade (Gomes *et al*, 1999). Ademais, o viés da gratidão costuma ser encontrado nos países em desenvolvimento, referindo-se a omissão de questionamentos e críticas negativas dos usuários (Espiridião et al, 2006b; Cotta, et al, 1998).

Yépez *et al*, (2004), enfatizam que há uma certa “naturalização” para baixa qualidade na visão de alguns usuários — os quais terminam por reconhecer o serviço

recebido como um favor ou doação e não como um direito —, representa uma das diferentes interpretações para o gratuito. Flores *et al* (2001) verificaram que a população atendida pelos serviços de saúde odontológicos, não tem expectativas altas com relação aos atendimentos e que é a única possibilidade de acesso à população de baixa renda.

A fim de trabalhar melhor estes vieses apontados, alguns autores, destacam a importância de se compararem às respostas abertas e fechadas do questionário, pois é comum o usuário atribuir uma alta avaliação nas respostas fechadas e nas abertas incluir restrições e recomendações sobre o mesmo item, daí a importância de se conjugar métodos qualitativos e quantitativos (Katoka et al, 1997). Williams (1994) considera que antes de se avaliar a satisfação do usuário é necessário perceber quais os mecanismos que o mesmo utiliza para avaliar o serviço em questão, ou seja, entender o processo cognitivo, buscando no ideário do usuário o significado do termo satisfação.

Apesar das limitações apresentadas, a incorporação do usuário na avaliação e sua satisfação, constituem-se em indicadores sensíveis da qualidade do serviço prestado, além de estar potencialmente ligado a maior adequação do serviço (Trad *et al*, 2001). O que é importante observar são as técnicas utilizadas e como são empregadas. De acordo com Espiridião et al. (2006) “*uma combinação de técnicas é uma estratégia bastante oportuna para dar conta da complexidade da satisfação e evitar reducionismos presentes em cada método*”. Este desafio enseja, ao mesmo tempo, uma releitura do lugar do usuário no contexto de produção social em saúde que deve apontar para uma perspectiva não-reducionista que recupere o significado deste, em sua subjetividade, na relação com os outros atores sociais ligados aos serviços de saúde e com o mundo (Carvalho, 2005), dentro dos contemporâneos referenciais da complexidade (Castro, 2002; Tarride, 1998).

V.2.8. AVALIAÇÃO EM SAÚDE E PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

As inovações propostas pelos novos modelos de avaliação vêm de encontro a uma nova realidade presente nos serviços de saúde brasileiros que é o PSF. Traz consigo uma nova perspectiva de atenção, baseada em princípios como acolhimento, cuidado e humanização e que coloca o usuário, a família e a comunidade como o centro de sua atuação.

A idéia de humanização passa a ser compreendida como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (SUS/PNH, 2004), concebendo um valor positivo à alocação do sujeito implicado na produção da saúde designando o usuário como principal, quando não único, alvo da humanização (Reis et al, 2004).

Já a proposta de cuidado à saúde expressa por Ayres (2004) nos remete não só a práticas e procedimentos de saúde, mas também a um construto teórico, caracterizando-a como *“atitude prática e compreensão filosófica frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”*.

O acolhimento como mostram diversos autores (Silva Jr. e col, 2003; Teixeira, 2003), é um recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço assistencial, tornando suas demandas efetivas como o norte das intervenções propostas em seus meios e finalidades. Esses autores também destacam que o acolhimento não pode ser confundido com recepção, ou mesmo com pronto-atendimento, como se chega a considerá-lo em situação descrita por Teixeira (2003). É no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta (Ayres, 2004).

Diante de tais afirmações, verifica-se a profunda inserção da população nos princípios que fundamentam o PSF, ressaltando a participação e satisfação da comunidade como um elemento chave do processo avaliativo, possibilitando que o usuário participe nos rumos que a unidade de saúde deve seguir. “Pensar a saúde hoje passa então por pensar o individuo em sua organização da vida cotidiana, tal como esta se expressa não só através do trabalho, mas também do lazer — ou da sua ausência — por exemplo, do afeto, da sexualidade, das relações com o meio ambiente. Uma concepção ampliada de saúde passaria então por pensar a recriação da vida sobre novas bases” (Vaistman, 1992, apud Cardoso, 2005) e é sob estes pilares que se deve construir o cotidiano das ações e serviços do PSF.

Abordagens qualitativas cumprem aqui um papel importante, visto a verificação de aspectos como acolhimento, cuidado e humanização que não podem ser quantificados numericamente e retratados unicamente a partir de dados, mas implica em uma subjetividade interligada ao contexto histórico, a realidade e experiências vividas pelos usuários, profissionais e gestores (Pires, 2005). Por outro lado, abordagens quantitativas podem estruturar melhor a realidade estudada e auxiliar o processo avaliativo. Portanto, os dois modelos poderão ser utilizados concomitantemente um apoiando o outro na busca de respostas e mudanças geradas pela avaliação.

O importante neste processo de avaliação em saúde é cada vez mais a necessidade de inserir a comunidade no processo avaliativo interagindo com outros atores sociais na busca de melhorias e transformações das práticas de saúde locais.

É claro que existem vários desafios para o surgimento de uma avaliação, mais participativa na área da saúde, justamente porque existe o discurso imperativo e que dá ênfase e promove a relação curativa e assistencial, que estima como menores as ações preventivas e suprime, na consideração diagnóstica, os fatores que possam suprimir do estatuto socioeconômico ou subjetivo, singular, do usuário atendido (Reis et al, 2004). Este modelo assistencial continua a influenciar as estratégias de avaliação, fazendo com que estas sejam produzidas como eventos isolados e superficiais — ou seja, incapazes de dar conta da realidade —, mantendo desta forma sua carcomida hegemonia.

A lógica deste “velho” modelo revela práticas que aparecem como elementos institucionais produtores de sujeitos fragmentados, burocratizados na sua relação com os usuários, individualistas e distantes da percepção da sua própria importância na sustentação da política de saúde, na qual se acham imersos, gerando apatia e indiferença (Reis *et al*, 2004).

Tais práticas devem considerar e valorizar a subjetividade do usuário não apenas por uma questão ética, mas também por entender que o envolvimento e a participação dos usuários só são possíveis mediante um processo de diálogo entre saberes, no qual cada um contribui com seu conhecimento peculiar da situação, acreditando que o desenvolvimento efetivo parte de práticas vivenciadas no cotidiano (Yépez et al, 2004).

A política de humanização amplia o espaço para métodos avaliativos de participação e interação do sujeito, uma vez que surge como um instrumento que reverte

um poder centralizado, que envolve naturalmente risco e responsabilidade, para um poder compartilhado, no qual diferentes atores sociais profissionais, usuário e gestores, possam sustentar e transformar o delicado processo de prevenção e promoção da saúde.

O PSF, mesmo que na prática e em alguns momentos seja ainda influenciado pelo modelo assistencial hegemônico, possui dimensões, em sua tessitura ideológica, que podem superar tal modelo, integrando propostas participativas e interativas que potencializem mudanças, transformações e emancipação.

V.2.9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação em saúde, como proposta indutora de mudanças, deve apostar em um método que priorize a participação e a inserção do usuário nas atividades inerentes ao próprio processo, considerando-o não como um evento isolado, mas sim interativo, promocional e emancipador/libertador.

Para isso, devem ser superadas propostas isoladas, incapazes de perceber a realidade — especialmente o contexto e os seus múltiplos significados —, de cada região, desconsiderando seus sujeitos. É necessário não só gerar informações, mas utilizá-las, transformá-las, dissecá-las para a produção de melhoria das condições de vida — incluída a saúde — de uma população. Deste modo, a avaliação da satisfação do usuário destaca-se, de fato, como um instrumento potencializador nos estudos das relações interpessoais no âmbito dos serviços de saúde e como instrumento de controle social.

A partir do desenho inovador do PSF — o qual possui seus princípios respaldados no cuidado à saúde, no acolhimento e humanização e na integralidade —, é necessário o reconhecimento do usuário como cidadão, do *doente* como *pessoa*, promovendo, ato contínuo, a inserção do usuário como um agente importante na construção da sua própria saúde.

V.2.10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reis, A. O; Marazina, I.V.; Galo, P.R.; A Humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3): 36-43.
2. Freire, P. *Pedagogy of freedom: ethics democracy and cinc*. Maryland: Rowman and Littlefield, 1998.
3. Gomes AP, Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R, Costa CRBSF, Santos SS. A formação médica - revisitando Paulo Freire. *Revista Digital de Educação Permanente em Saúde*, 2004; 1: 236.
4. Hartz ZMA. Novos desafios para a Avaliação em Saúde: lições preliminares dos Programas de Promoção. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 2002; 2(1): 5-6,.
5. Silva LMV, *Avaliação em Saúde*. 1º reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
6. Pires, M. R.G.M. Politicidade do Cuidado e Avaliação em Saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife. 2005; 5(1): 571-581.
7. Paim JS. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV, *Avaliação em Saúde*. 1º reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. P. 15-39.
8. Romão JE. *Avaliação dialógica: desafios e perspectivas*. 4ª ed. São Paulo: Cortez / Instituto Paulo Freire, 2002.
9. Contandriopoulos, A.P.; Champagne, F. Denis, J.L. Pinealt, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, ZAM (org). *Avaliação em saúde: Dos modelos conceituais a pratica na implantação de programas*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. P. 29-46;

10. Minayo, M.C.S.; Assis, SG; Souza, E.R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*.1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
11. Uchimira, K.Y.; Bosi, M.L.M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde resgatando a subjetividade. In: Bosi, M.L.M.; Mercado, F.J. (org.). *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. Petrópolis, R.J: Vozes, 2004.
12. Aguilar, M.J. e Ander-Egg, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes; (1994).
13. OMS/OPS (Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de Salud) Evaluacion de Servicios de la Salud Materno-Infantil. Castalleda, Venezuela; 1998).
14. Hadji C. *Avaliação desmistificada*. Porto Alegre: Artmed, 2001.
15. Worthen, B.R; Sanders, J.R. Fitzpatrick, J.L. *Avaliação de Programas: concepção e práticas*. São Paulo: Editora Gente, 2004, P. 730.
16. Silva RS, Brandão D. *Construção da capacidades avaliativa em organizações da sociedade civil*. São Paulo: Instituto Fontes, 2003.
17. Freire, P; Frei Betto. *Essa escola chamada vida*. São Paulo: Ática, 1985.
18. Penna, FT. *Avaliação em rede*. 2003. Disponível em: http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_tmtes_set2003.cfm. Acesso em 05/05/06
19. Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública* 2004, 20 (2): S331-S336,.
20. Lobo, T. *Avaliação de processos e impactos em programas sociais: Algumas questões para reflexão*. In: *Avaliação de Políticas Sociais* (E. M. Rico, org.). São Paulo: Editora Cortez;.1998. P. 75-84

21. Trivinões, A. N.S. *Introdução a pesquisa em ciências sociais- Pesquisa Qualitativa*. Ed. Atlas; São Paulo; 1987.
22. Richardson, R.J.& cols. *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. 3ª ed. Editora Atlas. São Paulo; 1999.
23. Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento- Pesquisa Qualitativa em Saúde. 2ª edição. AUCITEC- ABRASCO;1996.
24. Silva LMV, Formigli VL. Avaliação em saúde: Limites e Perspectivas. *Cad. de Saúde Pública*. 1994; 10: 80-91.
25. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine*. 1990; 114: 1115-1118.
26. Vuori, HV. *Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology*. Copenhagen: WHO, Regional office for Europa. 1982.
27. Fekete MC. A qualidade na prestação do cuidado. In: OPAS- Representação do Brasil em parceria com o Pólo de Capacitação da UFMG, Organização do cuidado a partir de problemas. 2000; 51-57. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicações/texto_apoio.
28. Merhy, E.M. Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde. Ver SUS/Brasil – Vivências e estágios na realidade do SUS do Brasil. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/versus/index.html>, consultado 28/01/2006. 2002.
29. Donabedian A. *La calidad de la atención médica- definición y métodos de evaluación*. México DF: La Prensa Mexicana; 1984.
30. Contandriopoulos, AP; Champagne, F; Denis, JL.; Pineault, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In HARTZ, Z. M. A., (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ABRASCO, 1997. P. 29-47.

31. Deslandes SF, Gomes, R. a pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi MLM, Mercado FJ., ed. *Vozes*. 1ª. ed. Rio de Janeiro, 2004. P. 99-120.
32. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 10:303-12.
33. Veríssimo, L. Crônica “A teoria Unificadora”. *O Globo*, 26/05/2002, Rio de Janeiro.
34. Vaitsman, J.; Andrade, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2005, 10:599-613.
35. Coser L.A. Some functions of deviant behavior and normative flexibility. *American Journal of Sociology*. 1962, 68(2): 172-181.
36. Cartwright A. Human relations and hospital care. *Reports of Institute of Community Studie*. 1964, 9: 251-254.
37. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*; 2006; 22: 1267-76.
38. Valdés-Salgado R, Molina-Leza J, Solis-Torres, C. Aprender de lo sucedido. Análisis de lãs quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Revista Salud Pública de México*; 2001; 43: 444-54.
39. Carvalho, S.R. *Saúde Coletiva e promoção da saúde- sujeito e mudanças*. Ed. Hucitec, São Paulo, 2005.
40. Carvalho, A.I. Da saúde pública às políticas saudáveis-saúde e cidadania na pós modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva*; 1996; (1)104-121.
41. Weiss, G.L Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factor. *Med Care*, 1988; 26:383-392.

42. Lemme, AC, Noronha G, Resende JB. User satisfaction at a university hospital. *Rev. Saúde Pública*. 1991; 25(1): 41-46.
43. Ramírez - Sánchez, T.J.R.; Aguilar, N.P.; López, N.G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Revista de salud pública de México*;1998, 40(1): 1-10.
44. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 7: 581-89.
45. Coyle J. Exploring the meaning of dissatisfaction with health care: the importance of personal identity threat. *Sociol Health Illn* 1999; 21:95-123.
46. Santos MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção a saúde da criança sob a ótica do usuário [dissertação de mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde coletiva, Universidade Federal da Bahia; 1995.
47. Queiroz, MS; Campos GWS; Merhy, EE. Rede básica de serviços de saúde: médicos e suas representações sobre o serviço. *Rev. Saúde Pública*, 1992; 26(1): 34-40.
48. Ramadam, ZBA. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. *Rev. psiquiatr. clín.*, 2004; 31(2):108-118.
49. Gomes R, da silva CMF, Deslandes SF, Souza ER. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores do HIV/ AIDS no rio de Janeiro, segundo a visão dos usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, 1999; 15: 789-97.
50. Cotta R.M.M.; Mendes F.F., Muniz J.N. Descentralização das políticas públicas de saúde – do imaginário ao real. Viçosa: UFV – Cebes; 1998.
51. Yépez MT, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20: 80-88.

52. Flores NL, Cámara VL, Estrella, SLM, Velázquez EC. Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tlahuac, Distrito Federal. *Revista ADM*. 2000; LVII: 45-49.
53. Kotaka F, Pacheco MLR & Higaki. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 1997; 31(2):171-177.
54. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine*, 1994; 38:509-51.
55. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos. PNEPG, CNPQ. 2001.
56. Castro G. Ensaio de complexidade. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2002.
57. Tarride MI. Saúde pública: uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
58. Ayres, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2004; 8(14):73-92.
59. Silva Júnior, A.G.; Merhy, E.E.; Carvalho, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro, R. E Mattos, R.A. (Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. P.113-128.
60. Teixeira RR. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In Pinheiro R e Mattos RA (org.) *Construção da Integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde*. IMS-UERJ/ABRASCO, Rio de Janeiro; 2003. P.49-61.

VI. TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

VI.1. A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações sociais femininas do processo saúde-doença

VI.1.1.RESUMO

O presente artigo tem por objetivo analisar as representações sociais do processo saúde–doença das mães de crianças menores de 2 anos do Município de Teixeira-MG, a partir de uma abordagem histórico-social, com vistas à compreensão das condutas frente à saúde e enfermidade. A partir da Técnica de Análise de Conteúdo, foram construídos atrativos semânticos e indicadores de saúde que expressam uma visão de saúde-doença pluralista, das mais holísticas às mais biomédicas; das mais relacionais às mais individuais. Um dado interessante encontrado no estudo foi a apresentação da busca da felicidade como um conceito de saúde pelas mães, retomando aspectos filosóficos aristotélicos e spinozista. Não obstante, a representação da saúde como ausência da doença aparece também como ponto importante no relato das mães. Considerando que os construtos são sociais e não individuais e recebem grande influência da cultura local e macro social, o modelo assistencial hegemônico vigente fornece ainda fortes referenciais para interpretar tais experiências. Sem dúvida, a superação de uma visão essencialmente biomédica é viável visto que a mãe possui uma natureza cuidadora, o que facilita, portanto, a compreensão de outros fatores que afetam o processo saúde-doença. Desta forma, a análise e entendimento das representações sociais, peculiares às mães teixeirenses, torna-se importante como instrumento para um planejamento de ações de saúde menos alienantes e mais libertárias.

Palavras Chaves: representações sociais, processo saúde-doença, cuidado em saúde

VI.1.2.ABSTRACT

The life in the eyes, the heart in the hands: conceptions and feminine social representations of the health-disease process

This article aimed at analyzing the social representations in the health-disease process of less than 2-years old children's mothers in Teixeiras county-MG, based on a historical-social approach and targeted to the understanding of the conducts in front of health and illness. From the Content Analysis Technique, semantic attractions and health indicators were constructed, that express a vision of the pluralist disease-health from the most holistic to the most biomedical; from the most relational to the most individual ones. An interesting data found in the study was the presentation of the search for happiness as a mothers' health concept, as retaking Aristotelian, philosophical and Spinozist aspects. However, the health representation as the absence of disease also appears as an important point in the mothers' report. Considering that constructs are social but non-individual and receive strong influence of the local and macrosocial culture, the actual, hegemonic and assistant model still provides strong referential to interpreting such experiences. Without impediment, the overcoming of an essentially biomedical vision is viable, since the mother has a caretaker nature, which facilitates the understanding of other factors affecting the health-disease process. So, the analysis and understanding of the social representations, that are peculiar to the mothers in Teixeiras, becomes an important tool for planning less alienating and more libertarian actions of health.

Keywords: Social representations, health-disease process, health care

VI.1.3. INTRODUÇÃO

As representações de saúde e doença foram sempre pautadas pela inter-relação entre os corpos dos seres humanos, as coisas e os demais seres que os cercam (Castiel, 1999). A história destas representações, ao longo dos séculos, revela elementos naturais e sobrenaturais que habitam nestas desde tempos imemoriais, provocando os sentidos e impregnando a cultura, os espíritos, os valores e as crenças dos povos (Sevalho, 1993). De fato, Lê Goff comenta que:

[...] a *doença* (e podemos acrescentar a *saúde*) *pertence não só a história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também a história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades.* (Lê Goff, 1991)

Neste âmbito, um dos marcos da história das concepções de saúde e doença no Ocidente pode ser buscado na emergência da Escola de Medicina da ilha de Cós, cujo expoente máximo foi Hipócrates (Frias, 2001). Com os médicos hipocráticos nasce uma concepção *laicizada* do processo saúde-doença, a qual desconsidera a intervenção dos deuses, tratando o adoecimento como uma consequência da desarmonia dos constituintes da *physis* (natureza), como expresso na citação a seguir:

O corpo do homem é constituído por sangue, flegma, bile amarela e bile negra; estes fazem a natureza de seu corpo e através deles se sente dor ou se tem saúde. Ele goza de saúde perfeita quando estes elementos são devidamente proporcionais em composição, poder e volume e quando eles estão perfeitamente misturados, juntos. [Hipócrates, 1992]

O homem, deste ponto de vista, necessita estar em harmonia (equilíbrio) intrínseca com o seu ambiente, para que possa gozar boa saúde (Siqueira-Batista, 2003). É precisamente nesta tradição que se inscreve, em épocas mais recentes, a associação do processo saúde-doença com elementos relacionados à qualidade de vida, vida saudável e estilo de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações (WHQOL, 1995).

Desta forma, o presente estudo se volta para a representação social da saúde *como um espaço em que se refletem interações entre atores sociais com o seu contexto de vida, com seu grupo social, instituições e outras instâncias* (Gomes et al, 2003). Almeja discutir as interações sociais com base naquilo que as pessoas representam como saúde e as condições de sua inserção social, permitindo constatar o conjunto de concepções sociais — das mais holísticas às mais biomédicas; das mais relacionais às mais individuais.

A abordagem se inicia com as representações, tentando demarcar diferentes pontos de vista e trazer aspectos que permitam subsidiar os processos investigativos voltados para a temática em questão. Nossa preocupação maior é a de compor um quadro que não só traga a síntese do diálogo entre diferentes abordagens como também, por meio de referências, indicar princípios para que se possa aprofundar a discussão.

Em seguida apresentamos os aspectos principais da análise narrativa. As narrativas da saúde não só dão acesso às representações construídas como também podem promover uma compreensão de como tais representações são produzidas, atualizadas ou transformadas e conseqüentemente contribuir no planejamento das ações de saúde local.

VI.1.4.MÉTODOS

Descrição do espaço-temporal e população estudada

A pesquisa foi realizada no período de novembro/ 2005 a fevereiro/2006, no município de Teixeiras, estado de Minas Gerais, localizado na Zona da Mata de Minas Gerais. Segundo o último censo demográfico realizado, em 2000 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), a população total é de 11.149 habitantes, distribuída em 6.949 habitantes na zona urbana (62,33%) e 4.200 (37,67%) na zona rural, apresentando uma taxa de urbanização de 62,33% e uma taxa média de crescimento anual de 1,23% (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Compôs o grupo de estudo 161 mães de crianças menores de dois anos, residentes no município de Teixeiras, MG (94,7% das mães de crianças nesta faixa etária do município) que relataram suas concepções e representações sobre saúde.

A assistência à saúde, em nível de atenção primária, através do Sistema Único de Saúde (SUS) local, é realizada em quatro Unidades de Saúde da Família localizadas no meio urbano, sendo que o Programa de Saúde da Família (PSF) cobre 100% da população do município. A relação das mães de crianças menores de dois anos do município foi fornecida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por meio do cadastro dos usuários.

Coletas de dados

O presente trabalho fundamentou-se na pesquisa qualitativa, utilizando a Técnica de Conteúdos proposta por Minayo (1992) apud Deslandes et al (2000) a qual compreende as seguintes etapas: (1) pré análise, (2) exploração do material, (3) tratamento dos resultados obtidos e (4) interpretação.

A escolha desta estratégia de análise está pautada no fato de a mesma possibilitar a compreensão das pessoas, levando em consideração seus fazeres, seus dizeres, seus relacionamentos umas com as outras, seus costumes e crenças e, sobretudo, suas atribuições de significado as próprias experiências.

Inicialmente foram feitos contatos com a administração central do município através do prefeito e da secretária de saúde. Em um segundo momento, foi realizado uma reunião com os agentes comunitários de saúde (ACS) e os coordenadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Foram apresentados, nestes momentos, o objetivo da pesquisa, os métodos de entrevista, a forma de divulgação dos resultados da pesquisa e retorno à comunidade e ao PSF. Somente após os contatos e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa é que foram iniciados os trabalhos.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, tendo o questionário perguntas abertas sobre o conceito de saúde e de vida saudável. Todas as entrevistas foram gravadas, o que facilitou a análise posterior.

Análise dos dados

Após leitura global do sentido geral das respostas nas entrevistas, passou-se para a análise de conteúdo. Esta etapa envolveu a organização do material de acordo com as unidades de contexto, elaboração de categorias gerais, almejando obter um panorama geral do material analisado. Em outra etapa do trabalho, as categorias foram agrupadas, após leituras reelaboradas de forma mais sintética e contrapostas às observações e aos estudos bibliográficos, objetivando direcionar as discussões e conclusões sobre a representação social sobre saúde-doença. A apresentação das falas transcritas respeitou a grafia e a sintaxe utilizadas pelos entrevistados e a fim de preservar a identidade das entrevistadas foram colocados no final das falas os números dos questionários.

Comitê de ética

Antes do início das entrevistas, respeitando os aspectos éticos, conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em 24 de novembro de 2005. As mães assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido com todas as informações sobre o estudo.

VI.1.5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização da população estudada

Alguns indicadores quantitativos serão brevemente apresentados para se conhecer a situação econômica e social do grupo estudado. Das 161 mães entrevistadas, 31,7% tinham idade na faixa etária de 26-30 anos, sendo a média de idade de 27 anos ($\pm 6,1$); 12,4% eram adolescentes e 9,9% possuem mais de 35 anos. Eram donas de casa em sua maioria (76,5%), as outras ocupações se voltavam para trabalhos manuais como bordadeiras, manicuras e outros como domésticas, comerciantes e trabalhadoras rurais, servindo de apoio para o parceiro nas épocas de colheita, sendo as que possuíam ensino superior eram em sua maioria professoras. A situação conjugal foi identificada com

65,2% de mulheres casadas, sendo que 21,7% apresentaram-se em comunhão livre, 10,6% como solteiras, 0,6% são viúva e 1,9% separadas.

Com relação à renda familiar, um fator determinante das condições de vida, a mediana foi de R\$ 300,00 (um salário mínimo na época do estudo). A maioria, 48,4%, ganhava na faixa de meio a um salário mínimo, sendo que 13% ganhavam até meio salário mínimo. Quanto à escolaridade, 61,5% das mães possuíam o ensino fundamental incompleto (1ª a 8ª série), sendo que destas, 46% de 1ª a 4ª série. Chegaram a concluir o ensino médio 16,1% e somente 3,1% tinham o ensino superior.

Atrativos semânticos e indicadores de saúde

O conjunto de representações sociais sobre saúde tende a condensar-se, em alguns casos, em uma série de termos, de expressões, de imagens que exercem uma função de “atrativos semânticos” de modo que em torno de cada termo se situa um conjunto de palavras, de expressões chaves significativas das situações e concepções próprias de cada grupo, como é o caso das mães teixeirenses (Conde *et al*, 1997).

Estes atrativos semânticos retirado das falas das mães leva-nos a articular este conjunto como um sistema de indicadores das citadas noções e representações sociais sobre saúde como descritas no Quadro 1.

Quadro 1- Atrativos semânticos e indicadores de saúde conforme o relato das mães de crianças menores de dois anos do município de Teixeiras - MG (2005-2006).

Saúde como:		
<i>Vida Saudável</i>	<i>Hábitos Saudáveis</i>	<i>Ausência de Doença</i>
Felicidade	Determinantes e condicionantes	Biomédica
Conotações Positivas	Conotações oscilantes	Conotações negativas
Equilíbrio	Saúde como resultante	Enfermidade
Vincula o psíquico, físico e relações sociais	Vincula ao físico	Físico fragmentado
Promoção de saúde e prevenção de doenças	Prevenção de doenças	Cura

Fonte: Dados da Pesquisa

Uma vez analisados e esquematizados, podemos investigar as significações que são mais evidentes e representativas para este grupo.

1. Vida Saudável

O conjunto de noções e experiências do citado coletivo sobre vida saudável constitui elementos chaves e representativos para este biosocioestrato. São apresentadas questões peculiares que identificam a mulher-mãe em suas características mais expressivas como o cuidado, o trabalho e o feminino.

Trata-se de abordar a vida saudável como uma existência de doação, de felicidade e de equilíbrio/harmonia — como na fórmula hipocrática acima descrita — traduzidas no ser mãe, ser mulher e ser trabalhadora, a despeito da exclusão e da desvalorização, a qual produz como resposta conformismo, acomodação e aceitação de seu estado.

Portanto, vida saudável apresentada em seus aspectos relacionais, como projeto de felicidade, trabalho e equilíbrio.

1.1 Vida saudável e aspectos relacionais

É interessante perceber como os discursos evidenciam um modo de vida que se articula nas dimensões relativas à pessoa (mãe), nas dimensões familiares e sociais:

“É o que tem de mais importante, é estar bem em todos os sentidos, com todos, meus filhos, meu marido, é cuidar deles e de mim.” (134)

“Harmonia no lar, depois vem outras coisas cuidar da alimentação.” (9)

“É a criança ficar espertinha, forte, desenvolver bem, estar bem, ah! ficar mais alegre, ai a gente também fica.” (154)

Cabe destacar que os discursos produzidos por este grupo marcam uma linha interpretativa da noção de vida saudável como um “sujeito em relação” como o “eu em relação”, discussões presente no estudo realizado sobre a Salud y la Mujer (Conde et al, 1997) sobre as relações e perspectivas de vida saudável.

Este estudo sustenta que a identidade e o sentido do ser feminino se força e mantém uma coesão, através das práticas das relações humanas, centrado no objetivo de criação e cuidado nas relações afetivas (Conde et al, 1997). Desta forma, a matriz essencial do feminino no modelo maternal constitui a conexão com as necessidades do outro, a disponibilidade para a resposta adequada e o cuidado continuado.

Como vimos, as mães teixeirenses, que são em sua maioria donas de casa (76,4%) estão muito centradas nas responsabilidades do lar, dos filhos, do parceiro, é ela que cuida, que se entrega, que está sempre disposta ao e para o outro sempre em relação. Então ver o outro bem é ver-se também bem. Este aspecto típico do modo de ser materno e feminino, fortemente marcado nas representações das mulheres entrevistadas, está presente nas concepções de Boff (2006):

[...] no fundo, tudo passa pelo outro, pois sem o diálogo com o tu não nasce o verdadeiro eu, nem surge o nós que cria o espaço da convivência e da comunhão [...]. A relação com o outro suscita a responsabilidade. É o que significa a palavra responsabilidade, dar um responso, uma resposta ao outro. É o outro que faz emergir a ética em nós. Ele nos obriga a uma atitude, ou de acolhida ou de rejeição.

Esta atitude de “acolhida” e de “cuidado” da mãe se revela em todas as representações desde a concepção negativa, ausência de doença, à concepção positiva de saúde, produção social. Revela em seus relatos uma concepção de saúde com o olhar para a criança e a para a família, ou seja, o sujeito em suas relações.

Estudos demonstram algumas conseqüências significativas do “eu em relação” (Conde et al 1997, Conde et al, 2000): adiamento e desconhecimento dos próprios desejos; autovalorização centrada de forma prevalente e exclusiva na necessidade de se ter um ambiente ativo à criação e manutenção de relações amorosas; tendência a evitar, reprimir e ou inibir por completo todo aquilo — sentimentos, atitudes, atividades e ideais — que ameace a manutenção de relações.

O mais importante é que se reitera o fato de que são dadas as mulheres condições de se tornarem agentes ativos de mudança e assumir o lado positivo desta atitude cuidadora, gerando um ambiente cooperativo e cálido, importante para as prementes transformações de uma sociedade marcada pela violência, bem como para intervenções no próprio campo da saúde (Ayres, 2004; Aleksandrowicz, 2003).

1.2 Vida saudável como expressão de felicidade

Outro elemento retratado pelo grupo foi à felicidade como meta, como projeto de vida, aspecto em sintonia com às concepções éticas aristotélica (Aristóteles, 1985) e espinozista (Spinoza, 2003).

A questão central da ética aristotélica é *como atingir a eudaimonia*, palavra grega que pode ser traduzida como *felicidade* (Pohlenz, 1962; Reale, 1999). Para o filósofo de Estagira, a *eudaimonia* só pode ser alcançada no bojo da realização humana, a qual depende do exercício de determinadas faculdades a partir das quais a vida se define (Barnes, 2001).

Baruch de Spinoza (1632-1677) retoma o legado de Aristóteles (Moureau, 1982; Scruton, 2001), tanto em sua metafísica — conceito de substância —, quanto em sua ética — conceito de felicidade —, na medida em que sua filosofia buscava o modo pelo qual se poderia conhecer o mundo, agir nele e encontrar nele a felicidade (Scruton, 2001). De fato, o pensador holandês compreende a felicidade como uma expressão

amorosa, de pertença produtiva, a Deus, ao mundo, ao humano o que não se confunde com uma experiência mística, mas como uma experiência intelectual de viver a potência criadora que se expressa das paixões decorrentes da compreensão do Bem comum (Ayres 2005):

A felicidade não é o premio da virtude, mas a própria virtude, e não gozamos dela por refrearmos as paixões, mas ao contrário, gozamos dela por podemos refrear as paixões. [Spinoza, 2003]

Desta forma, vejamos como as mães relatam suas concepções de vida saudável, atreladas à idéia de felicidade:

“É ser uma pessoa mais feliz, quando não tem saúde ta triste, é fazer coisas que dá prazer é ter responsabilidade.” (151)

“Sempre em primeiro lugar, felicidade, ter muita felicidade, é o que a gente quer”. (84)

“É ver uma criança feliz, brincando, poder ser, estar feliz sempre até crescer.” (27)

“É estar feliz, tem dia que a gente ta nervosa, mas é busca ser feliz até quando as coisa tão difícil, é ser e está feliz.” (26)

“Ser feliz, de bem com a vida de bem com tudo as vezes não tem uma doença e não está com saúde.” (105)

“É a pessoa que vive sempre alegre, que se cuida, que ajuda uma a outra, que alimenta bem.” (31)

“Ser feliz. A gente gostar da gente mesmo, do meu filho.” (mãe espancada no dia anterior pelo marido) (96)

Os relatos chamam a atenção para aspectos, tanto coletivos quanto individuais, os quais reiteram a concepção teleológica de felicidade, caracterizando-a como um fim a ser alcançado, algo bastante a fim ao ideário helênico — aristotélico — da vida prática (Aristóteles, 1985). Vivo para ser feliz, sou feliz porque vivo.

Como a vida é intrinsecamente determinada pelo desejo de seguir é o aumento da realização de todas as potencialidades da vida que provoca a procura de uma existência

mais significativa (Aleksandrowicz, 2003), ou seja, não querer viver por viver. Portanto, esta noção de felicidade nos remete a uma experiência vivida valorada positivamente, experiência esta que freqüentemente, independe de um estado de completo bem estar ou de perfeita normalidade morfofuncional, ausência de doença (Ayres, 2004; Waldow, 2005), pois, como bem demonstrou Aristóteles, trata-se de realização e não de um estado de espírito — ou de corpo-alma —, momentâneo.

Apesar de sua “modéstia” nas representações apresentadas pelas mães, esta concepção de saúde como felicidade vem tomando corpo no que tange a “oportunidade para alcançar um estado de felicidade... e buscar uma qualidade da existência para além da sobrevivência” (Nutbeam apud Aleksandrowicz 2003) e isso é o que parece ser o mais novo nas recentes propostas de humanização dos programas de saúde no contexto do SUS.

A humanização em saúde aparece como intervenção na lógica biomédica de perceber o sujeito e finda por questionar paradigmas que sustentam essa forma de ver o mundo, lógica esta que exclui o sujeito da co-responsabilidade do seu processo de cura colocando o profissional de saúde como possuidor de uma verdade inquestionável sobre a saúde-doença (Reis, 2004; Santos, 2005). Desta forma, a humanização dos programas de saúde propõe que práticas relacionadas com o processo saúde-doença, longe de se reduzirem a uma evidencia orgânica e objetiva, estão intimamente relacionadas com as características de cada contexto sócio-cultural e também com a forma como cada pessoa experimenta subjetivamente esses estados (Castiel, 1999; Carvalho, 2005; Yépez, 2004).

1.3 Vida saudável como equilíbrio e trabalho

Tudo nos indica que a progressiva focalização das mães na própria experiência com seu corpo, na sua história pessoal e no seu ambiente, vem associado com características mais básicas e elementares de seu cotidiano. Podemos perceber que dois aspectos emergem no contexto e realidade destas mães: o trabalho e o equilíbrio.

O primeiro e mais importante aspecto dimensionado pelas mães é a disposição para o trabalho.

“É a disposição para fazer as coisas, não tem ninguém pra fazer pra gente, marido ta trabalhando.” (97)

“Se sentir bem disposto para o trabalho, para o lazer.” (40)

“Ser uma pessoa boa, esportiva e o mais importante está bem para trabalhar, fazer de tudo.” (78)

“Esta sempre de bem com a vida e poder trabalhar.” (91)

“Base de tudo, disposição para o trabalho.” (1)

Trabalho expresso não só no espaço público, mas, especialmente, no espaço privado, doméstico. Essa contribuição invisível (trabalho não remunerado) das mulheres na forma de labor doméstico, mantém a vida em unidades familiares para a classe trabalhadora e garante a sobrevivência das instituições casamento e família, pois enquanto seus parceiros trabalham na lavoura, elas cuidam, limpam a casa, fazem comidas, cuidam dos menores, ainda, auxiliam os respectivos maridos em épocas de colheita. Ademais, para as mães que trabalham no espaço público, que além da incorporação do trabalho assalariado, mantém suas atividades domésticas (ou seja, sem a contrapartida de redistribuição do trabalho no lar).

Por isso, o labor é tão importante, fazendo parte do cotidiano destas mães trabalhadoras — ainda que, tantas vezes, tão pouco valorizadas —, elemento extremamente importante no processo de formação da consciência destas mulheres, em concordância com o pensamento hegeliano, tal qual formulado na *Fenomenologia do Espírito* (Hegel, 1992).

Esta disposição se refere não só a ausência de doença, preocupações, mas principalmente pela presença de determinantes como alimentação, cuidados relativos a prevenção e valorização pelo que faz, pelo que é – mãe, trabalhadora, mulher.

“É a pessoa alimentar bem, dormir bem, ter coragem para trabalhar.” (14)

“Poder trabalhar, para isso não senti nada, dor, não ter que ficar tomando remédio.” (24)

“Não tá doente pra poder trabalhar.” (55)

“É não tá triste, fazer as coisa, trabalhar, mas ter recurso pra isso, eles não valorizam a gente, mas precisa trabalhar né?”

(151)

“Disposição pra acordar cedo e trabalhar, gosto quando ele chega e fala que tá bom o que eu fiz.” (3)

O fato de serem mães que moram em um município que possui a agricultura familiar com expressivo campo de trabalho, torna possível o entendimento de que a inserção produtiva dos chefes de família, assim como da própria mãe que ajuda o parceiro e convive com esta realidade, submete os sujeitos a um intenso uso do corpo, sendo a sua manutenção de grande importância.

O Equilíbrio como noção de saúde aparece nas falas das mães como reflexo da inserção destas nos afazeres e cuidados diários com preocupações, responsabilidades que exigem equilíbrio, ordem, tranquilidade.

“É ter tranquilidade na vida, sem preocupações.” (11)

“Viver bem, tá com uma vida tranqüila, senti bem com o que tem.” (75)

“Ser equilibrada na alimentação, no consumo, na vida.” (78)

“Não ficar com desespero, mas ser tranqüila para resolver as coisas.” (48)

Este aspecto é principalmente citado pelas mães da zona urbana, que conseqüentemente já possuem uma vida mais agitada. Sobressai, igualmente, em conexão com o equilíbrio/harmonia, que a tranquilidade é um dos pontos significativos do horizonte da saúde.

1.4 Vida Saudável: Visão Global da Saúde

Apesar de constituir uma faceta pouco expressiva a visão mais global de saúde determina uma maior interação com o espaço social.

A perspectiva das mães neste indicador vem ao encontro a uma visão de Produção Social da Saúde e do Modelo Ideal de Saúde proposto pela OMS no ano de 1998, no movimento denominado Promoção da Saúde que visa à superação do conhecido modelo de saúde como completo bem estar físico e mental e do modelo de Christopher Boorse (1975) de saúde como ausência de doença. O Modelo Ideal de Saúde propõe que

a saúde seja determinada e condicionada por vários fatores, de ordem social, física, intelectual, espiritual e emocional, os quais devem estar interrelacionados, de modo a permitir o equilíbrio (como em Hipócrates) para o alcance de uma vida feliz (como em Aristóteles e Spinoza). Já o modelo da Produção Social da Saúde enfoca que a condição ou estado de saúde advém das relações que se estabelecem no meio social, político, econômico e cultural (Filho et al, 2000; Mendes, 1996).

“É tudo, higiene, alimentação, até educação, estado de espírito se estou bem consigo levar a vida, é situação financeira, se não tenho dinheiro como vou compra comida, remédio?” (98)

“Prioridade, educação lazer, não é só remédio, doença, são outras coisas também que a gente precisa pra fica bem.” (103)

“É a pessoa ficar de bem com tudo no físico, mental, com os outros, se alimentar bem, não adoecer com tanta frequência.” (112)

“Estar bem tanto na forma física, como emocional, espiritual, como um todo.” (157)

“É se relacionar bem, dentro de casa, com as pessoas, ter um trabalho digno pra colocar comida dentro de casa, paz a violência ta muito grande ultimamente.” (2)

“Estar bem fisicamente em tudo, no trabalho, no dia a dia com a família” (21)

Destaca-se que há um pensamento coletivo, uma dimensão mais social, uma visão não só física do corpo, mas uma visão de um todo e não de partes fragmentadas, a qual é capaz de evocar os referenciais do pensamento sistêmico (Esteves de Vasconcelos, 2003). Ademais, é possível recuperar tal discussão em torno da saúde, enquanto desdobramento do debate mais amplo sobre a vida, no qual se tem podido compreender que os seres vivos seriam aqueles capazes de se auto-organizar (Atlan, 1992) ou de se organizar de forma autopoietica (Maturana & Varela, 1984), ou seja, de se produzir continuamente a si mesmos, a partir de uma íntima interação com o exterior (ambiente). Deste modo, tal concepção sistêmica de saúde — na qual sobressai a

integração dos determinantes que se somam para uma visão mais global, mais holística, mais dinâmica — é muito mais fecunda para pensar o processo saúde/doença.

Em estudo realizado por Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Madrid (1994), demonstra que no discurso global sobre a saúde, a mulher se sente responsável pela saúde da família em seu conjunto, o que se contrapõe à noção mais individualista e fragmentada da saúde, onde as mulheres não se sentem co-responsáveis pela saúde familiar, pelo contrário, delegam esta responsabilidade as instituições sanitárias principalmente ao médico.

As mães que tem um olhar mais ampliado sobre a saúde, podem vir a atuar como agentes de transformação, fomentando a participação da comunidade, assim como, de outros setores na discussão e participação de problemas relacionados ao processo saúde-doença, transpondo desta forma, as barreiras das instituições e dos serviços de saúde.

2. Hábitos saudáveis

A noção de saúde, enquanto hábitos saudáveis, constitui outro indicador de nosso estudo. No caso das mães teixeirenses esta noção esta estreitamente associada à prevenção de enfermidades e promoção da saúde. Esta estreita conexão e relação se revelam tanto na noção de vida saudável e equilibrada, quanto em um sentido mais biomédico, prevenir para não ter propriamente a doença.

No caso das mães teixerenses verifica-se que os hábitos saudáveis formam parte importante no processo de cuidado das crianças e da família.

“Quero ver ele forte, espertinho daí tem que cuidar desde cedo” (8)

“Eu dou o leite materno pra isso, pra ele comer de tudo mais tarde”(110)

“Deve cuidar, é o mais importante, alimentar cuidar dos dentes, procurar coisas saudáveis” (159)

“É cuidado, pra ter saúde é preciso cuidá se alimentá bem” (144)

Frente a uma lista de orientações relacionadas aos hábitos de vida saudáveis, desde uma perspectiva epidemiológica como no caso das contra-indicações relacionadas aos hábitos de fumar e de bebida alcoólica, até uma perspectiva nutricional como a alimentação saudável (Siqueira-Batista, 1995), as mães orientam seus filhos e suas vidas com hábitos singulares, com suas experiência de vida e as influências que recebe de sua cultura, da mídia e do próprio sistema de saúde, no entanto de uma forma ainda fragmentada.

Os hábitos saudáveis que as mães relataram foram: a alimentação, a higiene, a atividade física, ausência ou abandono do fumo e do álcool.

2.1 Alimentação

A alimentação no caso das mães é uma questão-chave. A experiência, a cultura, as informações dos serviços de saúde e a própria mídia ensinam os benefícios de uma boa alimentação e os prejuízos e males que provocam uma comida pouco equilibrada. A alimentação para as mães é um componente essencial da saúde. Neste sentido, o “comer bem” e o “comer comidas fortes” aparece em um discurso vinculado sempre a exemplos paradigmáticos de uma boa saúde, especialmente com um olhar para a família.

“É ter cuidado com a alimentação, somos o que comemos.”

(76)

“Comer coisas fortes para não adoecer, suco de couve de vez em quando, canja de galinha, verdura, comer de tudo.” (61)

“Alimentar bem, procurar coisas que tenham vitamina pros meninos crescer bem e a gente ficar forte também.” (68)

Esses resultados reforçam achados de Loyola (1984), Minayo (1988), Abreu et al (2005). Essas autoras mostram que a representação social sobre saúde está intimamente ligada à idéia de força. Força que será utilizada no trabalho e que o alimento mantém e estimula. Para estas mães que precisam trabalhar e cuidar, a força e a disposição para o trabalho são de grande importância.

É interessante perceber, também, como a alimentação vem atrelada aos outros condicionantes como dormir bem, brincar e outros aspectos relacionados à prevenção.

“É poder se alimentar bem, dormir bem, estar em dia com as vacinas.” (70)

“Alimentar bem, dormir bem e brincar.” (56)

Em relação ao aleitamento materno, principal e exclusivo alimento para as crianças até seis meses de idade e preconizado pela OMS até dois anos, as mães entrevistadas em sua maioria oferecem o leite mais de seis meses, demonstrando aqui que estão aderindo às preconizações e ao mesmo tempo assumindo seu papel de cuidadora. No entanto, a maior parte não oferece o leite como alimento exclusivo até os seis meses, e em alguns casos oferecem o leite como um complemento na alimentação da criança nesta idade. Desta forma, revelam suas dificuldades e argumentam:

“A dor no bico atrapalha muito dar o peito” (13)

“Não dá, preciso trabalhar, a criança se apega muito” (5)

“É muito difícil para tirar a criança do peito, prefiro acostumar desde cedo a comer outras coisas” (28)

“Não dei leite, estou dando chuquinha de NAN. Estou achando que não tá desenvolvendo direito, a médica liberou” (16)

“Não saía nada. Saía uma quantidade que não valia de nada. Aí liguei na rua e comprei NAN” (117)

“Meu leite não dava, o menino chorava muito, daí dei leite de vaca mesmo não tenho condições de comprar o que a médica pediu” (51)

A análise destes relatos coloca em evidência que a falta de persistência na introdução e continuidade da amamentação gerada por um despreparo das mães mais jovens e pela preocupação com a criança que chora e a falta de preparo de alguns profissionais que criam alternativas “mais fáceis”, além das dificuldades enfrentadas pela introdução daquelas mulheres que trabalham “fora” no mercado de trabalho; a falta

dos direitos preservados pela lei para a manutenção do aleitamento; impedem que os benefícios do aleitamento materno interfiram de forma positiva na vida da criança e da mãe.

Além disso, como a maioria das mães não possui uma renda favorável à compra de produtos que substituam o leite materno e a distribuição do leite de vaca na cidade se dá por meio de carroceiros, o consumo de leite de vaca “in natura” para estas crianças menores de seis meses é muito alto, podendo levar a quadros de infecção, alergias, além de não oferecer componentes essenciais e específicos que somente o leite materno possui.

No entanto, as mães consideram importante amamentar por proporcionar uma boa condição de saúde e desenvolvimento das crianças. Por outro lado, não percebem os benefícios à sua própria saúde, como o restabelecimento pós - parto e a prevenção do câncer de mama (Nakano, 2003). A amamentação é pensada essencialmente como alimento, afeto e proteção necessários à saúde da criança como verificado em seus relatos:

“O leite é importante pro neném, tem muita vitamina, vai ajuda ele crescer com saúde.” (24)

“Com certeza é bom, é sonho de toda mãe de amamentar no peito, penso que é o melhor pra eles.” (10)

“O neném sente mais segurança pertinho da mãe e ele acaba crescendo com mais saúde, mais forte” (13)

2.2 Higiene

A higiene foi citada esporadicamente pelas mães. Foram preocupações relacionadas à higiene do corpo e do ambiente. Neste aspecto, foram lembrados recursos que auxiliam no processo de higiene.

“Ter cuidado com o corpo, ter uma boa alimentação, ter filtro, dar banho na criança, mesmo a gente sendo pobre, é preciso cuidar.” (10)

“Deve cuidar dela, alimentar e cuidar dos dentes, escovar, cuidar da unha, ficar limpinha.”(159)

“Ter higiene, cuidar da casa direitinho, deixa limpinha pra todo mundo ficar com saúde.” (80)

Segundo Duarte citado por VÍctora (2000) para os membros da classe trabalhadora, o corpo é pensado como uma realidade físico-moral. Para esses grupos sociais o corpo desempenha um papel ativo na construção da pessoa e da identidade social. Sendo assim, preocupações relacionadas com uma boa alimentação e higiene corporal expressam o valor e necessidade do corpo, para algumas como aspecto importante do cuidar-se para prevenir e do cuidar-se para trabalhar.

2.3 Atividade física, fumo e álcool

A atividade física, assim como o fumo e o álcool têm sido incorporados aos discursos das mães a partir da atuação dos profissionais de saúde e pelas informações transmitidas pelos meios de comunicação.

Não obstante, é importante destacar que a atividade física de academias, caminhadas, esportes e outras práticas, não pertencem ao contexto sócio-cultural em que vivem as entrevistadas, mas, sim, um tipo de atividade física voltada para o trabalho doméstico e do campo.

“Eles falam que é importante fazer caminhada, exercício físico pra ter saúde não ficar doente.” (113)

“É praticar esportes, se alimentar bem isto tudo de bom que eles falam por ai.” (4)

“É fazer atividade física, brincar, está alegre” (103)

Neste sentido, destaca-se que os relatos não traduzem experiências com as atividades físicas como práticas esportivas, demonstrando apenas um aspecto representacional — “eles falam”.

Já o fumo e álcool são citados como um determinante a mais que preveni a doença:

“Alimentar bem, parar de fumar também é importante, tomar bastante líquido e mais para não ficar doente e saudável.” (115)

“Comer coisas que fazem bem, que dá saúde, o álcool estraga com a vida da pessoa”(7)

“Não fumar, não beber, atividade física isso tudo ajuda a gente a ficar bem” (112)

3- Ausência de doença

Há que se destacar que a saúde enquanto ausência de doença aparece neste estudo como uma dimensão de destaque; relacionadas à utilização da tecnologia médica, ausência de dor, de enfermidade, apresentamos aqui uma visão medicalocêntrica, biológica, fragmentada e individualista (Abreu *et al.*, 2005).

Este fato mostra que a população se apropria do modelo hegemônico na área da saúde para o qual o ser humano é considerado uma máquina e a doença um mau funcionamento do organismo. O papel do médico nesta lógica mecanicista consiste em intervir física ou quimicamente para consertar um defeito de funcionamento desta máquina (Cabral, 1989). Visão esta influenciada pelas práticas de saúde dos profissionais da área, dos gestores, do sistema e políticas de saúde.

“Estar sem alguma doença, sem dor” (102)

“Não sentir dor nenhuma, nem outro tipo de doença”(17)

“Não ficar internada, passando mal”(73)

“não ter problema nenhum, pressão alta, câncer, problemas no coração”(148)

“Ter um lugar para ser atendido, um hospital”(72)

“É bom não estar doente” (150)

Algumas enfatizam em seus relatos uma espécie de ânsia por autonomia:

“Não ter que tomar remédio controlado, ir ao médico sempre”(110)

“Sem dependência de remédio, de médico, ficar acamado”(69)

“Ficar de cama, vegetando, depois que adoecer nunca é o mesmo”(57)

Já outras mães apontam a doença como parte de sua realidade, experiência:

“Não sentir nada , não ter dificuldade de nada. A cabeça da minha filha dói muito, ela não é uma pessoa saudável” (74)

“Eu tenho pressão alta, quer dizer que não tenho saúde boa” (141)

“Não ter problema nenhum, meu filho mais velho deu um trabalho, teve bronquite” (92)

Não obstante, as experiências da doença de aflição e dor muito interferem na vida da sociedade, da família, da pessoa não podendo ser, portanto, negligenciadas.

Neste caso, a experiência da doença se refere, basicamente, à forma como as pessoas e os grupos sociais assumem a situação da doença ou nela se situam. Ter uma vida saudável não significa estar livre de tal condição, mas sim do significado que se dá a esta condição.

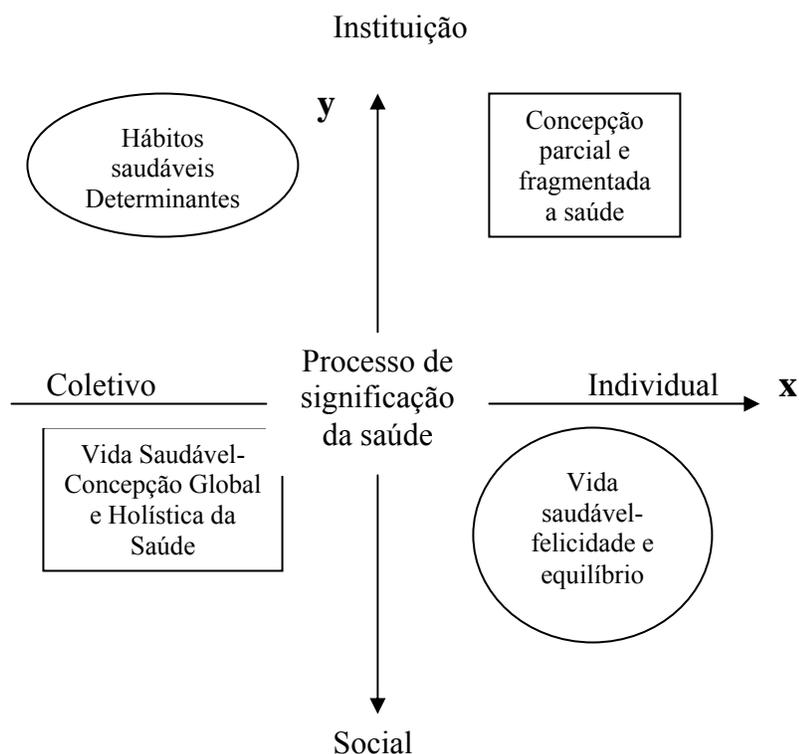
Não queremos aqui simplesmente apresentar as representações sociais da doença ou a experiência da doença, mas esclarecer que pela força do cuidado expresso na condição de mãe, a prevenção da doença e até mesmo sua ausência tem aqui um significado importante, visto que implica alterações no modo de vida pessoal e social. O equívoco desta visão é considerar que o processo de adoecimento diga respeito somente a questões biológicas, esquecendo que existem outros fatores que interferem em uma boa saúde e que mesmo com a presença de determinada patologia pode-se viver bem, com saúde.

Tal processo não pode, ainda nos dias de hoje, ser caracterizado apenas através dos seus aspectos biológicos, devendo, outrossim, ser entendido como um fenômeno intimamente relacionado com as características de cada sociedade, na qual o doente é um ator social. Existe assim uma ordem de significações culturais nos fenômenos de adoecimento humano (Minayo, 1993)

Consideramos ainda, a forma como esta visão “negativa” de saúde busca soluções para a ausência de doença: em mais medicamentos, médicos, hospitais, exames, ambulâncias, consultas, gerando um mercado para quem quiser “comprar” saúde; jogar este jogo reforça as condições em que ele é jogado (Cotta *et al.*, 1998).

Espaços de saúde

Após a investigação descrita, podemos evidenciar como as diferentes noções e representações sociais sobre a saúde podem abordar e analisar um espaço global, mais ou menos descontínuo em que co-existem quatro subespaços que representam as principais características discursivas das mães, como verificado em outros estudos (Conde *et al.*, 2002). Nestes subespaços se produziram e condensaram diferentes noções parciais sobre a saúde pelas mães tal como representa-se na Figura 1.



Fonte: Adaptado de Conde & Concha, 2000

Figura 1. Subespaços construídos a partir das representações sociais de saúde das mães do Município de Teixeiras-MG (2005-2006)

Através da representação desta figura, não se pretende elaborar uma simples quantificação, mas sim um dimensionamento destes espaços apresentados pelas mães. No *eixo y* apresenta-se na parte superior a instituição e na parte inferior o social, pelo fato de que os problemas relacionados a saúde são ainda solucionados numa perspectiva institucional, resultando em pouca participação e intervenção da própria sociedade,

como se existisse uma elite dominante da saúde, que tivesse poder sobre o processo de cura e de alternativas para prevenir doença e promover saúde.

No *eixo x* apresenta-se o âmbito de percepção da mãe coletivo ou individual. Verifica-se que o olhar da mãe sobre saúde ainda é muito individualista principalmente no que se refere ao aspecto de saúde como ausência de doença. Na dimensão de vida saudável apesar de conceituar ainda numa perspectiva individualista não se refere a garantia desta por uma via institucional e sim social principalmente relacionada à família.

Os quadrantes retratam o dimensionamento destes espaços. A representação social das mães referente ao conceito de saúde encontra-se ainda marcada por uma visão de saúde parcial e fragmentada (quadrante I - positivo) de forma individualista e biomédica que encontra soluções para seus males em instituições hospitalares, postos de saúde, no sistema de saúde de forma geral.

Os hábitos saudáveis apesar de se encontrarem no II quadrante oscilam entre uma perspectiva coletiva e individual, por isso a seta apontada para o lado individual, mas cercada por soluções institucionais, aqui representada pelo Estado que deveria garantir condições de trabalho, renda, educação, alimentação e outros que determinam e condicionam o estado de saúde, conforme se expressa na Constituição Federal brasileira de 1988 (Brasil, 2000). No entanto, sem um envolvimento da própria sociedade para que isso ocorra.

A concepção *global e holística* retrata uma noção mais coletiva e social, a saúde é vista como produção social (Mendes, 1996). Existem inúmeros fatores não-biológicos que alteram o equilíbrio saúde-doença como aspectos psicológicos, emocionais, relacionais, espirituais e sociais. Este processo saúde-doença é transformado por questões econômicas, políticas e sociais que devem buscar soluções no envolvimento da sociedade para alternativas de transformações e mudanças dos problemas vigentes como a renda, baixa escolaridade, a desvalorização do trabalho rural, doméstico e feminino. No entanto, verifica-se que está dimensionado no quadrante negativo significando que a representação das mães neste aspecto ainda é pouco expressiva.

VI.1.6. CONCLUSÃO

As representações sociais da saúde apresentadas pelas mães configuram aspectos individuais e coletivos que caracterizam tais mães em uma atitude cuidadora. Nesta perspectiva, o cuidado revelado pela mãe sempre “em relação à” é apresentado como busca de prevenção de doenças e promoção da saúde de suas crianças, de seu cônjuge, de sua família e de si mesma.

O referencial de felicidade/*eudaimonia* apresentado pelas mães como saúde, apresenta uma característica de projeto, de busca de realização, com a presença ou não de alguma enfermidade, mas que aponta caminhos de auto-controle para a conquista deste fim único, em uma perspectiva claramente teleológica.

O trabalho garante a sobrevivência e, nesta conquista, a mãe se dispõe sempre; por conta disso, suas representações se baseiam em determinantes da saúde como alimentação que garante força para se manter nos trabalhos do dia-a-dia.

Já as experiências da doença, dor e aflição e as influências de um sistema de saúde biomédico, determinam uma concepção de saúde como ausência de doença de forma expressiva. Isto influencia a perpetuação de programas, políticas e práticas baseadas em uma visão fragmentada e superficial da saúde, calcadas pelo conformismo e falta de participação e atuação da população nos processos de mudança e reforma.

Contudo, pode-se perceber que, ainda assim, podem ser identificadas perspectivas e inferências que possuem uma visão mais holística inserindo dimensões sociais, espirituais, emocionais que muito interferem no processo saúde-doença. São representações mais coletivas que precisam ganhar força para conferir mudanças e transformações tão necessárias ao sistema de saúde.

O entendimento das representações sociais, peculiares às mães teixeirenses poderá levar a um planejamento das ações de saúde menos alienantes e mais libertárias. É interessante que haja uma superação do sistema biomédico baseado nos conhecimentos bio- fisiológicos, os quais são ainda dominantes nas práticas de saúde. Não se trata aqui de fazer uma crítica leviana ao sistema de saúde (SUS), nem aos grandes esforços socialmente reconhecidos da medicina na melhoria das condições de saúde, no entanto, é preciso perceber que o conhecimento humano é historicamente

limitado e contextualizado, da mesma forma que a visão saúde-doença das mães se apóia nas suas reais condições de existência.

Sem dúvida, a superação de uma visão puramente biomédica é possível visto que a mãe possui uma natureza cuidadora, o que facilita, portanto, a compreensão de outros fatores que afetam o processo saúde-doença. Mesmo com uma baixa escolaridade, o perfil das mães do município em estudo, o processo de adoecimento e de uma vida saudável faz parte das experiências, vivências e do cotidiano das entrevistadas, o que nos leva a crer no potencial de compreensão e inserção das mães nas práticas educativas. É justamente isto que os profissionais de saúde precisam entender, ou seja, as usuárias dos serviços de saúde possuem um saber — como já amplamente discutido na obra de Paulo Freire (Freire, 2003) — e por isso precisam ser escutadas nas suas demandas de saúde, para que se sintam parte do processo de cuidado. Para isto, é necessário a sensibilização destes profissionais de saúde.

Isto não quer dizer que não devemos lutar pela educação e alfabetização; ao contrário, sem a educação não parece ser possível superar os obstáculos que se impõem ao *empoderamento/libertação* da população. É preciso que neste processo de *formação* consideremos o saber das mães com seus tabus, seus limites, suas sabedorias nascidas de sua cultura, de seu trabalho, de seu senso comum, e, a partir daí, inserir estas importantes atrizes sociais no processo de participação das atividades e programas desenvolvidos pelo sistema local de saúde.

Fomentar a saúde é fundamental, desde que tal práxis possa se estruturar em torno de uma base ética e política, conjurando valores fundados na hospitalidade e acolhida incondicionais do outrem, como formulado por Leonardo Boff e Jacques Derrida (Boff, 2001; Derrida, 2003). Tal acolhida — expressão final da *compaixão* — se instaura no profundo respeito à biografia e à cultura do outro — reconhecendo-se que este alberga a vida nos olhos e o coração nas mãos —, o que permite consubstanciar as bases para o estabelecimento de uma aliança duradoura com este, premissa fundamental para podermos construir, juntos, um sistema de saúde justo, equitativo e resolutivo, aspecto necessário à realização — aristotélica e espinozista — de uma existência mais feliz.

VI.1.7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, Mauro H.N.G.; Pordeus, Isabela A.; Modena, Celina M.. 'Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002'. *Ciências & Saúde Coletiva*, 10:1, pp.245-256. 2005.

Aleksandrowicz, Ana Maria Coutinho. Complexidade e Metologia: um refinado retorno às fronteiras do conhecimento. In: Minayo, Maria Cecília de Souza; Deslandes, Suely Ferreira (organizadores). *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro, Fiocruz. 2003.

Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1985.

Atlan H. *Entre o cristal e a fumaça: ensaio sobre a organização do ser vivo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1992.

Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde coletiva*, 10 (3), pp.549-560. 2005.

Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita. 'O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde'. *Saúde e Sociedade*. 13(3), pp. 16-29. 2004.

Barnes J. Aristóteles. São Paulo: Loyola, 2001.

Boff L. *Princípio de compaixão e cuidado*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

Boff, L. O outro é tudo. JB on line, Colunas. Disponível em: <http://jbonline.terra.com.br/jb/papel/colunas/boff/2004/11/25/jorcolbof20041125001.html>. Consultado em 14/07/2006.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2000.

Carvalho, Sérgio Resende, *Saúde coletiva e promoção da saúde – sujeito e mudança*. São Paulo, Hucutec, 2005. 183 p.

Castiel LD. Hestórias clínicas: categorias para o corpo que adocece. In: Vaitsman J, Girardi S. *A ciência e seus impasses: debates e tendências em filosofia, ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 149-179.

Conde, Fernando; Concha, Gabriel. 'La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas, 1993-2000'. *Revista Española de Salud Pública*. 76, pp. 493-507. 2000.

Conde, Fernando; Marinas, José Miguel. *Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los Mayores Madrileños*. Documento Técnico de Salud Pública nº 50. Comunidad de Madrid. 1997.

Derrida J. *Voyous*. Galilée: Paris; 2003.

España. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. *Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad de Madrid*. Documento Técnico de Salud Pública nº32. Madrid. 1994.

Cotta, Rosângela Minardi Mitre, Mendes Fábio Faria, Muniz José Norberto. *Descentralização das políticas públicas de saúde – do imaginário ao real*. Viçosa: UFV – Cebes. 1998.

Esteves de Vasconcelos MJ. *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus, 2003.

Freire P. *Pedagogia da Autonomia. Saberes Necessários à Prática Educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

Frias IM. *Platão Leitor de Hipócrates*. Londrina, Ed. Universidade Estadual de Londrina. 2001.

Hegel GWF. *A fenomenologia do espírito*. Petrópolis: Vozes, 1992.

Hipocrates. *Nature of Man*. With an english translation by W. H. S. Jones. Cambridge, Harvard University Press. 1992b.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2000

Le Goff, Jacques. *Uma história dramática*. In: *As doenças têm história* (Le goff, J., org.) Lisboa, Terramar. 1991.

Loyola, Maria Andréa. *Médicos e curandeiros. Conflito social e saúde*. São Paulo, Difel. 1984.

Maturana H, Varela FJ. *El árbol del conocimiento*. Santiago: Behncke, 1984.

Mendes, Eugênio Villaça. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec. 1996.

Minayo, Maria Cecília. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Vozes, Rio de Janeiro. 2000.

Minayo, Maria Cecília de Souza. 'Saúde doença: uma concepção popular da Etiologia'. *Cadernos de Saúde Pública*. 4:4, pp.363-381. 1988.

Nakano, Ana Márcia Spanó. *As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser "o corpo para o filho" e de ser "o corpo para si"*. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(Sup.2), pp.S355-S363. 2003.

Pohlenz M. *L'Uomo greco*. Firenze: La Nuova Itália, 1962.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/Índice de Desenvolvimento Humano Municipal*. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>

Reale G. História da filosofia antiga. Volume I. Loyola, São Paulo, 1999.

Reis, Alberto Olavo Advincula; Marazina, Isabel Victoria, Gallo, Paulo Rogério. A humanização na saúde como instancia libertadora. *Saúde e Sociedade*, 13(3), pp.36-43. 2004.

Santos SS. A integração do ciclo básico com o profissional no Curso de Graduação em Medicina: uma resistência exemplar. Teresópolis: Papel & Virtual / Coleção FESO, 2005.

Scruton R. Espinosa. São Paulo: Loyola, 2001.

Sevalho, Gil. 'Uma abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença'. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), pp.349-363. 1993.

Siqueira-Batista R. Nutrição e saúde: novas perspectivas. *Jornal Brasileiro de Medicina*, v. 69, p. 136-144, 1995

Siqueira-Batista R. O espírito helênico: o poeta, o filósofo e o médico na Grécia antiga. *Revista Brasileira de Filosofia*, 52:212, pp. 465-484, 2003.

Spinoza B. Ética – demonstrada à maneira dos geômetras. Martin Claret, São Paulo, 2003.

Víctora, Ceres Gomes. Corpo, Saúde e Doença na Antropologia. In: Víctora, Ceres Gomes, Knauth, Daniela Riva, Agra Hassen, Maria de Nazareth. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre, Tomo Editorial, 2000.

Waldow, Vera Regina. O cuidado na saúde – as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ, Vozes, 2004. 237 p.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assesmente (WHOQL): position paper froma the World Health Organiztion. *Social Science an Medicine*, 41 (10), pp.403-49. 1995.

Yépez, Marta Traverso, Morais, Normanda, Araújo. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), pp. 80-88. 2004.

VI.2. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família

VI.2.1. RESUMO

Estudo avaliativo que procura analisar a atenção à saúde da criança pelo Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Teixeira, MG. Utilizou-se um sistema de escores específicos para análise das dimensões de estrutura, processo e resultado e seus respectivos atributos, classificando o município nos cenários incipiente, intermediário e avançado. As dimensões de estrutura, processo e resultado configuraram, na síntese, um cenário intermediário (49,6%) para o PSF, caracterizado por uma atenção à saúde da criança fragmentada, mas com alguns avanços na organização da atenção para este grupo. Foram consideradas incipientes as instalações físicas, a qualidade do cuidado nas ações direcionadas ao controle da diarreia e das infecções respiratórias, à participação comunitária e à intersectorialidade. Os avanços estiveram relacionados ao acolhimento realizado pelo programa e a resolubilidade, no entanto, as poucas atividades preventivas e de promoção da saúde do PSF demonstram que o programa ainda se mantém sob as bases do modelo hegemônico centrado no procedimento e na atenção biomédica.

Palavras chaves: Avaliação em Saúde; Programa de Saúde da Família; Saúde da Criança; Atenção Primária.

VI.2.2.ABSTRACT

Evaluating the attention to child's health in the Family's Health context

This evaluative study was carried out to analyze the attention to the child's health by the Family Health Program (PSF) in Teixeiras county - MG. A specific score system was used to analyze the structure, process and results dimensions as well as their respective attributes, as classifying the program into incipient, intermediate and advanced sceneries. The dimensions of structure, process and result synthetically configured an intermediate scenery (49.6%) for PSF, that was characterized by the attention to the fragmented child's health, but with some progresses in the organization of the attention to this group. The following factors were considered as incipient ones: physical facilities, the quality of the care with the actions directed toward the control of diarrhea and breathing infections as well as to community participation and the intersectoriality. The advances were related to the reception accomplished by the program and the resolvability. However, the few preventive activities and those for promotion of the health by PSF demonstrate the program is still under the bases of the hegemonic model centered in both the procedure and biomedical attention.

Keywords: Health evaluation; Family Health Program; child's health; primary attention.

VI.2.3.INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde das populações. Após a Declaração de Alma-Ata que definiu a Atenção Primária em saúde como a “chave para obtenção de um nível de saúde que possa permitir as comunidades se desenvolverem e levarem uma vida socialmente e economicamente produtiva...” (OMS, 1979), o Brasil implantou, a partir de 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (Frias et al, 2005). Em 1994, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) juntamente com o The United Nations Children's Fund (UNICEF), verificando a alta taxa de morbidade e mortalidade nas crianças apresenta a Atenção Integrada às doenças prevalentes da Infância (AIDPI) (Felisberto et al, 2002).

No Brasil, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 se insere como mais um recurso para o alcance das metas estabelecidas no “Pacto pela Infância” e dentro deste propósito, o Ministério da Saúde adotou em 1995, como política de atenção à saúde da criança menor de cinco anos, a AIDPI. A estratégia AIDPI incorporou as ações do PAISC, introduzindo o conceito de integralidade. Propõe um novo modelo de abordagem à saúde da criança no primeiro nível de atenção, sistematizando o atendimento clínico e integrando ações curativas com medidas preventivas e de promoção da saúde (Vidal et al, 2003).

No entanto, em muitos municípios do Brasil a AIDPI ainda não foi implantada apesar da presença do PSF. A cobertura da capacitação em AIDPI está crescendo muito mais lentamente do que a cobertura do PSF; desse modo, muitos municípios com PSF não têm profissionais capacitados em AIDPI. O maior problema é que, como a rotatividade dos profissionais do PSF é grande, o levantamento da situação dos PSFs está continuamente sujeito a modificações (OMS, 2006).

Para se compreender de que forma e em que medida as ações e os princípios do PSF são direcionados à atenção à saúde da criança nos municípios que não foram implantadas a AIDPI, há de se desenvolver processos avaliativos pertinentes e oportunos. Cabe refletir, sobre o potencial transformador do PSF enquanto reorganizador da atenção primária e como reformulador do modelo assistencial

hegemônico e biomédico, tomando como medida a atenção à saúde da criança nestes municípios que não possuem a implantação da AIDPI.

Paim (1999) afirma que a estratégia do PSF pode assegurar a qualidade, a integralidade e a efetividade do primeiro nível de atenção, ou pode visar um atendimento simplificado, tecnologicamente para a população de baixa renda. Daí, a necessidade de sua avaliação, na busca de respostas efetivas sobre seu funcionamento e sobre suas propostas de mudanças. É a partir desta proposição que se procurou situar o método utilizado neste estudo. A investigação proposta tenta, assim, se fundamentar no princípio de avaliação proposto por Donabedian (1990) dividida em três tipos de dimensões: estrutura, processo e resultado.

O estudo tem por objetivo a avaliação da atenção à saúde da criança pelo PSF tomando como referência distintos cenários que o classifica como: cenário incipiente-oferta de uma atenção simplificada a saúde da criança; cenário intermediário- oferta de uma atenção fragmentada à saúde da criança, mas com alguns avanços e cenário avançado onde o PSF configurar-se-ia como uma estratégia de reorganização da atenção à saúde da criança e com propostas efetivas de mudança do modelo de atenção hegemônico.

VI.2.4.SUJEITOS E MÉTODOS

Sujeitos

A população de estudo foi composta por 161 mães de criança menores de dois anos, representando 94,7% das mães de crianças menores de dois anos do município, e por 35 (98%) profissionais de saúde, das quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Teixeiras-MG, constituída por quatro médicos, quatro enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem e 24 Agentes Comunitários de Saúde, um agente estava de licença maternidade e não aceitou participar do estudo. O município de Teixeiras se situa na zona mata mineira, microrregião de saúde de Viçosa, estando distante de Belo Horizonte, capital do estado, 204 km.

Métodos

A construção do modelo para avaliação da atenção à saúde da criança pelo PSF, foi inspirada nas proposições de Donabedian (1990) que relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado, conforme apresentado na Figura 1. A estrutura refere-se aos recursos utilizados pelo serviço na atenção à saúde da criança e analisaram-se os seguintes atributos: instalação física, recursos materiais e normas. O processo que corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e usuários possui como atributos a qualidade do cuidado (ações relacionadas ao controle da diarreia, das infecções respiratórias, da promoção ao aleitamento materno, do crescimento e desenvolvimento da criança e imunização), a intersetorialidade, a referência e contra-referência e participação da comunidade. Já a dimensão de resultados relacionada à satisfação do usuário foi baseada nos atributos de acolhimento (sala de espera e acolhimento), acessibilidade (marcação de consultas e tempo de espera) e resolubilidade (com a chegada do PSF a saúde do município melhorou?).

A fim de obter a classificação do PSF, da dimensão e de seus respectivos atributos atribuiu-se uma pontuação para cada critério, levando em consideração as relações hierárquicas entre os fatores que potencialmente contribuíram para a determinação destes (Lopes et al, 2005; Felisberto, 2002, Frias, 2005). Atribuíram-se pesos diferenciados para cada atributo de acordo com a sua relevância para determinada ação e dimensão. Posteriormente, o critério (atributo, dimensão) foi classificado como incipiente, intermediário ou avançado, se obtivesse entre 0,0 e 33,3%; 33,4 e 66,6%; 66,7 e 100,0%, respectivamente. Os pontos de cada indicador foram somados e depois relacionados com o máximo de pontos para a formação do escore. Os dados foram tabulados no Excel 6.0 e SPSS 10.0 que permitiu a formação dos escores e elaboração do diagrama e das frequências.

Por fim, para verificar e analisar a atuação do PSF nas dimensões de estrutura, processo e resultado, contextualizaram-se distintos cenários que foram adaptados dos estudos de Copque & Trad (2005). Em um cenário de implementação incipiente, a proposta aproxima-se da concepção de um programa de saúde que oferta uma atenção simplificada a saúde da criança; em um cenário intermediário, o programa de saúde oferta uma atenção fragmentada a saúde da criança, mas com alguns avanços; e finalmente em um cenário avançado, o PSF configurar-se ia com uma estratégia de

reorganização de um dos níveis de complexidade do sistema, a atenção básica e de mudança do modelo de atenção hegemônico.

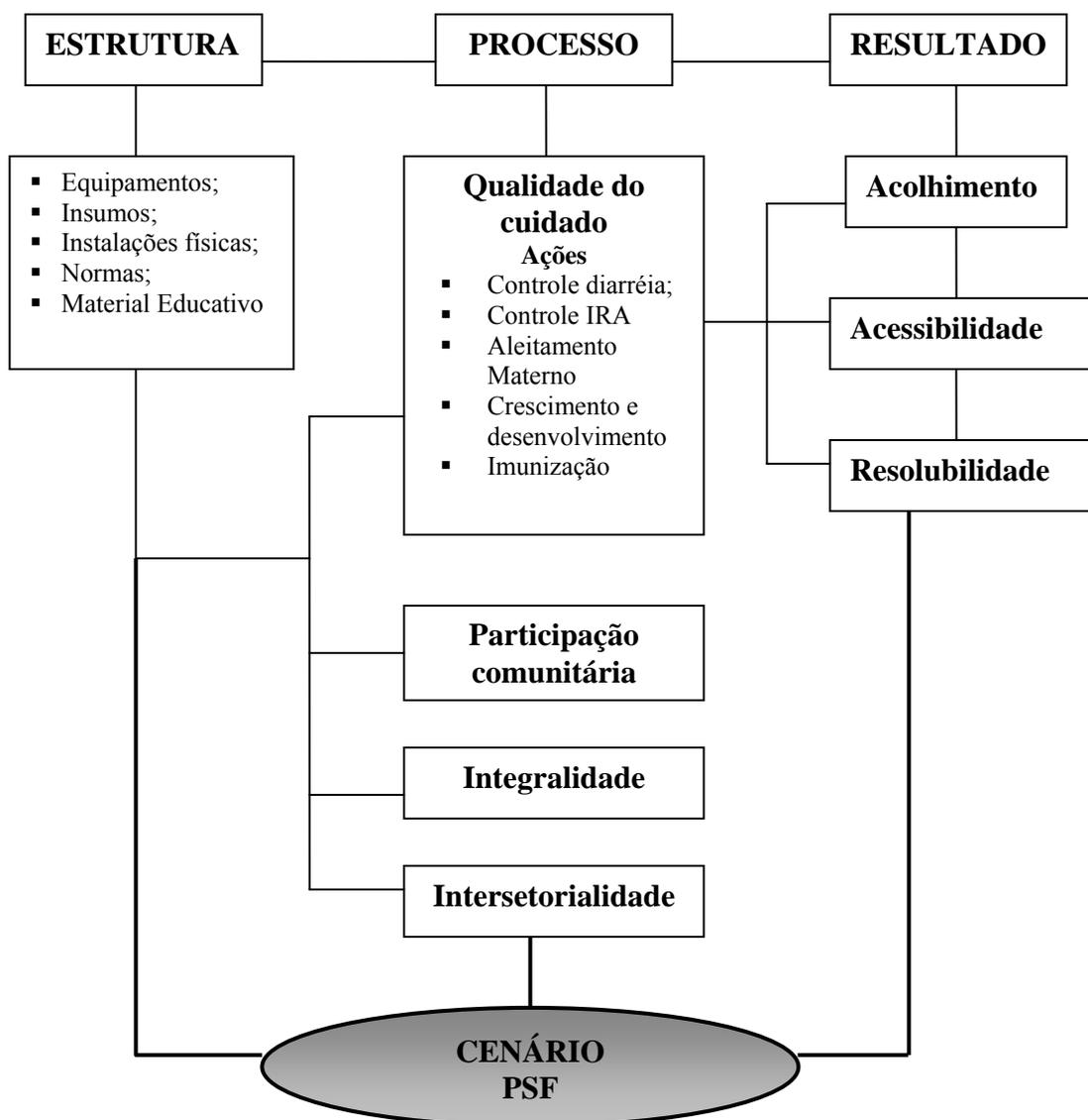


Figura 1. Desenho metodológico do estudo: atributos analisados em cada dimensão.

Coletas de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista, realizadas nos domicílios dos usuários e no caso dos profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde, para o qual utilizou-se questionário semi-estruturado elaborado pela equipe coordenadora da pesquisa. Antes do início das entrevistas, respeitando os aspectos éticos, conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Viçosa e aprovado em 24 de novembro de 2005. As mães e os profissionais de saúde assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido com todas as informações sobre o estudo, sobretudo para preservação de suas identidades.

Realizou-se um pré-teste dos questionários através de um estudo piloto em outro município distinto do estudado, mas com características semelhantes. Os objetivos do estudo piloto foram: evitar os possíveis vieses contidos nas questões, corrigir possíveis falhas na formulação das questões, acrescentar novas questões aos instrumentos propostos e possibilitar a familiarização e treinamento do entrevistador com os questionários (Richardson, 1999)

VI.2.5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização da população em estudo

As características socioeconômicas das mães estão apresentadas na tabela 1. Das 161 mães entrevistadas, 31,7% tinham idade na faixa etária de 26-30 anos, sendo a média de idade de 27 anos ($\pm 6,1$); 12,4% eram adolescentes e 9,9% possuíam mais de 35 anos. Eram donas de casa em sua maioria (76,5%), as outras ocupações se voltavam para trabalhos manuais como bordadeiras, manicuras e outros como domésticas, comerciantes e trabalhadoras rurais, servindo de apoio para o parceiro nas épocas de colheita, sendo que as poucas que possuíam o ensino superior eram em sua maioria professoras. A situação conjugal foi identificada com 65,2% de mulheres casadas, 21,7% apresentaram-se em comunhão livre e 10,6% como solteiras.

Com relação à renda familiar, um fator determinante nas condições de vida, a mediana foi de R\$ 300,00 (um salário mínimo na época do estudo). A maioria, 48,4%, ganhava na faixa de meio a um salário mínimo, sendo que 13% ganhavam até meio

salário mínimo. Vale destacar que os trabalhadores rurais recebiam de R\$ 10,00 a R\$12,00 por dia de trabalho, não trabalhavam todos os dias do mês, somente nos períodos de plantação e colheita. Quanto à escolaridade, 61,5% das mães possuíam o ensino fundamental incompleto (1ª a 8ª série), sendo que destas 46% possuíam apenas de 1ª a 4ª série. Chegaram a concluir o ensino médio, 16,1% e somente 3,1% tinham o ensino superior.

Tabela 1 - Perfil socioeconômico das mães das crianças atendidas pelo Programa de Saúde da Família do município de Teixeira MG, Brasil (2005-2006).

Características das mães entrevistadas		
Faixa etária (anos)	N	%
16-19	20	12.4
20-25	50	31.1
26-30	51	31.7
31-35	24	14.9
>35	16	9.9
Total	161	100
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	12	7.5
Ensino fundamental incompleto	99	61.5
Ensino médio completo	26	16.1
Ensino médio incompleto	19	11.8
Ensino superior	5	3.1
Total	161	100
Trabalha fora de casa		
Sim, tempo parcial	20	12.3
Sim, tempo integral	10	6.2
Não, dona de casa	124	76.5
Não, trabalhos manuais dentro de casa	8	4.9
Total	162	100
Renda (familiar)		
<1/2 SM*	21	13
1/2 - 1 SM	78	48.4
1-2 SM	46	28.6
2-5 SM	14	8.7
>5 SM	2	1.2
Total	161	100
Estado civil		
Solteira	17	10.6
Casada	105	65.2
Viúva	1	0.6
Comunhão livre	35	21.7
Separada	3	1.9
Total	161	100

*SM= Salários mínimos, valor na época do estudo

Fonte: Dados da Pesquisa.

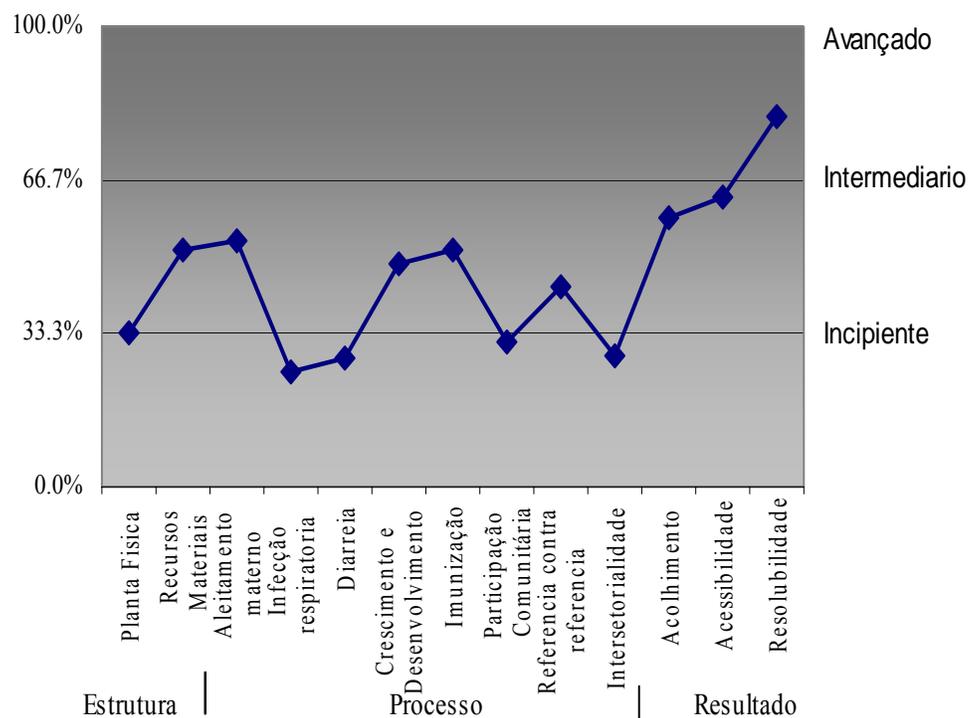
Com relação às crianças (171), 51,5% eram do sexo feminino sendo, portanto, 48,5% do sexo masculino. Apresentaram-se com uma média de idade de 11 meses ($\pm 7,1$), sendo que a faixa etária predominante foi a maior de 12 meses de idade com

42,7% , logo a seguir vieram as crianças com a faixa ≤ 6 meses representando 34,5% das crianças.

Os profissionais de saúde eram em sua maioria do sexo feminino 74,3% e 82,9% residiam no município em estudo. Dos profissionais, 80% foram admitidos por indicação, sendo que somente 20% passaram por um processo seletivo como teste ou análise de currículo. Ressalta-se a grande influência política para ocupação de cargos públicos no PSF e com isso a maior possibilidade de contratação de profissionais que não possuem perfil para atuação no PSF.

Avaliação das dimensões

A Figura 2 representa a classificação das dimensões de estrutura, processo e resultado e seus respectivos atributos.



Fonte: Resultados da Pesquisa.

Figura 2- Classificação das dimensões de estrutura, processo e resultado e seus respectivos atributos, na atenção à saúde da criança pelo PSF - Município de Teixeira, MG (2005-2006).

Avaliação da dimensão - Estrutura

A análise da estrutura foi subdividida em instalações físicas, recursos materiais e normas existentes para as diferentes ações de atenção a saúde da criança. As instalações físicas apresentaram grande deficiência de espaços. Três UBS funcionam em um mesmo local, sendo que somente uma (unidade 4) possui local próprio de funcionamento. As unidades não possuem salas suficientes, os profissionais se alternam na realização dos atendimentos. Não há local apropriado para atividades de educação em saúde. As instalações são precárias, velhas, e com muitas dificuldades de higienização. Não têm banheiros separados para os profissionais de saúde, nem pia para higiene das mãos nas salas de atendimento. Desta forma, a análise das instalações físicas foi considerada incipiente (25,0%) nas unidades 1,2 e 3 e intermediária (41,7%) na unidade 4, revelando na media uma análise incipiente (33,3%), conforme nos apresenta a Figura 2.

Com relação aos recursos materiais, apesar da escassez, existe um aporte médio dos critérios definidos pela OPAS na atenção a saúde da criança, como a presença de balança pediátrica, termômetro e abaixadores de língua descartáveis, revelando uma situação intermediária (51,7%). No entanto, há falta de medicamentos, de insumos para terapia de reidratação oral, escassez de protocolos e normas para os diferentes procedimentos relacionados às doenças prevalentes como diarreia e IRA e, principalmente, no que se refere a materiais educativos para controle das doenças prevalentes, para promoção do aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento e imunização.

Copque et al (2005) apontam que a falta de material e medicamentos são problemas comuns nos serviços públicos de saúde e criam obstáculos ao desenvolvimento das atividades. A insuficiência ou má distribuição dos recursos financeiros é apontada como uma dificuldade central. Estudo realizado por Samico et al

(2003), no que se refere às estruturas na atenção à saúde da criança, apresentou níveis de escores adequados e/ou satisfatórios. Dados semelhantes estão presente nos estudos de Felisberto et al (2002) e Rowe et al (2001) que demonstraram em suas avaliações da estrutura, níveis adequados de implantação.

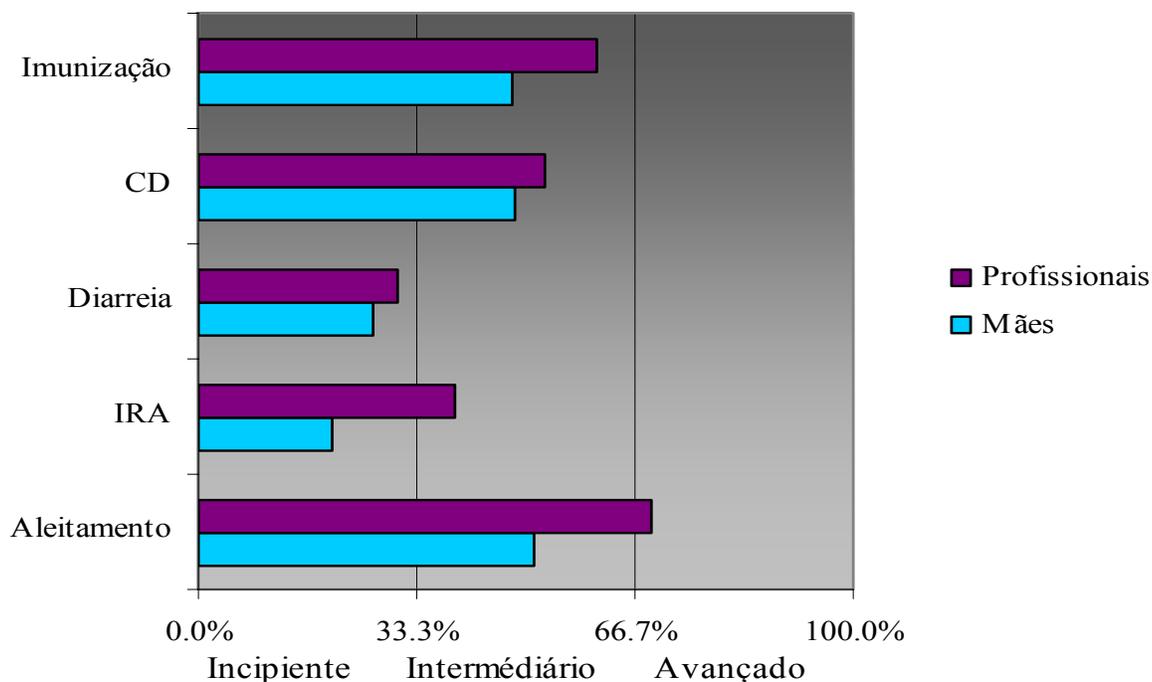
O desenho da avaliação total da estrutura do PSF na atenção à saúde da criança no município estudado, configurou-se como intermediário (50,7%). Ao considerar-se o espaço físico isoladamente este demonstrou-se incipiente conforme a Figura 2.

Avaliação da dimensão - Processo

A dimensão processo foi classificada como intermediária (44,8%) na análise dos atributos (Figura 2). A participação comunitária, a intersectorialidade e a referência e contra-referência são atributos importantes que respaldam a avaliação da qualidade do cuidado.

Qualidade do cuidado

A qualidade do cuidado, que foi avaliada a partir da perspectiva da mãe e dos profissionais de saúde, corresponde a uma análise das praticas de saúde direcionadas a atenção à saúde da criança pelo PSF, sendo, portanto, práticas curativas, preventivas e de promoção da saúde. Busca-se verificar o conhecimento e atuação dos profissionais, bem como, a análise e perspectivas das mães frente as ações de controle da diarreia e infecções respiratórias, promoção do aleitamento, crescimento e desenvolvimento e imunização. As ações estão representadas na Figura 3, a qual apresenta a classificação de acordo com as perspectivas das mães e profissionais.



Fonte: Resultados da Pesquisa

Figura 3. Classificação da qualidade do cuidado na atenção a saúde da criança pelo PSF na perspectiva das mães e dos profissionais de saúde - Município de Teixeira- MG (2005-2006).

A promoção do aleitamento materno assume uma classificação intermediária na perspectiva das mães (51,1%) e avançada (69,1%) na perspectiva dos profissionais, conformando uma análise total intermediária (53,3%). De acordo com o relato dos profissionais, eles orientam as mães estimulando o aleitamento materno, principalmente nos seis primeiros meses de vida da criança. No entanto, alguns ACS relataram dificuldades na orientação, destacando-se a falta de capacitação, não alcançando uma porcentagem maior de adequação.

Já na concepção das mães, o aleitamento materno foi avaliado quanto ao tempo de aleitamento materno e aleitamento exclusivo até os seis meses. O tempo de aleitamento materno total para a maioria (52,1%) das crianças chega a ser mais de quatro meses, sendo que destas 35,1% passam dos seis meses. No Brasil, o aumento dos índices da amamentação ocorre a partir da década de 70, em decorrência de uma maior divulgação de seus benefícios (Silveira, 2004). Além disso, observa-se que, de modo geral, em países subdesenvolvidos, principalmente nas regiões mais pobres, as mães de

nível socioeconômico mais baixo e as que residem nas áreas rurais amamentam mais (Pérez-escamila, 1993). Em relação ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade conforme preconizado pelo WHO (1990), encontrou-se uma mediana de dois meses, sendo que apenas 25,6% das crianças foram amamentadas exclusivamente até os seis meses de idade.

O controle da diarreia, assim como da IRA, foram as ações de atenção a saúde da criança classificadas como incipientes no PSF com escores de 27,9% e 25,2% respectivamente. Observa-se que no controle da diarreia, tanto os profissionais quanto as mães configuram uma classificação incipiente, com 30,6% para os profissionais e 26,8% para as mães. Neste aspecto, foram avaliados conhecimentos específicos dos ACS como preparação do soro caseiro, diferença entre os sais de reidratação, aspectos relacionados à alimentação. Os ACS não souberam responder tais questionamentos e disseram que não foram capacitados para tal. As mães das crianças que tiveram diarreia também relataram distorções na oferta da alimentação e na oferta de líquidos. Os profissionais relataram que na UBS não se realiza a Terapia de Reidratação Oral (TRO).

As infecções respiratórias foram recorrentes em várias crianças. Há falta de medicamentos específicos para as infecções como: antibióticos, antialérgicos, antigripais e inalações; falta de atividades educativas para prevenção das infecções como questões simples de higienização e limpeza que ajudariam bastante no controle. Os ACS e médicos relataram a pouca ou quase inexistência de capacitação para atividades de informação e prevenção, sendo a atuação dos médicos direcionada somente às atividades clínicas.

A análise do crescimento e desenvolvimento apresentou-se com uma classificação intermediária (48,6%). A maioria das crianças, 77,2%, possui o cartão da criança, no entanto, todos os cartões, 171, estavam incompletos. Os cartões não possuem a curva de crescimento e desenvolvimento da criança no gráfico, não possuem informações sobre o peso e altura e muitas mães não compreendem o significado da curva, o cartão funciona como um cartão de vacina e não como um cartão de acompanhamento da saúde da criança. As mães relatam que os ACS não acompanham o cartão, o que é confirmado pelo número de cartões incompletos e pelos cartões perdidos que correspondem a 6,5%.

Com relação à imunização, as vacinas encontram-se em dia em 86,9% das crianças, sendo que 11,3% não estavam em dia e 1,4% das crianças não tinham o cartão. Das crianças com cartões em atraso na vacina, as mães disseram que estavam gripadas, portanto não podiam ser vacinadas, e as que não tinham o cartão eram crianças recém nascidas. As mães relatam a não observação do cartão pelos ACS e profissionais de saúde, especialmente o médico. Vale ressaltar que este acompanhamento é essencial, visto que em alguns casos encontraram-se crianças com atrasos nas vacinas. Os ACS relataram ser o posto de saúde do município responsável pela vacinação, mas que ainda assim informam, principalmente em época de campanhas. Nesta ação, há uma maior presença de panfletos para divulgação e informação das campanhas; sendo esse atributo classificado como intermediário (51,3%).

Ao analisar as ações de atenção à criança pelo PSF caracterizada como qualidade do cuidado, que obteve uma classificação intermediária (45,8%), verifica-se uma fragmentação especialmente nas práticas educativas. Observa-se, um despreparo dos profissionais acerca das medidas preventivas, de controle e de promoção da saúde e ainda a pouca participação dos profissionais de nível superior, que permanecem praticando apenas a orientação individual em consultório, ainda que no contexto do PSF.

Samico et al (2002) e Schimith (2004) encontraram resultados semelhantes evidenciando uma atuação mais curativa e um atendimento centrado no médico afirmando que não basta aumentar o número de equipes de Saúde da Família sem abrir espaços para novas formas de organização no processo de trabalho, entre elas destaca-se à atenção centrada no usuário, no trabalho multiprofissional e nas ações de educação, prevenção de enfermidades e promoção da saúde.

Ao se avaliar a concepção da população acerca do papel do ACS, estes atuam como “marcadores de consulta”. Marcam consultam, levam remédios, exames e formulário de visitas para a comunidade assinar, apenas alguns fazem orientações gerais sobre higiene, tratamento da água para consumo, etc. De acordo com Lopes et al (2004) em estudo que analisa o critério educação sanitária, observou-se que todos os ACS tinham conhecimento acerca das medidas preventivas, porém uma parte deles não orientava as mães sobre cuidados à criança com diarreia.

Uma questão crucial desta análise referente aos ACS é a falta de capacitação específica para tais ações. O treinamento, a capacitação deve munir os ACS de conhecimentos diversos em torno da questão do processo saúde-doença, incorporando além da perspectiva biomédica, outros saberes que os habilitem neste processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades (Nunes et al, 2002). Desta forma, o ACS assumirá a função de elo da comunidade com os serviços de saúde e de tradutor, localizando esta tradução no sentido que vai do universo científico ao popular.

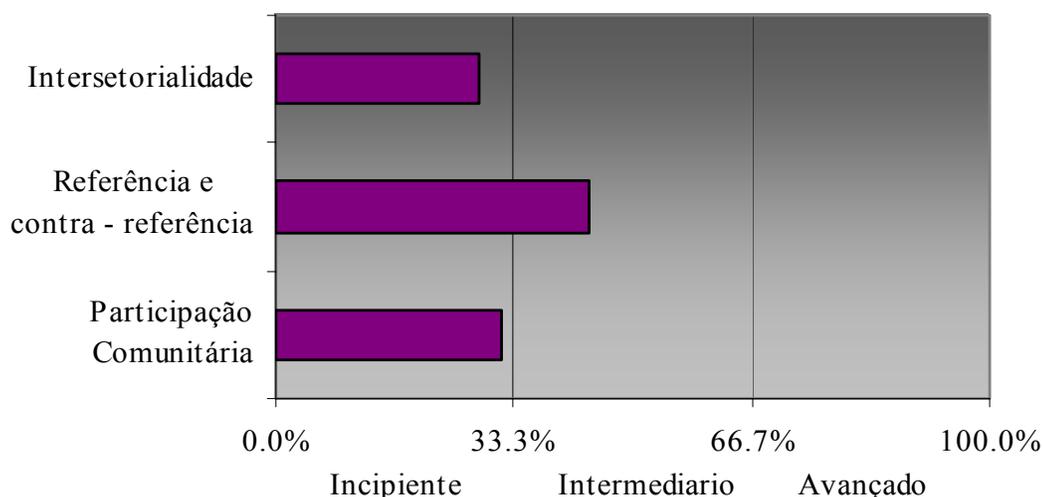
Em estudo realizado por Silva (2001) no projeto QUALIS/PSF citado por Silva (2002), no município de São Paulo, identificou-se que o ACS não dispõe de instrumentos, de tecnologia, aqui incluídos os saberes para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho. Esta insuficiência faz com que ele acabe trabalhando como um mero marcador de consultas.

A atuação dos profissionais de nível superior continua influenciada por práticas orientadas por um discurso biologistas, que reduz a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual. Percebe-se uma lógica predominante nos processos de saúde curativo, individual, da produção de procedimentos e de consultas médicas, que vem conformando modelos assistenciais. Franco & Merhy (2006) revelam que os modelos configuram-se mais como produtores de procedimentos (consultas médicas, curativos, receitas e outros) sem assumir compromissos com os usuários e suas necessidades; os procedimentos passam a ser a finalidade última do trabalho. Perde-se, portanto, a oportunidade de se centrar a ação de saúde na lógica da produção do cuidado, ou seja, a ação que se traduz no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário (Matumoto, 2005).

Desta forma, as ações de atenção à saúde da criança não deveriam ser realizadas a partir de uma dimensão meramente de procedimentos, mas sim centradas no sujeito aqui representado pela criança e pela mãe, na forma de cuidado. A mãe por ser portadora do cuidado intrínseco na sua relação materna, poderá participar com seus saberes do cotidiano, da realidade, nas ações desenvolvidas pelo PSF a este grupo materno-infantil e na própria relação com os profissionais de saúde.

Participação comunitária

Outro indicador analisado foi a participação da comunidade nas atividades desenvolvidas pelo PSF na atenção à saúde da criança, principalmente relacionadas as atividade educativas como participação em grupos, dramatizações, palestras e no próprio desenvolvimento destas. De fato, verifica-se a pouca inserção das mães nas atividades educativas, considerando este atributo como incipiente (31,6%) conforme nos demonstra a Figura 4.



Fonte: Resultados da Pesquisa.

Figura 4. Classificação dos atributos intersetorialidade, referência e contra-referência e participação comunitária, pertencentes à dimensão de processo, na perspectiva das mães e dos profissionais de saúde - Município de Teixeiras-MG(2005-2006).

Para a reorganização da atenção básica a que se propõe o PSF, destaca-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como, de renovação dos vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida. O reconhecimento de sujeitos está no centro de todas as propostas renovadoras identificadas no setor saúde, inclusive no PSF. Realmente pode-se perceber que a partir

dos objetivos do programa: humanização das práticas sanitárias; democratização do conhecimento; desenvolvimento da cidadania; estimulação da organização da comunidade, há uma valorização dos sujeitos e de sua participação nas atividades desenvolvidas pelas UBS, bem como, na resolutividade dos problemas da comunidade (Alves, 2005).

Observa-se uma grande dificuldade dos profissionais de saúde do município na execução das atividades educativas para o grupo materno, as poucas iniciativas e tentativas foram frustradas pela pouca participação das mães nas atividades desenvolvidas. No entanto, 53,4% das mães relataram a inexistência ou desconhecimento de atividades educativas no PSF, sendo que 46,6% disseram que as atividades foram realizadas com os filhos mais velhos e quando gestantes.

O que se pode perceber a despeito das práticas de educação em saúde é que estas atividades estão ainda fundamentadas no modelo tradicional em que os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde, principalmente porque a pouca existência de atividades, (como por exemplo, as palestras), não conta com a participação ativa das mães no desenvolvimento destas. Desta forma, a comunicação dos profissionais de saúde assume uma atitude paternalista, no que fazer e como fazer, para a manutenção da saúde. Paulo Freire (2004) revela “saber ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para sua própria produção ou a sua construção”.

Briceño-Léon (1996) apresenta em seu estudo orientações sobre a educação sanitária com o propósito de fomentar a participação comunitária. Apresenta dois princípios básicos na reorientação das ações de saúde. Primeiramente, estabelece que é preciso conhecer o ser humano, só conhecendo o indivíduo e sua circunstância é possível uma ação eficiente e permanente em saúde. Conhecê-lo implica compreender suas crenças, seus hábitos, condições e circunstâncias em que vivem. O outro princípio diz respeito ao envolvimento dos indivíduos nas ações, ninguém pode cuidar de outro, se este não quiser fazê-lo por si mesmo, partindo desta premissa o autor declara que apenas com a participação dos indivíduos, famílias e comunidade é possível sustentar e efetivar as ações de saúde.

Portanto, é preciso considerar aspectos ligados à realidade, ao perfil destas mães, às suas características mais peculiares de ser feminino, de ser cuidadora, e da

importância que o trabalho, sendo ele doméstico ou não, exerce para estas mulheres. Considerando-os, as práticas de saúde serão formuladas de acordo com a realidade das mães e, possivelmente, serão mais participativas, amenizando em partes, o problema da adesão.

Referência e Contra-referência

A referência e contra referência foi um dos atributos utilizados na avaliação de processo. Caracterizada por mecanismos formais de garantia de acesso à população a outros níveis de complexidade do sistema de saúde, foi considerada a existência, facilidades e dificuldades de comunicação entre os diferentes níveis de atenção. A avaliação nos aponta para uma classificação intermediária (43,8%)

Os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, declararam uma maior facilidade de referência do que contra-referência. O mecanismo de organização das referências é direcionado pela secretária de saúde do município através do Consórcio Intermunicipal de Saúde, no entanto, os profissionais relatam grandes dificuldades no retorno das informações, ou seja, na contra-referência. Não há relatório por escrito para o desenvolvimento da contra-referência, os médicos especialistas não retornam aos profissionais da atenção básica nenhum relatório, prontuário ou encaminhamento, sendo que, normalmente, a informação é proveniente do próprio usuário. Isto ocorre, por exemplo, com a pediatra do hospital que exerce um papel importante no atendimento das crianças, mas não há nem uma forma de organização que integre os dois serviços, dificultando a integralidade da assistência que é um dos princípios básicos do SUS.

É importante destacar que uma contra-referência adequada é a expressão mais prática de que se pode utilizar como fator de retro-alimentação extremamente vinculado às atividades do PSF (Pena Dolhun et al, 2001). Permite um processo contínuo, inesgotável e eficaz de integração, inserido na prática profissional ou vinculado diretamente à assistência pelos profissionais como os da área de saúde em geral e, particularmente daqueles que atuam nos cuidados primários (Machado et al, 2005).

Intersetorialidade

Para efeito deste estudo a intersectorialidade foi analisada a partir de parcerias e/ou integração de outros setores nas atividades propostas pelo PSF. Desde esta perspectiva, a avaliação deste atributo foi considerada incipiente (28,6%).

Ressalta-se que apenas as escolas do município mantêm algum tipo de parceria com o PSF e ainda assim, não atendem as crianças menores de dois anos. De toda forma, a parceria estabelecida se mantém apenas no plano burocrático, onde as escolas da zona rural “emprestam” suas salas de aula para a realização de atividades educativas, facilitando o acesso das mães residentes na zona rural.

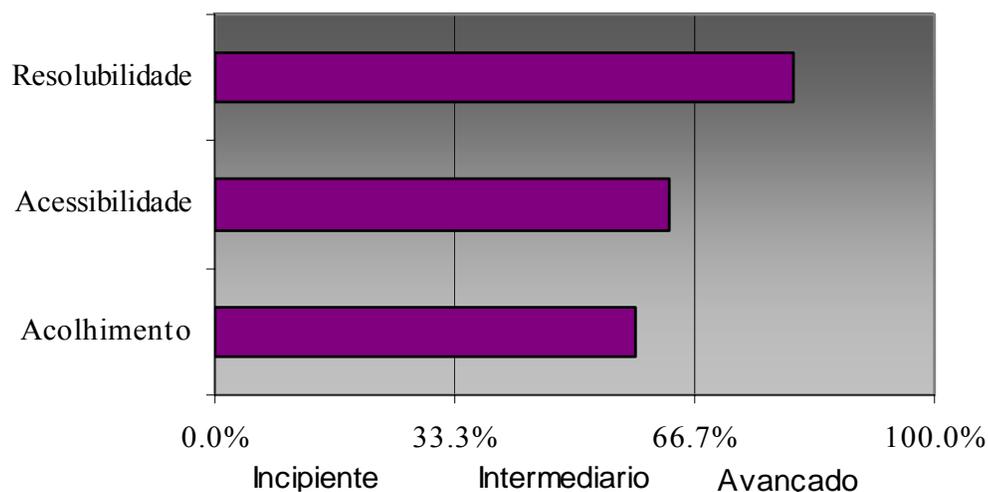
A intersectorialidade é um dos eixos estruturantes da atenção à saúde compreendendo-a como a capacidade de articular os vários setores tanto no nível mais operacional, local onde as ações são ofertadas à população, como no níveis regional e central mais voltada ao planejamento e com potencialidade de articular setores fundamentais que podem desencadear mudanças para o setor saúde. Os setores como a educação, agropecuária, ambiente e habitação deveriam ser parceiros importantes na concretização das ações pensadas do ponto de vista político (Paula et al, 2004). O modo concreto de articular estas ações, dizendo-as integrais do cuidado, define a pauta mais ética e técnica de programação e avaliação da qualidade da assistência, é justamente aí que se situa os vários sentidos da integralidade (Pinheiro e Mattos, 2006).

Entretanto, a intersectorialidade representa um desafio à assistência à saúde, revelado, na prática, por um modelo de atenção predominantemente biomédico. Segundo Mendes (2002), os sistemas fragmentados caracterizam-se por uma atenção descontínua, tendo com frequência, uma forte polarização entre um e outro ponto de atenção, em especial pela ausência de integração e ineficiência de comunicação intra e inter setorial.

Avaliação da Dimensão de Resultado

A avaliação da dimensão de resultado foi realizada a partir dos atributos acessibilidade, acolhimento e resolubilidade, desde da perspectiva das mães (Figura 5).

A classificação que se configurou ao analisar os três atributos foi intermediária (65,9%). É importante destacar que os atributos se relacionam e, portanto, devem ser analisados como um todo.



Fonte: Resultados da Pesquisa.

Figura 5. Classificação dos atributos resolubilidade, acessibilidade e acolhimento pertencentes à dimensão de resultado - Município de Teixeiras MG (2005-2006).

Acolhimento

A avaliação do acolhimento isoladamente resultou em uma classificação intermediária (58,5%). Das mães que freqüentam ou freqüentaram o PSF, 82,8% se sentem bem acolhidas pelas atendentes e se sentem bem no ambiente de recepção da UBS. No discurso estão presentes fatos relacionados à educação, atenção, sorriso, simpatia e “melhor atendimento quando comparado ao hospital”. Embora aspectos relacionados à organização do serviço como a falta de informação nos atendimentos médicos, tempo perdido com “filas” de espera na sala de recepção e mau humor, sejam apontados como questões negativas.

As atividades de recepção nas UBS são feitas pelas recepcionistas que seguem uma agenda com consultas diárias pré-agendadas pelos ACS, mas que não informam o horário, sendo as consultas realizadas obedecendo a ordem de chegada dos usuários.

Observa-se que este é um critério de recepção excludente e criticado pelo MS no programa de humanização da atenção a saúde (Brasil, 2004). Em relação à demanda espontânea, é importante ressaltar que as mães informam preferir levar as crianças ao hospital, o que se justifica pela possibilidade de poder ser atendida por uma especialista (pediatra) e pela falta de vagas para demanda espontânea nas UBSs decorrente do pré-agendamento das consultas.

Neste sentido, os achados de nosso estudo vão de encontro aos achado de outros autores como Kovacs et al (2005) e Cecílio (2004) que encontram explicação da grande demanda espontânea para os hospitais, em aspectos do plano macroestrutura – descompasso entre crescimento da rede básica, necessidade de atenção e indefinições sobre o papel das unidades básicas, percepções dos responsáveis pelas crianças sobre o PSF (menor oferta de consulta médica, consulta com clinico geral, falta de especialistas e falta de hábito da criança ser consultada pela enfermeira-puericultura), concepções sobre necessidade do pronto atendimento, valores relativos a utilização das urgências pediátricas, acessibilidade à rede básica e qualidade do atendimento prestado.

Tendo como referência que a atividade de recepção de um serviço de saúde deva ser entendida com um espaço em que ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário por meio de investigação, elaboração e negociação (Schimith et al, 2004), pode se inferir que o encaminhamento dos usuários para o serviço de pronto-atendimento (hospital) é ditado pela organização do serviço e não pela real necessidade do usuário. Portanto, o PSF não funciona como uma porta de entrada do sistema, mas sim como mais uma opção de atendimento, o que se agrava pela predominância do modelo centrado no procedimento e na atenção médica.

Acessibilidade

A acessibilidade refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários (Travassos, 2004). Foram considerados o tempo de espera, barreiras geográficas e marcação de consultas como critérios de análise do atributo acessibilidade. Em relação à acessibilidade o resultado foi de um atributo intermediário (63,0%).

A marcação das consultas é realizada pelos ACS e 62,3% das mães informaram-se satisfeitas, principalmente pela garantia de acesso ao atendimento e a facilidade para obtenção da consulta, já que antes do PSF era necessário acordar de madrugada e enfrentar fila no hospital. Relatam algumas dificuldades como demora no tempo de espera para a consulta, fila e o fato do ACS só visitar uma vez por mês cada domicílio. Quanto às barreiras geográficas das 42,7% residentes na zona rural, 8% relataram dificuldades de acesso às consultas em períodos de chuva e falta de transporte. Uma das UBS (unidade quatro) é beneficiada com um ônibus da saúde que circula nas zonas rurais desta microárea, facilitando o acesso da população rural, as mães relataram facilidades no acesso com a presença do ônibus, no entanto, as outras unidades não possuem tal benefício. O tempo de espera para o atendimento na UBS foi a maior reclamação das mães que relatam a necessidade de chegar cedo para serem atendidas com menos demora; o que pode estar justificando a procura das mães por especialista no hospital.

Nossos achados coincidem com estudo realizado por Kovacs et al (2005) ao encontrar que os responsáveis pelas crianças não queriam ou não podiam aguardar o intervalo de tempo entre a marcação e a consulta, ou esperar na fila e não conseguir o atendimento, por isso optavam por outro serviço que não oferecido pela UBS. Cecílio (2004) afirma que a rede básica de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde; sendo que a porta principal continua sendo os hospitais através de seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatorios. As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível. O centro de saúde fica reconhecido como um lugar em que se deve buscar atendimento em situações bem específicas, com atendimento em geral agendado, em horários bastante rígidos e sempre com risco de ser encaminhado para o pronto-socorro.

Segundo Kovacs et al (2005) o principal motivo para as mães não levarem as crianças nas UBS, em que estavam cadastradas, é a preferência pelos profissionais da unidade de maior densidade tecnológica, devido à confiança, satisfação com o atendimento, além da acessibilidade geográfica; e termina dizendo que quando as pessoas não recebem passivamente as ações de saúde dentro de certos limites, adotam seus próprios critérios para escolher seus serviços. Desta forma, é imprescindível que os

gestores e profissionais responsáveis pela saúde do município, façam questionamentos sobre as reais necessidades do ponto de vista do modelo assistencial e do usuário, encontrando alternativas mais viáveis e eficazes para a organização do acesso as atividades do PSF.

A temática da organização do acesso nos remete a diferentes propostas de organização do SUS, que segundo Cecílio (2004) pode ser pensada nos moldes de uma pirâmide ou de um círculo. No caso da pirâmide, os centros de saúde estariam na base da pirâmide como porta de entrada para o sistema de saúde e os usuários seriam encaminhados para outros níveis de atenção de acordo com suas necessidades. O círculo trabalha com múltiplas possibilidades de entrada, qualificando todas estas portas no sentido de serem espaços privilegiados de acolhimento.

De toda forma, o mais importante quando se fala de organização, seja ela em círculo ou em pirâmide, é que o PSF, sendo porta de entrada ou não, deve se organizar para que haja uma comunicação (referência e contra-referência) com os diversos níveis de atenção capaz de efetivar a proposta tão pertinente a sua função que é o de conhecer e cuidar da família, da comunidade e dos indivíduos concretizando a vigilância em saúde, em uma perspectiva de produção social da saúde (Mendes, 1996).

Resolubilidade

No que se refere à resolubilidade, foram analisados aspectos relacionados à percepção da mãe do lugar do PSF no contexto de organização da saúde no município, ou seja, a percepção de que com a implantação do PSF houve melhoria na atenção sanitária do município ou não. A resolubilidade apresentou-se com a maior pontuação, configurando-se como um atributo avançado (80,3%), conforme demonstra a Figura 5.

Para as mães a presença do PSF melhorou o atendimento de saúde do município, destacando-se as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, assim como do médico e enfermeiros, o cuidado com os idosos, hipertensos e diabéticos, a aferição e acompanhamento da pressão arterial e a entrega de medicamentos e exames. No entanto, percebem o PSF como mais uma opção de atendimento médico, sob os moldes do paradigma biomédico, sendo um suporte do hospital. Vale ressaltar que as mães informam que a existência do PSF ajuda a não sobrecarregar o atendimento hospitalar,

não percebendo com clareza a importância do PSF na melhoria das condições de saúde das crianças.

Neste sentido, pode-se inferir que a satisfação das mães direciona-se mais às mudanças operacionais e funcionais do que às mudanças medulares do PSF. As mudanças operacionais e funcionais se relacionam à presença do ACS que realiza suas visitas, marca consulta, leva e traz exames e medicamentos e busca ser o elo entre a comunidade e os serviços, associa-se a isto a existência da UBS que funciona como mais um local de atendimento médico. Por sua vez as mudanças medulares das práticas de saúde, ou seja, a organização e estruturação do trabalho, continuam permeáveis ao modelo biomédico, não ocorrendo de fato uma mudança no entendimento da noção do sujeito que condiciona e determina os propósitos organizativos para o setor saúde (Carvalho, 2005).

É evidente que as mudanças são influenciadas, por um lado por questões políticas que se preocupam mais com mudanças operacionais para fins eleitorais, algo presente e constante, principalmente, no interior do país e nos municípios de pequeno porte (Cotta, et al, 1998), do que mudanças que possam interferir em rearranjos medulares exigindo tempo e informação; e por outro, por questões decorrentes do próprio mercado interessado na expansão das especialidades médicas, das indústrias farmacêuticas e das tecnologias duras garantindo sua lucratividade (Merhy, 2002). De acordo com Neto (2003) “neste mercado da saúde frenético por lucros, a doença é vista como um potencial gerador de rendimentos”.

Para as mães entrevistadas o acesso ao atendimento configura como algo especialmente importante, a partir de duas perspectivas essenciais: primeiramente pela garantia do atendimento “gratuito”, sendo que a maioria (55,9%) sobrevive com uma renda menor que um salário mínimo e em segundo lugar pela garantia de acesso ao atendimento.

VI.2.6. CONCLUSÃO

No município estudado, a síntese das dimensões avaliadas configura-se em um cenário intermediário (49,6%) para o PSF na atenção à saúde da criança, caracterizado por uma atenção fragmentada, mas que apresenta alguns avanços na reorganização da

atenção básica e reformulação do sistema de saúde. Os avanços estão relacionados à adesão das mães à proposta do PSF, à realização das visitas domiciliares, ao acolhimento, demonstrando uma diferenciação do atendimento hospitalar, e uma maior facilidade de acesso proporcionada pela presença do ACS.

Na síntese das dimensões, a falta de espaço físico interfere na realização das atividades educativas, assim como, as deficiências relacionadas à participação comunitária, a intersetorialidade e a contra - referência afetam as ações de saúde desintegrando as partes e permanecendo o olhar reducionista da biomedicina. As poucas atividades preventivas e de promoção da saúde do PSF demonstram que o programa atua em muitos momentos como um suporte do hospital e mais um local de atendimento médico, dificultando, portanto, a assimilação da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial.

Desta forma, avaliar a atenção e a forma de organização do PSF na saúde da criança é possibilitar que caminhos sejam apontados para mudanças necessárias capazes de promover melhoria das ações e das práticas oferecidas a este grupo. É possibilitar a percepção de um modelo de assistência hegemônico carcomido que continua influenciado a atuação dos profissionais e gestores e imobilizando a população na busca de autonomia, participação e emponderamento. Quiçá a divulgação destes resultados aos gestores e profissionais de saúde do município possibilite e gere transformações, mudanças, discussões e reorganização de suas práticas possibilitando uma maior inserção da população na formulação das atividades, rumo a reformulação do sistema de saúde hegemônico vigente.

VI.2.7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração de Alma –Ata. In: Conferencia internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978, Alma Ata, Cazaquistão, União das Republicas Socialistas Soviéticas. Relatório. Brasília, DF, 1979.p.2-5.
2. Frias PG, Lira PIC, Hartz ZMA. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: Hartz ZM, Silva LMV, organizadores.

- Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.151-91.
3. Felisberto E, Carvalho, EF, Maggi RS, Samico I. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às doenças prevalentes da infância no Programa Saúde da Família, no estado de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18:1737-45.
 4. Vidal SA, Silva EV, Oliveira MG, Siqueira AM, Felisberto E, Samico I, et al. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por agentes Comunitários de Saúde. *Revista Brasileira Materno Infantil* 2003; 2: 205-13.
 5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Avaliação global da efetividade, custo e impacto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Brasil. [Http://www.geocities.com/mcebrasil/apresentação](http://www.geocities.com/mcebrasil/apresentação) (acesso em 23/jun/2006).
 6. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, organizador. *Epidemiologia e saúde*. São Paulo: editora Hucitec, 1999.p.437-87.
 7. Donabedian, A..Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un estudio introductorio. México. 1990.
 8. PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), IPEA (Instituto De Pesquisa Econômica Aplicada) e FJP (Fundação João Pinheiro). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>
 9. Lopes RM, Silva LMV, Hartz ZMA. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância.
 10. Copque HLF, Trad LAB. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. *Epidemiologia e serviços de saúde* 2005; 14: 223-33.
 11. Samico I, Hartz AMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, 2005; 5: 229-40.

12. Rowe AK, Onipo F, Lama M, Cokou F, Deming MS. Management of childhood illness at health facilities in Benin: problems and their causes. *Am J Public Health* 2001; 91: 1625-35.
13. Pérez –escamila, R. Patrones de la lactancia natural en la America Latina e el Caribe. *Bolo of Sanit Panam*, 1993; 115:185-93.
14. WHO (World Health Organization)/UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund)/USAID (United States of America Agency International Development)/SIDA (Sweden International Development Agency). *Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding*. Florence: WHO/UNICEF, 1990.
15. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004; 20: 1487-94.
16. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18: 1639-46.
17. Silva JÁ, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface-Comunic, Saúde, Educ* 2002; 6: 75-96.
18. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. Disponível em: <http://páginas.terra.com.br/saude/merhy.>, consultado 28/mai/2006.
19. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM, Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface-Comunic, Saúde e Educ* 2005, 8:9-24;
20. Alves VN. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface-Comunic, Saúde, Educ.* 2004; 9: 39-52.
21. Guizardi FL, Pinheiro R, Machado FPS. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: Pinheiro R e Mathos RA organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Editora Abrasco; 2005. p.303.
22. Paulo Freire. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a pratica educativa*. São Paulo: Paz e Terra;30º ed; 2004.

23. Briceño –León, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad. Saúde Pública* 1996; 12: 7-30.
24. Pena Dolhun E; Grumbach K, Vranizan K; Osmond D;. Bindman, AB. Unlocking Specialists' Attitudes Toward Primary Care Gatekeepers. *The Journ family pract-on line* 2001, 50 (endereço: <http://www.jfponline.com>).
25. Machado LJC, Viana DPF, Garces AHI, Pirfo CBL, Silva MM. Interconsulta a Distância: A Utilização do e-mail na Referência e Contra-Referência de Pacientes com Doenças Endócrinas. *Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG; 2005 Out 3-8; Belo Horizonte, UFMG.*
26. Paula KA; Palha PF, Protti ST. Intersetorialidade: uma vivencia prática ou um desafio a ser conquistado? *Interface-Comunic, Saúde, Educ* 2004; 8: 331-48.
27. Pinheiro e Mattos. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde.* Rio de Janeiro: Editora Abrasco; 2006.
28. Mendes, EV. *A atenção primária a saúde no SUS.* Fortaleza: Escola da Saúde Pública do Ceara, 2002.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
30. Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho, SW, Veras AACA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto socorro. *Jornal de pediatria* 2005; 81:251-58.
31. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao circulo, uma possibilidade a ser explorada. In: Brasil, Ministério da Saúde. *Ver-SUS, Cadernos de texto.* Brasília 2004; p.93-108.
32. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde.* São Paulo: Hucitec. 1996.
33. Carvalho SR. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudanças;* São Paulo: Editora Hucitec; 2005.
34. Neto OC. Dificuldades da relação médico-paciente diante das pressões do “mercado da saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8:307-08.

VI.3. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa de Saúde da Família

VI.3.1. RESUMO

A importância da avaliação em sistemas e serviços de saúde vem sendo evidenciada em diversos momentos da discussão das políticas de saúde e práticas em serviços. Desta forma, o objetivo deste estudo foi analisar os cuidados primários em saúde prestados as gestantes pelo Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Teixeira, MG. De acordo com as proposições de Donabedian (1990) que relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado, utilizou-se um sistema de escores específicos para análise de tais dimensões e seus respectivos atributos, classificando o município nos cenários incipiente, intermediário e avançado se obtivesse entre 0,0 e 33,3%; 33,4% e 66,6; 66,7 e 100,00%, respectivamente. As dimensões, na síntese, resultaram em um cenário intermediário (52,2%) para o PSF, caracterizado por uma atenção à saúde da gestante fragmentada, mas que apresentou alguns avanços na organização da atenção para este grupo. Os atributos caracterizados como *incipientes* foram instalações físicas, atividades educativas, intersectorialidade e participação comunitária, como *intermediários* os recursos materiais, a avaliação clínica, o cartão da gestante, a referência e contra-referência e resolubilidade e os atributos *avançados* acolhimento e acessibilidade. As poucas atividades preventivas e de promoção da saúde realizadas pela equipe do PSF, bem como a falta de organização da referência e contra-referência e da intersectorialidade revela que o programa ainda apresenta fortes marcas características do modelo hegemônico centrado nos procedimentos e na atenção biomédica.

Palavras chaves: Avaliação em saúde, Programa de saúde da família, saúde da gestante, pré natal

VI.3.2.ABSTRACT

Evaluation of the care to the pregnant woman's health in the context of the Family Health Program

The importance of evaluation in the health systems and services has been evidenced in several discussions on the policies for health and practices in services. Thus, this study was carried out to analyze the primary cares with the pregnant women's health by the Family Health Program (PSF) in Teixeiras county, MG. According to the propositions by Donabedian (1990) who relates the dimensions of structure, process and result, a specific score system was used to analyzing these dimensions and their respective attributes, as classifying the program into the incipient, intermediate and advanced sceneries, if the following were obtained: from 0.0 to 33.3%, 33.4% to 66.6, 66.7, and 100.00%, respectively. In synthesis, the dimensions resulted into an intermediate scenery (52.2%) for PSF characterized by an attention to the fragmented pregnant woman's health, although presenting some progresses concerning to the organization of attention toward this group. The attributes characterized as *incipient* were physical facilities, educational activities, intersectoriality and community participation, whereas the *intermediate* ones were material resources, clinical evaluation, pregnant woman's card, the reference, counterreference and resolubility, and the *advanced* ones tributes were reception and accessibility. The few preventive activities and those for promotion of health accomplished by the PSF team, as well as the lacked organization of both reference and counterreference and intersectoriality reveals the program still presenting strong characteristic marks of the hegemonic model centered on procedures and biomedical attention.

Keywords: Health evaluation; Family Health Program of; pregnant woman's health; prenatal.

VI.3.3.INTRODUÇÃO

A importância da avaliação em sistemas de saúde, para o contexto brasileiro, vem sendo ressaltada em diversos momentos da discussão das políticas de saúde e práticas em serviços (Carvalho et al, 2004). Essa tendência se insere em um contexto mundial, e em alguns países a avaliação já se constitui em uma prática institucionalizada e seus resultados contribuem para a formulação de suas políticas e práticas de saúde (Hartz, 1999).

Entre os programas ou ações programáticas em saúde, a assistencial pré-natal tem ocupado, historicamente, um espaço relevante na atenção à saúde da população (D'Oliveira et al, 1996). No Brasil, no final dos anos 90, após duas décadas da instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a assistência à saúde da mulher permanece com muitas questões a serem enfrentadas (Serruya et al, 2004). Entendendo que a *não-percepção* da mulher como sujeito — este, um sintoma de um mal muito mais profundo, manifesto em toda e qualquer forma de discriminação — e o desconhecimento e desrespeito ao seu direito à saúde constituem o pano de fundo da má assistência, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no qual o respeito a seus direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores (Brasil, 2005).

Apesar da importância do cuidado pré-natal, pesquisa realizada em 22 capitais brasileiras em 2002 demonstrou que a assistência pré-natal no país é desarticulada e parcial (Nagahama et al, 2006). Deste modo, a atenção à saúde da mulher na gestação e no parto permanece como um desafio tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quantos aos aspectos relacionados ao debate filosófico em torno do cuidado — neste âmbito podem ser mencionados a *hospitalidade incondicional* de Jacques Derrida (2003) e a *compaixão laica* (Siqueira-Batista, 2004) —, ainda hoje centrado em um modelo medicalocêntrico, hospitalocêntrico e tecnocrático (Serruya et al, 2004; Merhy, 2002).

Com a finalidade de reorganização da atenção básica e reformulação do modelo assistencial vigente foi criado em 1994, pelo MS, o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual se respalda nos princípios da integralidade, da vigilância à saúde, da

equidade, baseando-se no acolhimento, no cuidado à saúde e na humanização, entendidas como formas para se buscar uma atenção qualificada para a população. Com o objetivo de verificar a atuação do PSF na atenção a saúde da gestante é pertinente e oportuno a realização de estudos avaliativos da qualidade prestada de suas ações.

Neste sentido, para Donabedian (1990) a qualidade na atenção à saúde pode ser definida como o grau em que os meios mais desejáveis se utilizam para alcançar melhoras na saúde. Segundo o referencial teórico sistêmico proposto pelo autor — a tríade *estrutura, processo e resultado* — reflete exatamente a essência da qualidade da atenção a saúde e contribui para corrigir o curso do programa ou projeto ainda em andamento.

Com base nestes pressupostos, o presente estudo teve como objetivo a avaliação da atenção à saúde da gestante pelo PSF, o qual se revela como uma estratégia de (1) reorganização da atenção primária e (2) de mudança do modelo de atenção hegemônico.

VI.3.4.SUJEITOS E MÉTODOS

O estudo envolveu 33 das 40 gestantes cadastradas no PSF do município de Teixeiras – MG, sete não quiseram participar do estudo ou não se encontraram no momento da visita domiciliar, e 35 dos 36 profissionais de saúde das quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, sendo quatro médicos, quatro enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem e 23 agentes comunitários de saúde (ACS) (um estava afastado do serviço por licença médica) O município de Teixeiras se situa na zona da mata mineira, microrregião de saúde de Viçosa, distando 204 km de Belo Horizonte, capital do estado.

A investigação, caracterizada como transversal, foi realizada por meio de entrevistas conduzidas pela pesquisadora, a partir de um questionário semi-estruturado, elaborado pela equipe de coordenação do projeto. As entrevistas com as gestantes foram realizadas por meio das visitas domiciliares e as entrevistas com os profissionais de saúde nas UBSs; em ambos os casos, o tempo de duração do encontro foi de 30 a 40 minutos cada.

Antes do início das entrevistas, respeitando os aspectos éticos conformes à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido

e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa. As gestantes e os profissionais de saúde assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido com todas as informações sobre o estudo.

A construção do modelo para avaliação da atenção à saúde da gestante pelo PSF, foi inspirada nas proposições de Donabedian (1990) que relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado, conforme apresentado pela Figura 1. A estrutura refere-se aos recursos utilizados pelo serviço na atenção à saúde da gestante e analisou-se os seguintes atributos: (instalação física, recursos materiais e normas). O processo que corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e usuários possui como atributos a qualidade do cuidado (avaliação clínica, análise do cartão da gestante e atividades educativas), a intersetorialidade, a referência e contra-referência e participação da comunidade. Já a dimensão de resultados relacionadas à satisfação do usuário foi baseada nos atributos de acolhimento (sala de espera e recepção), acessibilidade (marcação de consultas, tempo de espera e barreiras geográficas) e resolubilidade (se a implantação do PSF trouxe benefícios para a saúde).

A fim de obter a classificação do PSF, das dimensões e de seus respectivos atributos, atribui-se uma pontuação para cada critério, levando em consideração as relações hierárquicas entre os fatores que potencialmente contribuíram para a determinação destes (Lopes et al, 2005; Felisberto et al, 2002, Frias et al, 2005). Foram atribuídos pesos diferenciados para cada atributo de acordo com a sua relevância para determinada ação e dimensão. Posteriormente, o critério (atributo, dimensão) foi classificado como incipiente, intermediário ou avançado, se obtivesse entre 0,0 e 33,3%; 33,4% e 66,6; 66,7 e 100,00%, respectivamente. Os pontos de cada indicador foram somados e depois relacionados com o máximo de pontos para a formação do escore. Os dados foram tabulados no Excel 6.0 e SPSS 10.0 que permitiu a formação dos escores e elaboração do diagrama e das freqüências.

Por fim, para verificar e analisar a atuação do PSF nas dimensões de *estrutura*, *processo* e *resultado*, contextualizaram-se distintos cenários que foram adaptados de Copque & Trad (2005). Em um cenário de implementação *incipiente*, a proposta aproxima-se da concepção de um programa de saúde que oferta uma atenção simplificada à saúde da gestante; em um cenário *intermediário*, o programa de saúde

oferta uma atenção fragmentada a saúde da gestante, mas com alguns avanços; e, finalmente, em um cenário *avançado*, o PSF configurar-se-ia como uma estratégia de reorganização de um dos níveis de complexidade do sistema, a atenção básica e de mudança do modelo de atenção hegemônico, conforme idealizado pelo Sistema Único de Saúde.



Figura 1. Desenho metodológico do estudo: atributos analisados em cada dimensão.

VI.3.5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da população estudada

O perfil socioeconômico das gestantes é apresentado na Tabela 1. Verifica-se que a média de idade foi de 24 ± 7 anos (media \pm desvio padrão), com 33,3% na faixa etária de 20-25 anos. As adolescentes correspondiam 27,3% da população estudada e 30,3% encontravam-se na faixa acima dos 30 anos de idade. Eram donas de casa em sua maioria (84,8%), as outras ocupações se voltam para trabalhos manuais como bordadeiras, manicuras, e outros como domésticas, comerciantes e trabalhadoras rurais. A situação conjugal foi identificada com 54,5% de mulheres casadas, 27,3% apresentavam em comunhão livre e 18,2% eram solteiras.

Com relação à renda familiar, a mediana foi de R\$ 300,00 como encontrado no grupo das mães, 60,6% ganhavam de meio a um salário mínimo, sendo que 9,1% ganhavam até meio salário mínimo e somente 30,3% mais de um salário mínimo.

Quanto à escolaridade, 15,2% das gestantes possuíam o ensino fundamental completo (1ª a 8ª série), e 63,6% possuíam o ensino fundamental incompleto, sendo que destas 36,4% apresentaram apenas de 1ª a 4ª série. Somente 9,1% tinham o ensino superior.

Tabela 1 - Perfil socioeconômico das gestantes atendidas pelas Unidades de Saúde da Família do município de Teixeiras MG, Brasil (2005-2006).

Características das gestantes entrevistadas		
Faixa etária	N	%
15-16	5	15.2
17-19	4	12.1
20-25	11	33.3
26-30	3	9.1
31-35	10	30.3
Total	33	100
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	5	15.2
Ensino fundamental incompleto	21	63.6
Ensino médio completo	4	12.1
Ensino médio incompleto	3	9.1
Total	33	100
Ocupação		
Sim, tempo parcial	2	6.1
Sim, tempo integral	2	6.1
Não, dona de casa	28	84.8
Não, trabalhos manuais dentro de casa	1	3.0
Total	33	100
Renda		
<1/2 SM*	3	9.1
1/2 - 1 SM	20	60.6
1-2 SM	7	21.2
>2SM	3	9.1
Total	33	100
Estado civil		
solteira	6	18.2
casada	18	54.5
amigada	9	27.3
Total	33	100

*SM= Salário mínimo

Fonte: Dados da Pesquisa.

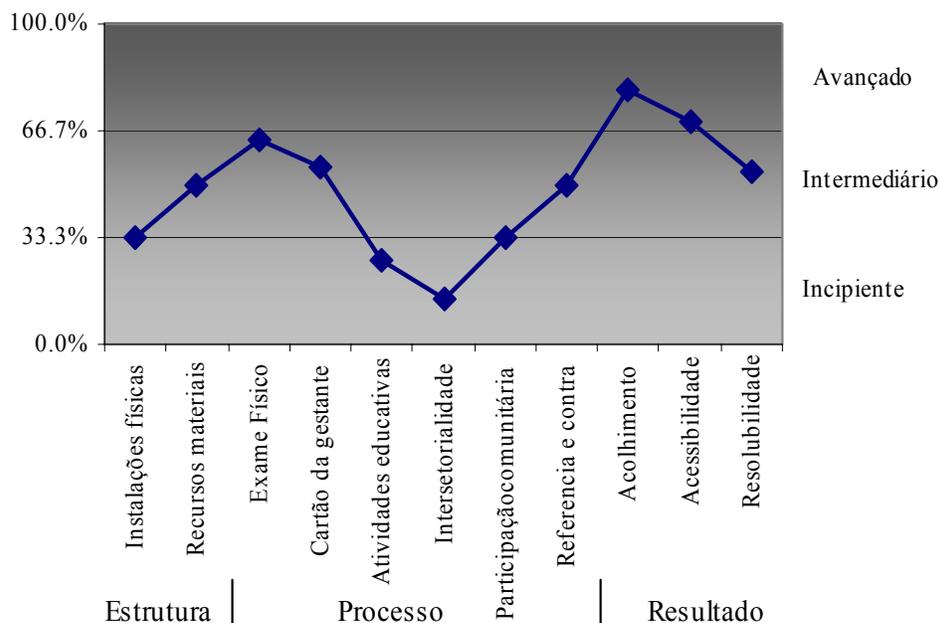
Os profissionais de saúde eram em sua maioria do sexo feminino 74,3%, e 82,9%, residiam no município em estudo, o que é compreensível, na medida em que a maioria (23 dos 35 profissionais) é constituída por ACS, cumprindo a recomendação do MS de que estes profissionais residam na comunidade adstrita de sua atuação. Oitenta por cento dos profissionais foram admitidos por indicação, sendo que somente 20% passaram por um processo seletivo como análise de currículo. Ressalta-se a grande — e

espúria — influência política na ocupação de cargos públicos, o que acaba por permitir a contratação de profissionais que não possuem perfil para atuação no PSF.

A forma de vínculo profissional, adotada pela Secretaria de Saúde do município se dá por contratos temporais variados, renovados a cada seis meses, ou a cada ano e outras formas rudimentares de vínculos não formais. Estudos nacionais apontam que o contrato temporal é a modalidade de contratação mais freqüente, com exceção da região sul onde predominam empregos públicos (Dal Poz, 2002). A forma de contratação dos profissionais de acordo com Copque et al (2005) é importante quando se analisa o comprometimento e a satisfação com o próprio trabalho, pois, conseqüentemente, interfere nas práticas de saúde (Cordeiro, 2001).

Avaliação das dimensões

A classificação das dimensões de *estrutura*, *processo* e *resultado* e seus respectivos atributos está descrita na Figura 2.



Fonte: Resultados da Pesquisa

Figura 2. Classificação das dimensões de estrutura, processo e resultado e seus respectivos atributos, na atenção a saúde da gestante pelo PSF – Município de Teixeiras, MG (2005-2006).

Os diferentes atributos caracterizam a atenção à saúde da gestante pelo PSF, verifica-se aqueles caracterizados como *incipientes* — instalações físicas, atividades educativas, intersetorialidade e participação comunitária —, como *intermediários* — recursos materiais, avaliação clínica, cartão da gestante, referência e contra-referência e resolubilidade — e *avançados* — acolhimento e acessibilidade.

Avaliação da dimensão - Estrutura

A análise da estrutura foi subdividida em instalações físicas, recursos materiais e normas existentes para as diferentes ações de atenção à saúde da gestante. As *instalações físicas* apresentaram-se com grande deficiência de espaço. Três UBS funcionam em um mesmo local, sendo que somente uma (unidade quatro) possui local próprio de funcionamento. As unidades não possuíam salas suficientes e os profissionais se alternam na realização dos atendimentos. Não há local apropriado para atividades de educação em saúde. As instalações físicas são precárias, velhas, e com muitas dificuldades de higienização e biossegurança (Martins *et al.*, 2004). Não têm banheiros separados para os profissionais de saúde, nem pia para higiene das mãos nas salas de atendimento e consultórios. Portanto, a análise da estrutura referente às instalações físicas foi considerada incipiente 25,0% nas unidades um, dois e três e intermediária (41,7%) na unidade quatro, sendo que, a instalação física foi considerada incipiente (33,3%) na média das UBSs do município, conforme pode-se observar a Figura 2.

Com relação aos recursos materiais, apesar da escassez, existe um aporte médio segundo os critérios definidos pela OPAS (1987) na atenção à saúde da gestante, como a presença de estetoscópio de Pinard, mesa para exame ginecológico com banco giratório, tensiômetro revelando uma análise intermediária (50%). No entanto, observa-se que as principais deficiências estão na ausência de protocolos e normas das atividades de grupo e de educação em saúde.

Em estudo realizado por Silveira et al (2001), os serviços de atendimento pré-natal foram considerados precários, sendo a área com pior resultado a planta física, corroborando com os dados encontrados em nosso estudo.

O desenho da avaliação total da estrutura do PSF na atenção à saúde da gestante configurou-se como intermediário (46,8%). Ao considerar-se as instalações físicas, isoladamente, esta configurou-se como incipiente (Figura 2).

Avaliação da dimensão - Processo

A dimensão de processo foi classificada como intermediária (47,5%) na análise dos atributos, verificados na Figura 2.

A qualidade do cuidado no pré-natal, que foi avaliada a partir da perspectiva da gestante e dos profissionais de saúde, corresponde uma análise das práticas de saúde direcionadas a atenção à saúde da gestante pelo PSF, sendo, portanto, práticas curativas, preventivas e de promoção da saúde. Buscou-se verificar os conhecimentos e atuação dos profissionais no cuidado a saúde gestante, bem como, a análise e perspectivas destas frente às diferentes ações: exame físico, cartão da gestante e atividades educativas. As ações estão representadas na Tabela 2 que apresenta a classificação de acordo com as perspectivas das gestantes e profissionais.

Tabela 2. Classificação da qualidade do cuidado a atenção à saúde da gestante pelo PSF no município de Teixeira-MG, 2005-2006.

Qualidade do cuidado: Ações	Total de Pontos	Total Máximo	%	Classificação
Avaliação clínica	253	396	63,9%	Intermediário
Cartão da gestante	472	856	55,1%	Intermediário
Atividade educativas	105	408	25,7%	Incipiente

Fonte: Resultados da Pesquisa

A avaliação clínica, realizada pelos médicos, foi considerada como uma classificação intermediária (63,9%), sendo este, dentre os aspectos do atributo qualidade do cuidado, com a maior classificação. Foram considerados os seguintes critérios da avaliação clínica: peso, aferição da pressão arterial, ausculta de batimentos cardíacos, altura uterina, edema, exame da mama (Brasil, 2005), sendo escolhidos por entendê-los como padrões mínimos esperados para o atendimento em atenção primária. De acordo com as gestantes, o peso e a aferição da pressão arterial foram avaliados em todas as consultas de acordo com o relato das 33 gestantes (100%). Já a altura uterina e ausculta

fetal foram verificadas nas consultas com menos intensidade, 40% e 44,7%, respectivamente. A medida da altura uterina é um procedimento importantíssimo para acompanhamento do crescimento fetal e para determinação ou confirmação da idade gestacional (Rezende & Montenegro, 2005).

De acordo com as gestantes, o exame da mama e a verificação de edema não são procedimentos de rotina dos médicos, sendo que somente 28,1% das gestantes disseram que o médico fez o exame da palpação da mama e destas somente duas gestantes (9,1%) disseram que o médico realizou em todas as consultas. Nenhuma gestante relatou ter sido examinada quanto à presença de edema. A pesquisa de edema é extremamente necessária para o diagnóstico e monitoramento da Doença Hipertensiva Específica da Gestação, que tantas alterações orgânicas e funcionais causa à gestante e ao concepto (FEBRASGO, 2000).

A análise do cartão da gestante apresentou-se com uma classificação intermediária (55,1%). Observa-se que os cartões de acompanhamento da saúde da gestante encontram-se incompletos, possuem anotações relacionadas aos exames físicos e laboratoriais, no entanto, os antecedentes obstétricos, as curvas de altura uterina e de peso da gestante não estão preenchidos em nenhuma das 34 gestantes. Isto é preocupante, pois através das curvas de peso podem ser identificados riscos relacionados com ganho de peso menor ou excessivo para a idade gestacional e orientar as condutas adequadas para cada caso, evitando-se resultados perinatais ruins que tem sido associados com peso materno pré-gravídico insuficiente, baixa estatura da mãe e aumento de peso insuficiente ou excessivo durante a gravidez (Brasil, 2000). Quanto aos exames laboratoriais solicitados, preconizados pelo MS (Brasil 2005), a maioria (89,7%) estava completo no cartão, sendo os principais: tipo sanguíneo, hemoglonina, VDRL e EAS (elementos anormais e sedimentoscopia = sumário de urina).

Com relação às orientações e atividades educativas, tanto no âmbito individual como coletivo, verificou-se uma classificação incipiente (25,7%). Foram consideradas no âmbito individual as orientações relacionadas ao aleitamento materno, a alimentação da gestante, a imunização, as informações de preparação para o parto, cuidados com o recém - nascido, ao planejamento familiar e, no âmbito coletivo, a existência de grupos, dramatizações e outras dinâmicas.

Somente 17,7% das gestantes disseram ter sido orientadas quanto à vacinação, 23,5% foram orientadas com relação aos cuidados com o recém-nascido e 41,2% disseram que o médico fez preparação para o parto, no entanto abordando apenas aspectos relacionados ao tipo de parto que a gestante gostaria de fazer, parto normal ou cesariana. Quanto aos aspectos alimentares na gestação e os relacionados ao aleitamento materno, somente 14,7% foram orientadas com relação ao aleitamento materno e 35,3% foram orientadas com relação a sua alimentação no período de gestação e de amamentação. Quando questionadas sobre a alimentação durante os meses de gestação e no período de lactação e sobre o processo de amamentação relatam tabus, dúvidas e falta de informação, podendo com os maus hábitos prejudicar a saúde do bebê e de si mesmas. O planejamento familiar direcionado pelo PSF, de acordo com as gestantes é inexistente, há apenas uma ação individual na recomendação do uso de métodos contraceptivos pelo médico, não incluindo o parceiro nas discussões e decisões relacionadas ao ato de planejar. Isto é confirmado pelos profissionais de saúde, onde somente 23,1% disseram realizar alguma ação relacionada ao planejamento familiar.

No âmbito coletivo, a única ação existente são as palestras, que de acordo com os profissionais de saúde, funciona somente em uma equipe (equipe um); sendo esporádicas e pouco participativas.

Percebe-se uma relação entre o profissional médico e usuárias centrada nos procedimentos (Merhy, 2004). As consultas são ligeiras não possibilitando que as gestantes relatem suas dúvidas, angústias e sofrimentos, dificultando a compreensão dos múltiplos significados da gestação e dificultando a compreensão e apreensão das gestantes de questões relacionadas à prevenção de doenças e promoção da saúde capaz de gerar qualidade de vida durante e após o pré-natal.

Conforme nos relata o MS (Brasil, 2005) o diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família – atores principais da gestação e do parto. Uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma,

contribuindo para um nascimento tranqüilo e saudável do bebê e manutenção da saúde da mãe.

Atualmente a discussão sobre humanização da atenção a saúde da mulher e do parto, revelam a autonomia e direitos como principais aspectos e já faz parte de uma série de instancias. Entretanto, o que se percebe é que, na assistência pré-natal ocorre uma expropriação da autonomia da mulher se centrando no modelo tecnocrático em que as mulheres são vistas como objeto, fora de contexto, onde a máquina é examinada e não se estabelece nenhum vínculo com o profissional (Serruya et al, 2004). E como verificado de nosso estudo, as ações praticadas são de responsabilidade dos profissionais que supervalorizam as mais técnicas e mantêm, com intervenções determinadas, a hierarquia e padronização de rotinas.

Através disso, verifica-se que apesar do PSF se propor a uma relação diferenciada com os seus usuários e com a comunidade, principalmente no que se refere à vigilância em saúde, nas formas de prevenção e promoção, muito pouco tem sido feito nestes aspectos, pois os profissionais de saúde continuam atuando numa perspectiva biologista e fragmentada do ser humano, no caso das gestantes, atuando meramente através de consultas-procedimento, sendo, portanto, a qualidade do cuidado classificada como intermediária (50,0%).

A fim de aprofundar os caminhos de reformulação do modelo assistencial e reorganização da atenção básica apontados pelo PSF, avaliamos atributos organizativos e interativos que respaldam e viabilizam as práticas e ações de atenção a gestante, sendo eles: a participação comunitária, a referência e contra-referência e a intersectorialidade.

A avaliação da participação comunitária nas atividades de educação em saúde, desenvolvidas pelo PSF, revela a pouca inserção das gestantes nas atividades educativas considerando participação em grupos, palestras e dramatizações. Este atributo caracterizou-se como incipiente (33,3%) conforme nos demonstra a Tabela 3.

Tabela 3. Classificação dos atributos intersetorialidade, referência e contra referência e participação comunitária, pertencentes à dimensão de processo – avaliação do PSF na atenção a saúde da gestante no Município de Teixeira, MG (2005-2006).

Atributos	Total Pontos	Total Máximo	%	Classificação
Participação Comunitária	44	132	33,3%	Incipiente
Referência e Contra- Referência	16	32	50,0%	Intermediário
Intersetorialidade	10	72	13,9%	Incipiente

Fonte: Resultados da Pesquisa

O reconhecimento de sujeitos está no centro de todas as propostas renovadoras identificadas no setor saúde inclusive no PSF. Realmente pode-se perceber que a partir dos objetivos do programa: humanização das práticas; democratização do conhecimento; desenvolvimento da cidadania; estimulação da organização da comunidade há uma valorização dos sujeitos e de sua participação nas atividades desenvolvidas pelas UBS, bem como na resolutividade dos problemas da comunidade (Alves, 2005). No entanto, não é isso que verificamos em nosso estudo. O PSF não integra as gestantes na formulação de suas atividades, muito menos promove o desenvolvimento da cidadania.

Conforme nos relata Guizardi et al (2005) “construir caminhos para a participação no SUS não implica apenas melhor informar ou capacitar a população e seus representantes. [...] A participação como princípio de constituição das políticas públicas só se concretiza quando vozes diversas se apresentam ao diálogo como sujeitos na construção de sentidos e mundos. Pensar a participação significa pensar esta implicação política que inclui espaços já institucionalizados, e o PSF é um destes espaços, mas não se esgota neles”.

Observa-se uma grande dificuldade dos profissionais de saúde do município na execução das atividades educativas para o grupo materno, as poucas iniciativas e tentativas foram frustradas pela pouca participação das mães nas atividades desenvolvidas. No entanto, as gestantes relatam em sua maioria (72%) a inexistência ou desconhecimento de atividades educativas no PSF.

As estratégias educacionais e comportamentais visam aumentar a consciência sobre os riscos e sobre a importância de comportamentos seguros, além de oferecer incentivos e modelos positivos. No entanto, o que se pode perceber a despeito das práticas de educação em saúde é que a elaboração das atividades está ainda fundamentada no modelo tradicional em que os usuários são tomados como indivíduos carentes de informação em saúde. Desta forma, a comunicação dos profissionais de saúde assume uma atitude paternalista, no que fazer e como fazer para a manutenção da saúde. Freire (2004) revela “saber ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para sua própria produção ou a sua construção”,

Para análise da referência e contra referência foi considerada a integração do PSF com os hospitais, que possuem maternidade, da microrregião. A avaliação nos aponta para uma classificação intermediária (50,0%) conforme apresentado pela Tabela 3.

Os profissionais de saúde declararam uma maior facilidade de referência. A assistência ao parto é realizada nos municípios vizinhos. Todavia, os profissionais relatam grandes dificuldades no retorno das informações, na contra-referência. Não há relatório por escrito no processo de contra-referência, os obstetras não dão nenhum tipo de retorno ao médico da atenção básica muito menos aos enfermeiros e outros profissionais do PSF, normalmente, a informação é proveniente da própria gestante. Isto dificulta a integralidade que é um dos princípios básicos do SUS.

A ausência de informação revela a falta de integração entre os hospitais e os serviços de assistência pré-natal, impedindo que o processo reprodutivo seja visto em sua totalidade, favorecendo descontinuidade na assistência à saúde do binômio mãe-filho, culminando com maior risco de morte da mulher e da criança (Tanaka et al., 1989).

As gestantes relatam um grande sentimento de insegurança ao fazer o pré-natal com um médico e ser encaminhada para outra cidade e realizar o parto com outro médico. Caso a referência e contra - referência funcionasse adequadamente, o problema poderia ser amenizado. Segundo Serruya et al (2004), através de seu estudo sobre o panorama da atenção ao pré-natal no Brasil, a questão da falta de vínculo entre assistência pré-natal e a do parto leva as mulheres, em trabalho de parto, a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais. Além disso, retrata que a maioria das

mortes maternas ocorre perto do parto, demandando intervenções que garantam melhor assistência nesse período. Nesse panorama da situação obstétrica, a existência da desumanização em um momento tão importante e o direito que toda mulher tem de garantia ao atendimento são questões emblemáticas a serem enfrentadas.

Melleiro et al (2004) apontam em seu estudo que a falta de integração entre os serviços de saúde além de acarretar uma ruptura das ações iniciadas nas UBS, durante o pré-natal, tornava a procura pela instituição hospitalar por ocasião do parto, fonte de ansiedade e risco, com repercussões negativas para o processo de nascimento.

De acordo com a proposta da Equipe de Referência e apoio Matricial do MS (Brasil, 2004), é necessário que a equipe tenha um contato direto com os especialistas e estes com a equipe, pois é preciso enxergar o usuário como um todo (inserção social, situação afetiva, outros problemas orgânicos). Isto garante que no conjunto pré-natal e puerperio ocorram mais benefícios do que danos para a gestante e que o projeto de acompanhamento envolva um compromisso maior com o usuário.

De forma complementar, analisou-se também a intersetorialidade verificando se havia ou não parcerias e ou integração do PSF com outros setores do município: educacional, ambiental, assistência social etc. Nesta perspectiva, a avaliação deste atributo foi considerada incipiente (13,8%).

Ferreira (2005) revela que as ações intersetoriais de seu estudo também encontravam-se em um estágio incipiente de implantação e que a Conferência Nacional de Saúde (2001), revela que o sistema de saúde no Brasil continua fragmentado e a intersetorialidade é precária.

Os profissionais de saúde do município de Teixeira quando questionados sobre a ausência ou o pouco fomento de ações intersetoriais, manifestaram um desconhecimento do que seja intersetorialidade, revelando uma falta de preparo dos recursos humanos. Estes achados corroboram os estudos de Junqueira (1998) que apresentam as dificuldades para a intersetorialidade em três categorias: relacionadas ao tipo de gestão, especialmente nas formas de financiamento que são setorializadas, gerando atraso na liberação de recursos; relacionadas à ausência de cultura da intersetorialidade que prioriza interesses particulares acima dos interesses construídos coletivamente; e

relacionadas à falta de preparo dos recursos humanos, que centram esforços na organização do modelo médico-assistencial.

Junqueira (1997) ressalta a importância da intersetorialidade, revelando que a qualidade de vida passa pela interação de várias dimensões do bem estar físico, psíquico e social, e demanda visão integrada dos problemas sociais. Neste sentido, as políticas setoriais isoladamente são incapazes de considerar o cidadão na sua totalidade e nas suas necessidades individuais e coletivas.

Avaliação da Dimensão- Resultado

A avaliação da dimensão resultado foi realizada a partir dos atributos acessibilidade, acolhimento e resolubilidade, conforme nos apresenta a Tabela 4, na perspectiva das gestantes. A classificação que se configurou ao analisar os três atributos foi avançada (69.3%). É importante destacar que os atributos se relacionam e, portanto, devem ser analisados como um todo.

Tabela 4. Classificação dos atributos resolubilidade, acessibilidade e acolhimento pertencentes à dimensão de resultado – avaliação do PSF na atenção a saúde da gestante – Município de Teixeira, MG (2005-2006).

Atributos	Total de Pontos	Total Máximo	%	Classificação
Acolhimento	154	194	79,4%	Intermediário
Acessibilidade	135	194	69,6%	Intermediário
Resolubilidade	70	130	53,8%	Intermediário

Fonte: Resultados da Pesquisa

A avaliação do acolhimento isoladamente resultou em uma classificação avançada (79.4%). A maioria das gestantes se sente bem acolhida na recepção das UBS. No discurso estão presentes relatos relacionados à educação, à atenção e à simpatia, enfatizando-se o “melhor atendimento quando comparado ao hospital”. Os ACS também realizam, de acordo com os depoimentos das gestantes, um papel essencial, ao acolher as informações, dificuldades, necessidades das gestantes e de seus familiares.

As atividades de recepção na UBS são feitas pelas recepcionistas que seguem uma agenda com consultas pré-marcadas pelos ACS. No caso das gestantes há uma maior facilidade na marcação de consultas, por ser uma determinação do MS que ela

tenha no mínimo seis consultas, a gestante já sai da UBS com sua consulta marcada para o outro mês. A única reclamação presente no depoimento das gestantes foi quanto à fila de espera, as consultas são realizadas obedecendo o critério da ordem de chegada das usuárias. Observa-se que este é um critério de recepção excludente e criticado pelo MS (2004) no programa de humanização da atenção a saúde (Brasil, 2004).

Outro aspecto a ser destacado, foi a observação de que 14 gestantes (42,4%) realizam o pré-natal no hospital, dando preferência ao especialista. Observa-se, portanto, que a existência de problemas relacionados ao PSF funcionar como porta de entrada para o sistema de saúde, ou seja, nem todas as mães procuram o PSF para fazer o pré-natal. Em estudo realizado por Nagahama et al (2006), no município de Maringá – PR, 78% das gestantes deslocaram-se do Posto de Saúde localizado perto de sua residência na busca de qualidade técnica e humana.

Não obstante, as gestantes se sentem bem acolhidas e conseguem diferenciar o PSF do hospital quando relatam uma melhor recepção do PSF do que do hospital, e também enfatizam o papel do ACS nas visitas domiciliares, ouvindo suas queixas e permitindo que expressem suas preocupações.

A acessibilidade refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários (Travassos, 2004). Foram considerados o tempo de espera, a marcação de consulta e as barreiras geográficas como critérios de análise do atributo acessibilidade. Em relação à acessibilidade esta configurou-se em um atributo avançado (69,6%) como apresentado pela Tabela 4.

A maior dificuldade quanto à acessibilidade foi à geográfica, especialmente para as gestantes residentes na zona rural. 42% das entrevistadas residiam na zona rural e apresentaram suas queixas principalmente relacionadas à falta de transporte e dificuldades de acesso às consultas em períodos de chuva. Vale ressaltar que as opções de transporte destas gestantes, ou seja, o serviço de transporte coletivo precário, o transporte por bicicletas, carroças e cavalos, faz com que essas mulheres gastem neste percurso horas de seu tempo, além de dinheiro e de implicar em cansaço físico, psicológico e riscos à saúde.

De toda forma, as gestantes informaram que estavam satisfeitas com a marcação da consulta, podendo ser realizada pelo ACS ou pela UBS, garantindo acesso ao

atendimento e facilitando a obtenção da consulta, já que antes do PSF era necessário acordar de madrugada e enfrentar fila no hospital. O tempo de espera para o atendimento na UBS foi a maior reclamação das gestantes que relataram precisar chegar cedo para serem atendidas com menos demora corroborando com os achados de Tsunehiro et al. (2002), na cidade de São Paulo, os quais evidenciam a longa espera das gestantes para serem atendidas, aguardando horas a sua vez; o que pode justificar a procura das gestantes por especialista no hospital.

No que se refere à resolubilidade, foram analisados aspectos relacionados à percepção das gestantes do lugar do PSF no contexto de organização da saúde no município, ou seja, com a implantação do PSF houve melhoria na atenção sanitária do município? A resolubilidade apresentou-se como um atributo intermediário (53,8%), conforme a Tabela 4.

As gestantes destacam no atendimento do PSF as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, assim como do médico e enfermeiros, o cuidado com os idosos, hipertensos e diabéticos e a entrega de medicamentos e exames. Contudo, as gestantes relatam dificuldades e limitações específicas do programa, reduzindo o percentual de classificação para intermediário, retratando aspectos ligados à falta de informação, à exigüidade das práticas educativas por parte dos profissionais de saúde e a falta de integração entre os médicos — aquele que realiza o pré-natal e aquele que realiza a parturição (obstetra) —, sendo este um aspecto que gera insegurança e apreensão na realização do parto.

Estudo realizado por Brienza et al (2006), que avalia o acesso ao pré-natal à rede básica do município de Ribeirão Preto, demonstra que o modelo de assistência evidenciado pelas mulheres reforça a visão de uma assistência pré-natal voltada para o cuidado físico e biológico, referindo-se a um mesmo ritual: peso, medição e pressão.

Desta forma, pese a que, as usuárias gestantes relatem certa satisfação com o acesso ao serviço de saúde, observa-se que apenas o acesso é insuficiente na promoção de sua saúde e na saúde do seu bebê, é preciso fundamentar as ações em certas atitudes como a cultura do diálogo, da escuta ativa, da informação, inserindo-se no processo e desenvolvimento de práticas mais humanas e resolutivas.

VI.3.6. CONCLUSÕES

O cenário produzido na atenção à saúde da gestante pelo PSF foi intermediário (52,2%) caracterizado pela fragmentação de suas ações, mas sendo perceptíveis alguns progressos na sua implementação. Avanços relacionados à adesão das gestantes à proposta do PSF — na realização das visitas domiciliares, no acolhimento — a maior facilidade de acesso proporcionada pela presença do ACS, na marcação de consultas, são bons exemplos disto.

Na síntese das dimensões, a falta de adequado espaço físico — o que interfere na realização das atividades assistenciais e educativas —, bem como, a inexistência da participação comunitária, da intersetorialidade e da contra-referência, afetam as ações de saúde desintegrando as partes e permanecendo o olhar reducionista da biomedicina. Torna-se, assim, perceptível, a necessidade de se evoluir para um tratamento mais complexo — e completo — da organização dos serviços de saúde, uma vez que, de fato, as poucas atividades preventivas e de promoção de saúde do PSF demonstram que o programa, da forma como se apresenta atualmente funciona mais como um suporte para o hospital, sendo mais um local de atendimento procedimento - centrado, dificultando a assimilação de uma atenção usuária – centrada em prol da reorientação do modelo assistencial.

Deste modo, verifica-se a necessidade de melhores condições estruturais especialmente no que se refere às instalações físicas e aos recursos materiais e educativos oferecendo melhores condições de trabalho e mais amplas possibilidades para a formulação das atividades. Destaca-se a premência de se investir nos recursos humanos em três aspectos fundamentais: o primeiro se refere à atuação técnica, o segundo ao aspecto relacional dos profissionais de saúde com os usuários, superando uma abordagem meramente biológica para uma abordagem integral, holística e complexa das gestantes e o terceiro à forma de contratação dos profissionais. Os atributos de participação comunitária, intersetorialidade, referência e contra-referência devem ser prioridades dos gestores permitindo e garantindo a transformação do modelo assistencial hegemônico vigente, na medida que são atributos capazes de considerar o ser humano na sua totalidade e na sua complexidade, de compartilhar saberes que

possibilitam a construção de novos conceitos e de novas formas de agir em saúde, assim como, na utilização mais eficiente, eficaz e racional dos escassos recursos em saúde.

Por fim, verifica-se que melhores resultados podem ser alcançados pelo PSF, uma vez que a inserção das usuárias (gestantes) na formulação das ações soma esforços em favor de uma prática de atenção perinatal mais humana e cuidadora. Ao valorizar os aspectos relacionais, as gestantes consideram que a atenção deve ser voltada para uma abordagem que as perceba em sua totalidade, enfatizando a necessidade de um maior vínculo com os profissionais de saúde. Nessa perspectiva, caminhos podem ser traçados rumo à reformulação do sistema de saúde hegemônico e vigente, de modo a torná-lo, quiçá, mais orientado para o amparo dos diferentes sujeitos que compõem a (complexa) realidade em prol de um cuidado em saúde mais humanizado e solidário.

VI.3.7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvalho DS, Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20:S220-30.
2. Hartz ZMA. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready made. *Cad. Saúde Pública* 1999; 15:229-60.
3. D'Oliveira AFPL, Senna DM. Saúde da mulher. In: Scraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.p86-108.
4. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20: 1281-89.
5. Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré natal em hospital universitário: uma avaliação de processo; *Cad Saúde Pública* 2006; 22:173-79.
6. Derrida J. *Voyous*. Galilée: Paris; 2003.
7. Siqueira-Batista R. Bioética e compaixão. *Jornal do Cremerj* 2004; 17(1): 15.
8. Donabedian, A..*Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un estudio introductorio*. México. 1990.
9. Frias PG, Lira PIC, Hartz ZMA. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: Hartz ZM, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à pratica de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.151-91.
10. Felisberto E, Carvalho, EF, Maggi RS, Samico I. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às doenças prevalentes da infância no Programa Saúde da Família, no estado de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18:1737-45.
11. Lopes RM, Silva LMV, Hartz ZMA. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. *Cad. Saúde Pública* 2004; 2: S283-97.

12. Copque HLF, Trad LAB. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. *Epidemiologia e serviços de saúde* 2005; 14: 223-33.
13. Dal Poz MR. Câmbios em la contratacion de recursos humanos: el caso Del Programa de Salud de la Família em Brasil. *Gac Sanit* 2002; 16:82-88.
14. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001; 6(2):319-328.
15. Martins M, Siqueira-Batista R, Sucupira ED, Freitas LM, Brito RC, Guedes AGM, Zuim R, Bethlem EP, Gomes AP, Selig L. Recomendações da Assessoria de Pneumologia Sanitária do Estado do Rio de Janeiro para Biossegurança em Unidades Básicas de Saúde - UBS. *Pulmão RJ* 2004; 13(3):190-194.
16. OPAS/ OMS/ Brasil. Condições de eficiência dos serviços de atenção materno infantil. (mimeo), 1987.
17. Silveira DS, Santos IS, Costa JS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17:131-39.
18. Brasil, MS. Pré natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico Série A- Direitos Sociais e reprodutivos-Caderno nº5, 2005.
19. Rezende J, Montenegro CAB. *Obsterícia fundamental*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
20. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). 2001. *Assistência Pré-Natal – Manual de Orientação*.
21. Brasil.Ministério da Saúde. *Assistência Pré- natal :Normas e manuais técnicos*. Brasília : Secretaria de Políticas de Saúde –MS; 2000.
22. Guizardi FL, Pinheiro R, Machado FPS. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: Pinheiro R e Mathos RA organizadores. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: Editora Abrasco; 2005. p.303.
23. Freire, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a pratica educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 30º ed; 2004.
24. Tanaka, AC.et al. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo.*Rev. Saúde Pública, São Paulo*, 1989; 23: 73-79.

25. Melleiro MM, Gualda DMR. Experiências e expressões de gestantes na interação com o sistema de saúde: um enfoque fotoetnográfico. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2004; 12: 503-10.
26. Ferreira VSC, Silva LMV. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: Hartz ZMA, Silva, LMV. *Avaliação em saúde dos modelos teóricos à pratica na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005.
27. Junqueira RGPA. A intersectorialidade do ponto de vista da educação ambiental: um estudo de caso. *Ver. Adm. Publ. Rio de Janeiro*, 1998; 32:79-91.
28. Junqueira, LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. *Ver. Saúde e Sociedade*, 1997; 6:31-46.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
30. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004, 20:S190-98.
31. Tsunehiro MA, Bonadio IC, Oliveira VM. Acolhimento: fator diferencial no cuidado pré-natal. In: *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*. 2002, São Paulo, Brasil [online]. Citado em 23 de julho de 2006. disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?>
32. Brienza AM, Clapis MJ. Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres. In: *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Saúde*. 2002, São Paulo, Brasil [online]. Citado em 21 de julho de 2006. disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?>

VII. CONCLUSÕES GERAIS

Os resultados obtidos indicaram um desempenho intermediário do PSF na atenção a saúde da criança e na atenção a saúde da gestante, a partir do desenho de estudo proposto, que avalia a tríade - estrutura, processo e resultado.

Este desempenho intermediário retrata um cenário fragmentado da atenção a estes grupos, especialmente no que se refere ao princípio da integralidade e das práticas de saúde. As ações são ofertadas de forma individual, centradas nos procedimentos, escassas de informações e de atividades educativas, confirmando a hipótese de que a simples existência do PSF não garante uma atuação transformadora. Não há estímulo a participação comunitária, a contra-referência e a intersetorialidade são inexistentes, o que contribui para dificultar a percepção da comunidade e do indivíduo em sua totalidade e dinamismo.

No entanto, avanços importantes são perceptíveis quando avaliadas a satisfação das usuárias com o PSF, nos atributos de acessibilidade, acolhimento e resolubilidade. O acolhimento classificado, tanto pelas mães como pelas gestantes, como avançado, revela uma percepção diferenciada do PSF pelas usuárias quando comparado ao hospital e retrata uma atitude acolhedora por parte dos profissionais de saúde. Em termos de acessibilidade, apesar de dificuldades geográficas e demoras no tempo de espera para o atendimento, verifica-se maior facilidade de acesso com a presença dos ACS, enfatizando uma melhora na atenção com a implantação do PSF no município.

Em relação a resolubilidade, percebe-se uma diferença de classificação entre as usuárias. As gestantes pontuam uma classificação intermediária e as mães uma classificação avançada. As gestantes participam do atendimento no período da coleta dos dados, desta forma, relatam informações mais recentes sobre a atuação da PSF e mesmo satisfeitas com o acesso, apontam críticas e insatisfações como a falta de informação, de atividades educativas e rapidez no atendimento. Já as mães relatam a importância do programa para os idosos, hipertensos e diabéticos, como sendo um suporte para o hospital nas consultas e atendimentos. Para este grupo o acesso ao atendimento, quando doente, aparece como mais importante.

As representações sociais sobre o processo saúde-doença confirmam e explicam porque o acesso ao atendimento, é para as mães o mais importante. Verifica-se uma

predominância de percepções e representações da saúde como ausência de doença, refletindo que a saúde será garantida com a consulta médica - medicamentosa. No entanto, foram perceptíveis avanços desta visão neste grupo, representações de saúde segundo um conceito positivo como qualidade de vida, como busca e alcance da felicidade e por uma visão mais global determinada por questões sociais, psicológicas e espirituais. Todas as representações estão respaldadas pela atitude cuidadora intrínseca na relação de mãe e filho, sendo, portanto um bom instrumento no planejamento e formulação das atividades desenvolvidas pelo programa.

O modelo proposto para avaliação, baseado na tríade - estrutura, processo e resultado, revela que as dificuldades se interpenetram criando obstáculos no avanço da reorganização da atenção à saúde e na reformulação do modelo assistencial vigente, como exemplo as instalações físicas precárias dificultam o desenvolvimento das atividades educativas e coletivas e desestimulam os profissionais de saúde para tal abordagem, tão importante na prevenção de doenças e na promoção da saúde. A inexistência dos programas de atenção ao grupo de crianças como a AIDPI e ao grupo de gestante como o PHPN dificulta uma melhor organização das ações de saúde pelos profissionais de saúde e gestores, dificultando o desenvolvimento da integralidade e da humanização.

Vale ressaltar, conforme demonstrado neste estudo, a importância da avaliação em saúde como uma atividade constante do PSF, sendo capaz de revelar aspectos negativos e positivos permitindo gerar transformações e mudanças na busca de melhorias nas condições de saúde da população do município.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS GERAIS

ARRUDA, A.M.S. A representação social da saúde num bairro de baixa renda de Campina Grande, Paraíba. *Revista de Psicologia*. Fortaleza, v.3, n.1, p. 49-61, 1985.

BOSI M.L.M.; AFFONSO A.C. Direito a saúde e participação popular: confrontando as perspectivas de profissionais e usuários da rede pública de serviços de saúde. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO F.J. (org.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis RJ: ed Vozes, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual para organização da atenção básica**. Brasília: MS; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde Materno – Infantil no Estado de Pernambuco**. Recife: MS/IMIP/UFPE/DN/SES/PE, 2000. 123p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: MS; 2001.

BRASIL. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde CONASS, 2002.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 8 (2): 569-584, 2003.

COPQUE HLF, TRAD LAB. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v.14; p.223-33. 2005.

COTTA R.M.M.; MENDES F.F., MUNIZ J.N. **Descentralização das políticas públicas de saúde – do imaginário ao real**. Viçosa: UFV – Cebes. 1998.

COTTA R.M.M.; MORALES, M.S.V; COTTA FILHO, JS; GONZÁLES, A.L; RICÓS, J A D; REAL, ER; FOS, S C. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre - Brasil, v. 22, n.1, p. 25-32, 2002.

DESLANDES, S.F., NETO, O.C., GOMES, R.. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Minayo, Maria Cecília (organizadora). Vozes, Rio de Janeiro, 24º edição. 2000.

DONABEDIAN, A.. **Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: um estudo introduttorio**. México. 1990.

FELISBERTO E, CARVALHO, EF, MAGGI RS, SAMICO I. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às doenças prevalentes da infância no Programa Saúde da Família, no estado de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.18, p.1737-45; 2002.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O Acolhimento e os Processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 15(2) 345-353, 1999.

FRIAS PG, LIRA PIC, HARTZ ZMA. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: Hartz ZM, Silva LMV, organizadores. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à pratica de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.151-91.

KERNIK, J.; ROPRET, T. Na evaluation of patient satisfaction amongst family practice patients with diverse ethnic backgrounds. **Swiss Med Wkly**. Vol.132; p.121-124; 2002

LIMA, CC. **Impacto do programa saúde da família na assistência pré-natal e na atenção sanitária de crianças menores de cinco anos no município de Teixeira-MG**. Viçosa, 2004. (Monografia especialização), Departamento de Nutrição e Saúde - Universidade Federal de Viçosa-MG.

LOPES RM, SILVA LMV, HARTZ ZMA. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol 20, Supl 2, p. S283-297, 2004.

NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NOB – SUS (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996).

OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; BRASIL/ MINISTERIO DA SAÚDE. **Condições de eficiência dos serviços de atenção materno-infantil**. Fascículo II. 1987. (Mimeo).

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD), INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA) E FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FJP). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/Índice de Desenvolvimento Humano Municipal**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3ª ed. Editora Atlas. São Paulo. 1999.334p.

SANCHÉZ, T.J.R.; AGUILAR, N.P.; LÓPEZ, N.G. Percepcion de la calidad de la atencion de los servicios de salud en México: perpectivas de los usuários. **Revista de salud pública de México**. Vol. 40. n1, 1998.

SANTOS S. R, CUNHA A. J. L., GAMBA C. M., MACHADO F.G., LEAL FILHO J. M. M. ; MOREIRA N. L M Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil **Rev. Saúde Pública**, 34 (3): 266-71, 2000.

SOLLA, J., FERNANDES, AS. **Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Experiências e desafios na atenção básica e saúde familiar: caso Brasil**. Série técnica. Brasil. 2004.

UNICEF. Um mundo para as crianças: relatório da sessão especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre a criança, supl, n.3, p.80, 2002.

VERAS, A. A. C. A. e cols. **II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (Pernambuco)**. INAN/MS, Imip DN/UFPE, SES-PE. Recife, 1998.

VERAS, AACA; OSÓRIO, MM; FRIAS, PG; SARINHO, SW; ROMANI, SAM. **Avaliação da Atenção a Saúde da criança e da gestante em serviços municipais de saúde em Recife**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco, IMIP, 2004.

VII. Anexos