

KARINE DE OLIVEIRA GOMES

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - DA ASSISTÊNCIA AO  
CUIDADO: AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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

VIÇOSA  
MINAS GERAIS – BRASIL  
2009

KARINE DE OLIVEIRA GOMES

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA - DA ASSISTÊNCIA AO  
CUIDADO: AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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

APROVADA: 25 de junho de 2009.

---

Prof<sup>ª</sup>. Mariangela Leal Cherchiglia  
(Coorientadora)

---

Prof<sup>ª</sup>. Raquel Maria Araújo Amaral  
(Coorientadora)

---

Prof<sup>ª</sup>. Rita de Cássia Lanes Ribeiro

---

Prof<sup>ª</sup>. Sônia Machado Rocha Ribeiro

---

Prof<sup>ª</sup>. Rosângela Minardi Mitre Cotta  
(Orientadora)

## NÃO SEI

Cora Coralina

“Não sei se a vida é curta ou longa demais para nós,  
Mas sei que nada que vivemos tem sentido  
se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve,  
palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia,  
lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que sacia,  
amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo... É o que dá sentido à vida.  
É o que faz que ela não seja curta, nem longa demais,  
mas que seja intensa, verdadeira e pura,  
enquanto durar.”

*Dedico este trabalho aos meus pais **Wander** (in  
memoriam) e **Maria das Graças**; aos meus irmãos  
**Carla, Keli e Francisco** e aos meus sobrinhos  
**João Vitor, Maria Luisa e Ana Clara**, que me  
fizeram entender e sentir o verdadeiro significado  
da palavra “cuidado”.*

*Vocês também têm grande parte nesta conquista...*

*Amo muito todos vocês!*

## AGRADECIMENTOS

“Sonho que se sonha só não passa de um sonho.

Sonho que se sonha em conjunto pode se tornar realidade!”

Paulo Freire

Agradeço a **Deus**, por ter me concedido forças, ânimo e muita perseverança diante de todas as dificuldades. Foram muitas as vezes que pensei em desistir, mas Seu “cuidado” veio em meu socorro e me conduziu adiante.

À minha mãe Maria, irmãos, sobrinhos e cunhados, pelo amor incondicional e apoio em todos os momentos! Também pela compreensão, em função das vezes em que estive ausente e pela tolerância aos “ataques” de nervo e ansiedade!

Ao meu pai **Wander**, pelo esforço que sempre fez para nos conceder a maior herança que um pai pode deixar para um filho... Nos momentos difíceis sempre me lembrava do seu otimismo e da fé que possuía! Tenho certeza de que ele estaria muito orgulhoso com mais esta conquista alcançada em minha vida.

À minha mãe **Maria das Graças**, exemplo de amor, dedicação, força, honestidade e garra! Por ter me ensinado valores fundamentais que hoje me permitem ser uma pessoa mais humana, solidária e responsável, contribuindo com a construção de um mundo melhor e mais justo. Obrigada por ter renunciado a tantas coisas em sua vida para nos proporcionar tudo de melhor. Eu jamais teria chegado aqui sem o seu apoio.

Aos meus irmãos, **Carla, Keli e Francisco**, pessoas especiais pelas quais tenho grande admiração e carinho, agradeço pela sincera amizade, pelo companheirismo e por sempre estarem presentes em minha vida.

Aos meus sobrinhos **João Vitor, Maria Luisa e Ana Clara**, anjos de luz que Deus nos enviou para reanimar as esperanças, fortalecer a fé e o amor no ser humano. Obrigada por iluminar a minha vida com suas descobertas e travessuras, com seus olhares ternos, sorrisos confortantes e também pelas infinitas demonstrações de amor.

À prof<sup>a</sup>. **Rosângela Minardi**, pela confiança e por tanto acreditar em meu potencial! Se não fosse pela oportunidade de trabalho que você me ofereceu, ainda na época da graduação, nada disso teria sido possível... Obrigada por ser muito mais que minha orientadora, mas, sobretudo, minha amiga e companheira em todos os momentos. Obrigada pelo incentivo, paciência, respeito e participação constante em todas as etapas do desenvolvimento deste trabalho! A você eu devo grande parte da minha formação e do meu crescimento profissional... Obrigada por ter me ensinado a admirar o Sistema Único de Saúde (SUS) e cultivado em mim a vontade de lutar cada vez mais pela sua concretização. E obrigada também por ter me apresentado conceitos importantes, que fizeram de mim uma pessoa mais sensível e atenta aos anseios do “outro”.

À **Dani**, grande amiga de longa data, por quem tenho muito respeito e admiração! Obrigada por abrir as portas de Cajuri, facilitando o desenrolar de todas as etapas e tornando possível a realização deste trabalho. Obrigada pelo carinho e apoio em todos os momentos de minha vida!

À **Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde de Cajuri**, pela grande receptividade e ajuda oferecida para a realização da pesquisa.

Aos **gestores, profissionais do PSF** de Cajuri e às **gestantes**, que responderam pacientemente às entrevistas. Agradeço de maneira muito especial, às agentes comunitárias de saúde e aos enfermeiros Evaldo, Maraísa e Regina, que fizeram de tudo para facilitar a realização das entrevistas.

Aos colegas orientados da Rosângela: **Glauce, Poli, Túlio, Manú, Catarina, Kelly, Amanda, Roberta e Janaína**, pessoas que torceram muito pela minha

aprovação no mestrado e que me ajudaram a chegar até aqui. Com vocês sorri, chorei, sofri, mas acima de tudo, cresci como pessoa e profissional, percebendo o verdadeiro valor do companheirismo. Agradeço, em especial, à **Amanda** e **Janaína**, pelo carinho, amizade, sinceridade, doação e cumplicidade em todos os momentos! Vocês estarão sempre presentes em minha vida, obrigada por tudo!

À **Dilcéia**, amiga de todas as horas, por ouvir pacientemente meus desabafos e pela ajuda com a digitação dos textos na revisão bibliográfica, mesmo sem entender nada da área de trabalho... Obrigada pelo carinho, amizade e pelos “cafês” ao fim da tarde, que tanto me ajudavam a recuperar o ânimo.

À dona **Maria José**, minha “segunda mãe” e acima de tudo, minha conselheira nos momentos de dificuldades! Obrigada por cuidar de mim e rezar tanto para que Deus me concedesse fé, força e sabedoria para seguir o meu caminho e alcançar meus ideais. Agradeço, também, por sempre me acolher de maneira tão carinhosa em sua casa.

À **Elaine**, uma grande amiga, exemplo de fé e de espera em Deus. Com você aprendi a perseverar e a reprimir o impulso nos momentos de fraqueza, exercendo o dom do perdão e da paciência. Obrigada pelo apoio oferecido em todos os momentos de minha formação acadêmica, pessoal e profissional.

Ao **Padre Paulo** e a todos os membros da **Pastoral da Criança**, por terem feito parte desta caminhada nos momentos de orações e de amor ao próximo. Com vocês fortaleci o exercício da doação, oferecendo orientação profissional, amor e atenção aos menos favorecidos.

Aos colegas da turma de formação em **Terapia Comunitária**, em especial ao mestre **Maurino Bertoldo** pelo carinho, atenção e apoio em todos os momentos, e também por me mostrar a importância da flexibilidade e da escuta, reforçando ainda mais a minha preocupação com o resgate da autonomia do ser humano. Aos amigos(as) **Nethe, Nathy, Soninha, Érica, Tatiana, Ronaldo, Luciano, Míriam** e **Tereza**, pelo

cuidado que me ofereceram durante o curso e por me ensinarem a valorizar o meu potencial.

À **Prefeitura Municipal** e à **Secretaria Municipal de Saúde de Paula Cândido**, por consentir a adaptação do meu horário de trabalho e pela oportunidade oferecida, que me permitiu aprender tanto sobre o nosso sistema de saúde, o SUS, no qual eu tanto acredito. Agradeço em especial, ao prefeito **Sr. João Carvalho**, que sempre acreditou no meu trabalho, oferecendo o apoio e as condições necessárias para o desenvolvimento de todas as atividades e a todos os **funcionários do Posto de Saúde e do PSF**, amigos e companheiros em todas as etapas deste projeto. Obrigada pelas orações e torcida, sem a compreensão e o incentivo de vocês tudo teria sido mais difícil.

Às bolsistas de iniciação científica **Tatiana, Larissa, Luciana e Lívia**, pessoas admiráveis pela doçura, responsabilidade, educação e dedicação. Obrigada pelo apoio e incentivo. Agradeço, carinhosamente, à Tati, pela ajuda nas transcrições de algumas entrevistas.

Às co-orientadoras Prof<sup>as</sup>. **Mariangela Leal Cherchiglia e Raquel Maria Amaral Araújo**, pela atenção e valiosas contribuições.

Às Prof<sup>as</sup>. **Rita de Cássia Lanes Ribeiro e Sônia Machado Rocha Ribeiro**, por terem aceitado, gentilmente, o convite para fazer parte da banca.

Aos **colegas** do mestrado, pelos agradáveis momentos de trabalho e lazer. Agradeço, em especial, à rede social de amigos construída na disciplina Políticas de Promoção da Saúde: **Adriana, Alynne, Amanda, Daniela, Fabiana, Grazielle e Luíz**, com vocês fortaleci os meus conhecimentos sobre a essência deste trabalho. Agradeço também à **Amanda Mello, Otaviana, Hudsara e Lorena**, pelo carinho e amizade.

À **Lourdes e Sandra**, inicialmente apenas novas colegas de trabalho, hoje grandes amigas e companheiras. Agradeço todo o carinho, incentivo e apoio nos momentos finais deste trabalho.

Aos professores e funcionários do **Departamento de Nutrição e Saúde**, que tanto contribuíram para minha formação acadêmica e pessoal.

À **Universidade Federal de Viçosa**, instituição de extrema relevância para o cenário nacional, e da qual me orgulho muito em fazer parte! Obrigada por enriquecer a minha formação acadêmica, pessoal e profissional com a abundância de oportunidades oferecidas.

## BIOGRAFIA

Karine de Oliveira Gomes, filha de Wander Gomes de Oliveira (*in memoriam*) e Maria das Graças de Oliveira Gomes, nasceu em 03 de janeiro de 1979, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Em 1999 ingressou no curso de Nutrição da Universidade Federal de Viçosa, o qual concluiu em janeiro de 2004. Trabalhou na GR Serviços de Alimentação entre 2004 a 2006, realizando supervisão e administração de restaurantes industriais, nas unidades da Aracruz Celulose/SA e Companhia Siderúrgica Tubarão (CST/ES).

Trabalhou na Prefeitura Municipal de Paula Cândido como coordenadora do Sistema Municipal de Alimentação e Nutrição, realizando atividades individuais e coletivas de incentivo à adoção de hábitos saudáveis de alimentação e estilos de vida, junto ao Programa Saúde da Família, no período de 2006 a 2008.

Em maio de 2005 iniciou o curso de especialização em Nutrição e Saúde, área de concentração em Saúde Pública, na Universidade Federal de Viçosa, o qual concluiu em setembro de 2006. O título da monografia foi “Saúde e nutrição da população rural de Airões, município de Paula Cândido, MG: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família (PSF) no perfil epidemiológico da população e diagnóstico da anemia ferropriva em crianças de 0 a 60 meses”, trabalho que conquistou menção honrosa no Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS, em outubro de 2007.

Em agosto de 2007 iniciou o curso de mestrado no Programa de Pós-graduação em Ciência da Nutrição da mesma universidade, na área de Saúde e Nutrição de Grupos Populacionais. Atualmente trabalha no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Patos de Minas – MG.

## CONTEÚDO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xiv
LISTA DE TABELAS E FIGURAS.....	xv
RESUMO.....	xvi
ABSTRACT.....	xix
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	4
2.1. Paradigmas sanitários: refletindo sobre os elementos chaves para se (re)pensar práticas e ações em saúde.....	4
2.2. Atenção Primária a Saúde: pedra de toque do Sistema Único de Saúde.....	8
2.3. Integralidade em saúde e construção de redes: importantes eixos de práticas sanitárias inovadoras.....	10
2.4. Cuidado em saúde: construindo relações simétricas entre sujeitos.....	15
2.5. A formação de profissionais de saúde: elemento estratégico para a mudança da práxis sanitária.....	17
3. OBJETIVOS.....	21
3.1. Objetivos Gerais.....	21
3.2. Objetivos Específicos.....	21
4. SUJEITOS E MÉTODOS.....	22
4.1. Caracterização da área do estudo.....	22
4.2. Sujeitos.....	24

4.3. Desenho do Estudo.....	25
4.4. Coleta e Análise dos Dados.....	26
4.4.1. Técnicas de Coleta dos Dados.....	26
4.4.1.1. Entrevista Semi-Estruturada.....	27
4.4.1.2. Análise dos prontuários.....	28
4.4.2. Análise dos Dados.....	28
4.4.2.1. Análise Quantitativa.....	28
4.4.2.2. Análise de Conteúdo.....	28
4.4.2.3. Representações Sociais.....	29
4.5. Estudo Piloto.....	30
4.6. Aspectos éticos.....	31
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
6. RESULTADOS.....	44
6.1. A PRÁXIS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTEXTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES ESTRATÉGICAS.....	44
<i>Resumo</i> .....	44
<i>Abstract</i> .....	45
<i>Introdução</i> .....	46
<i>Métodos</i> .....	48
<i>Resultados e discussão</i> .....	49
<i>Considerações finais</i> .....	64
<i>Referências bibliográficas</i> .....	65

6.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – A ‘MENINA DOS OLHOS’ DO SUS: SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROTAGONISTAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	71
<i>Resumo</i> .....	71
<i>Abstract</i> .....	72
<i>Introdução</i> .....	73
<i>Métodos</i> .....	75
<i>Resultados e discussão</i> .....	79
<i>Considerações finais</i> .....	91
<i>Referências bibliográficas</i> .....	92
6.3. PROCESSO SAÚDE, DOENÇA E SOFRIMENTO: CONSTRUINDO UMA NOVA PRÁXIS DE CUIDADO À LUZ DE AÇÕES EM SAÚDE INOVADORAS E INCLUSIVAS.....	99
<i>Resumo</i> .....	99
<i>Abstract</i> .....	99
<i>Introdução</i> .....	100
<i>Métodos</i> .....	102
<i>Resultados e discussão</i> .....	103
<i>Considerações finais</i> .....	116
<i>Referências bibliográficas</i> .....	118
7. CONCLUSÕES GERAIS.....	124
8. ANEXOS.....	125
8.1. ANEXO I - Questionário destinado aos Gestores Municipais.....	125
8.2. ANEXO II - Questionário destinado aos ACS e Profissionais de Nível Técnico.....	128

8.3. ANEXO III - Questionário destinado aos Profissionais de Nível Superior.....	133
8.4. ANEXO IV - Questionário destinado às usuárias (gestantes).....	138
8.5. ANEXO V - Roteiro para análise dos prontuários.....	143
8.6. ANEXO VI - Consentimento Livre e Esclarecido.....	144
8.7. ANEXO VII - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	147
8.8. ANEXO VIII - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa.....	148

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
APS -	Atenção Primária à Saúde
DATASUS -	Departamento de Informática do SUS
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNUD -	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF -	Programa Saúde da Família
SMS -	Secretaria Municipal de Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
OMS -	Organização Mundial da Saúde
OPAS -	Organização Panamericana de Saúde
UNESCO -	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
WHO -	World Health Organization

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

### **ARTIGO 1 - A PRÁXIS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTEXTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES ESTRATÉGICAS.**

	<b>Página</b>
Tabela 1 Perfil dos ACS do Programa Saúde da Família. Cajuri, MG, Brasil, 2008.....	50

### **ARTIGO 2 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – A ‘MENINA DOS OLHOS’ DO SUS: SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROTAGONISTAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

	<b>Página</b>
Figura 1 Subespaços construídos sobre as representações sociais do PSF a partir da percepção dos gestores, profissionais de saúde e usuárias. Município de Cajuri, MG, 2008.....	82
Tabela 1 Núcleos de sentidos sobre o PSF, de acordo com os depoimentos dos gestores e profissionais. Município de Cajuri, MG, 2008.....	85
Quadro 1 Representação social sobre Atenção Primária à Saúde dos gestores, profissionais de saúde e usuários. Município de Cajuri, MG, 2008.....	87

## RESUMO

GOMES, Karine de Oliveira. M.Sc. Universidade Federal de Viçosa, junho de 2009. **Programa Saúde da Família - da assistência ao cuidado: avaliação da implementação da Atenção Primária à Saúde.** Orientadora: Rosângela Minardi Mitre Cotta. Coorientadoras: Mariangela Leal Cherchiglia e Raquel Maria Amaral Araújo.

A Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde aos cuidados essenciais à saúde, constituindo-se no primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS. O PSF incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e objetiva transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro – médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital o lócus de solução para todo e qualquer problema de saúde –, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e transdisciplinar, centrado na família e na comunidade. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar a Atenção Primária à Saúde no contexto do PSF do município de Cajuri, MG, a partir da prática cotidiana das ações e serviços de saúde oferecidos. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de abordagem quali-quantitativa, realizado durante o mês de novembro de 2008. Fizeram parte do estudo os protagonistas do sistema municipal de saúde local: os gestores municipais (n=2), os profissionais do PSF (n=22) e as gestantes cadastradas no PSF (n=21). Os instrumentos utilizados para coleta dos dados foram: 1) entrevistas semi-estruturadas, realizadas no domicílio ou no local de trabalho dos entrevistados e 2) revisão dos prontuários a partir de um roteiro estruturado, construído de acordo com as orientações propostas pelo Manual Técnico do Ministério da Saúde - *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Os questionários foram elaborados pela equipe coordenadora da pesquisa, com base nos pressupostos teóricos de Gérvas *et al.* (1987), Mendes (2002) e Starfield (2002). As entrevistas foram gravadas, após

consentimento dos informantes, e transcritas, respeitando-se a pronúncia e a sintaxe utilizadas pelos entrevistados. Utilizou-se a Triangulação de Métodos como estratégia de abordagem dos dados; os dados quantitativos foram analisados no software *Microsoft Office Excel*, e os qualitativos segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Analisando as representações sociais sobre o SUS, foi encontrado um inadequado nível de apreensão e conhecimento dos seus princípios e diretrizes, mais expressivamente no grupo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e no grupo das gestantes. A maioria dos discursos caracterizou o PSF como uma estratégia que tem apontado características possibilitadoras da inversão do modelo assistencial, trazendo muitos benefícios para a saúde da população, especialmente devido à facilitação do acesso proporcionada pela visitas domiciliares e pela busca ativa realizada pelos profissionais. Não obstante, foram percebidas fortes influências do modelo biomédico, principalmente nos discursos dos ACS, que, embora realizassem a educação em saúde, na maioria das vezes era realizada de forma individualizada, centrada no reforço da assistência médica e na prevenção de riscos específicos. Quanto às características da APS, observou-se predominantemente um conjunto de percepções positivas, demonstrando um estágio avançado de desenvolvimento do PSF em Cajuri. A *atenção ao primeiro contato*, a *longitudinalidade* e a *integralidade* foram as características que apresentaram um estágio avançado nas ações realizadas pelo PSF, expressas pela facilitação do acesso, pela criação do vínculo entre os profissionais de saúde e a população usuária, e pela alta resolubilidade do PSF em relação aos problemas de saúde da população. No entanto, em relação à *coordenação da atenção*, esta foi a característica que apresentou o menor alcance no município, devido à ineficiência do sistema de referência e contra-referência. Assim, o desafio da integração com os demais níveis de atenção aparece como um dos principais entraves ao pleno desenvolvimento das dimensões da APS em Cajuri, associado ainda à alta rotatividade e ao não

cumprimento da carga horária de trabalho pelos profissionais médicos, além das questões políticas relacionadas ao velho “jogo clientelista”. Igualmente, a ausência de perfil dos profissionais para o trabalho no PSF, a inexistência de vínculo trabalhista e os baixos salários também foram relatados como entraves ao pleno desenvolvimento das características da APS. Em relação ao cuidado em saúde e trabalho em equipe multiprofissional, o enfoque no cuidado foi percebido nos discursos dos profissionais, especialmente pelo conhecimento da população e do seu meio de vida, assim como dos principais fatores de riscos aos quais as famílias de sua área adscrita estavam expostas. Desta forma, os resultados apontam para uma identificação dos protagonistas do SUS sobre o PSF como uma estratégia de reestruturação da APS no município. Como alternativas às mudanças necessárias para o aprimoramento das dimensões da APS, destacam-se a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais e na estruturação dos demais níveis de atenção à saúde por parte do governo, visando garantir a criação de uma rede de atenção integrada e contínua. Por fim, é essencial que haja maior valorização do serviço público, através do estabelecimento de vínculos formais de trabalho e do oferecimento de salários mais justos e condizentes com as responsabilidades que o trabalho exige.

## ABSTRACT

GOMES, Karine de Oliveira. M.Sc. Universidade Federal de Viçosa, June, 2009. **Family Health Program - of the attendance to the care: evaluation of the implementation of the Primary Health Care.** Adviser: Rosângela Minardi Mitre Cotta. Co-advisers: Mariangela Leal Cherchiglia and Raquel Maria Amaral Araújo.

The Primary Health Care (APS) it corresponds to the essential cares to the health, it constitutes the first contact level with the national system of health and the first element of a continuous process of attention. In Brazil, the Family Health Program (PSF) it is the main implementation strategy and organization of APS. PSF incorporates the beginnings of the Single Health System (SUS) and lens to transform the traditional model Brazilian sanitarium - doctor, medicamentoso, curative and individual, that it has at the hospital the solution lócus for whole and any problem of health -, in a collective model of health, multiprofissional and transdisciplinar, centered in the family and in the community. Like this, this study had as objective evaluates the primary health care in the context of PSF of the municipal district of Cajuri, MG, starting from the daily practice of the actions and services of health offered. It is a descriptive cross-sectional study, with a combined qualitative-quantitative approach, done during the period of month november of 2008. They made part of the study the protagonists of the municipal system of local health: the municipal managers (n=2), the professionals of PSF (n=22) and the pregnant women registered in PSF (n=21). The used data collections instruments used were: 1) semi-structured interviews conducted at the interviewees' home or workplace and 2) revision of the handbooks starting from a structured itinerary, built in agreement with the orientations proposed by the Technical Manual of Ministry of Health - Prenatal and Puerpério: qualified attention and humanized. The questionnaires were elaborated by the coordinating team of the research, with base in the theoretical presuppositions of Gérvas et al. (1987), Mendes (2002) and Starfield (2002). The

interviews were recorded after consent of the informants and transcribed, respecting the spelling and syntax used by interviewees. The Triangulation of Methods was used as strategy of approach of the data; the quantitative data were analyzed using the software *Microsoft Office Excel*; the content analysis proposed by Bardin (1977) was used to analyze the qualitative data. Analyzing the social representations on SUS, it was found an inadequate apprehension level and knowledge of their beginnings and guidelines, more expressivamente in the group of the Community Agents of Health (ACS) and in the pregnant women's group. Most of the speeches characterized PSF as a strategy that has been pointing characteristics possibilitadoras of the inversion of the model assistencial, bringing many benefits for the health of the population, especially due to the facilitation of the access provided by the home visits and for the search it activates accomplished by the professionals. In spite of, they were noticed strong influences of the biomedical model, mainly in the community agents' of health speeches (ACS), that, although they accomplished the education in health, most of the time she happened in an individualized way, centered in the reinforcement of the medical aid and in the prevention of specific risks. As for the characteristics of APS, it was observed a group of positive perceptions predominantly, demonstrating an advanced apprenticeship of development of PSF in Cajuri. The attention to the first contact, the longitudinality and the integrality was the dimensions that presented an advanced apprenticeship in the actions accomplished by PSF, expressed for the facilitation of the access, for the creation of the bond between the professionals of health and the population user, and for the high resolubilidade of PSF in relation to the problems of health of the population. However, in relation to the coordination of the attention, this was the characteristic that presented the smallest reach in the municipal district, due to the inefficiency of the reference system and against-reference. Like this, the challenge of the integration with the other levels of attention appears as one of the main impediments to the full

development of the dimensions of APS in Cajuri, still associated to the high rotation and the non execution of the work workload by the medical professionals, besides the political subjects related to the old fair "play clientelista". Equally, the absence of the professional's profile for the work in PSF, the inexistence of I link labor and the low wages were also told as impediments to the full development of the characteristics of APS. In relation to the care in health and work in team multiprofessional, the focus in the care was noticed in the professionals' speeches, especially for the knowledge of the population and of his/her middle of life, as well as of the main factors of risks to the which the families of his area adscrita were exposed. This way, the results appear for an identification of the protagonists of SUS on PSF as a strategy of restructuring of APS in the municipal district. As alternatives to the necessary changes for the improvement of the dimensions of APS, stand out the need of investments in the professionals' training and in the structuring of the other levels of attention to the health on the part of the government, seeking to guarantee the creation of a net of integrated attention and continuous. Finally, it is essential that there is larger valorization of the public service, through the establishment of formal bonds of work and of the offer of fairer and suitable wages with the responsibilities that the work demands. Finally, it is essential that there is larger valorization of the public service, through the establishment of formal bonds of work and of the offer of fairer and suitable wages with the responsibilities that the work demands.

## 1. INTRODUÇÃO

Historicamente, o modelo de atenção à saúde no Brasil foi marcado pela predominância da assistência médica-medicamentosa, curativa, individual, especializada e centrada no procedimento, tendo como ponto de partida a atenção sanitária voltada para a doença, princípios definidores do paradigma flexneriano. A proposta de rompimento desse modelo veio com o ordenamento jurídico-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que o modelo anterior – “INAMPISTA” – não respondia aos problemas organizacionais e operacionais dos serviços de saúde, de maneira a atender às reais necessidades da população (Cotta *et al.*, 1998; Bydlowski *et al.*, 2004; Scherer *et al.*, 2005; Mendes, 2006).

Fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a criação e implementação do SUS está baseada no paradigma da produção social da saúde, caracterizado por uma nova e ampliada concepção do processo saúde-doença e pela prática sanitária pautada na vigilância à saúde, como resposta social organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões (Santos e Westphal, 1999; Mendes, 2006; Dias *et al.*, 2007).

Neste contexto, o Programa Saúde da Família (PSF) surgiu no cenário brasileiro como estratégia de reorientação do modelo assistencial, apresentando uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde. O programa tem como principais características a adscrição da clientela - através da definição de território de abrangência da equipe; o enfoque sobre a família - a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; atuação em equipe multiprofissional; atividade preventiva em saúde; detecção das necessidades da população em substituição à ênfase na demanda

espontânea e, por fim, a atuação intersetorial com vistas à promoção da saúde (Brasil, 2001; Brasil, 2005).

Destarte, a emergência de novas propostas no campo da saúde pública, tais como a promoção da saúde, vigilância à saúde, saúde da família, abordagem dos determinantes sociais de saúde, entre outras, traz ao debate convites à renovação das práticas sanitárias. No entanto, a efetiva consolidação e desenvolvimento dessas propostas dependem de transformações bastante radicais no modo de pensar e fazer saúde, especialmente em seus pressupostos e fundamentos (Ayres, 2004).

Segundo Machado *et al.* (2005), o cuidado no campo da saúde é sua própria razão de ser, é o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam nos diferentes cenários. Por isso, podemos utilizá-lo como categoria analítica para interrogar os modos como são produzidas as práticas de saúde e como são organizadas as instituições responsáveis por essa produção.

Assim, ao focalizar a dimensão do cuidado em saúde em contextos de avaliação de programas e serviços, torna-se necessário que se examinem os sujeitos implicados neste cenário, assim como seus comportamentos e suas interações (Bosi e Uchimura, 2006).

Desde esta perspectiva, a eficiência do PSF tem sido comprovada por diferentes estudos que demonstraram os impactos positivos produzidos nos indicadores de saúde da população (Silva, 2003; Andrade *et al.*, 2004; Brasil, 2005; Facchini *et al.*, 2006; Roncalli e Lima; 2006; Gomes *et al.* 2008). Entretanto, as equipes de saúde da família ainda encontram dificuldades para agir em conformidade com os princípios da atenção primária, oferecendo, em muitas das práticas realizadas no cotidiano dos serviços, respostas pontuais às demandas da população, até então, fortemente marcadas pelo discurso flexneriano (Mendes, 2002; Ayres, 2004; Silva Jr. *et al.*, 2005; Araújo e Rocha, 2007; Rodrigues *et al.*, 2008).

Entre os obstáculos relacionados a estas práticas inadequadas, muitos estudos apontam para o fato de que, até o momento, vigoram no país inadequado nível de apreensão e conhecimento dos princípios do SUS e do PSF por parte dos protagonistas do sistema de saúde (Cotta *et al.* 1998; Rosa *et al.*, 2004; Cotta *et al.*, 2006a; Gomes *et al.* 2008; Martins *et al.*, 2008), evidenciando que parte dos profissionais de saúde encontrados no mercado não têm o perfil profissional e de formação para atuar no SUS, segundo seus princípios e diretrizes ligados ao paradigma da produção social da saúde (Mendes, 2002; Alves, 2005; Lacerda e Valla, 2005; Ceccim e Ferla, 2006; Cotta *et al.*, 2006a; Cotta *et al.*, 2006b; Cotta *et al.*, 2007; Ceccim e Pinto, 2007; Costa *et al.* 2009).

Esta realidade coloca em pauta a necessidade de se conhecer o perfil e investigar o modelo formador dos profissionais de saúde, para orientar a elaboração de medidas que reforcem sua qualificação e melhorem o desempenho das atividades sanitárias, visando oferecer uma atenção mais adequada e condizente com as verdadeiras demandas da população (Cotta *et al.*, 2006b; Bosi e Uchimura, 2006; Cotta *et al.*, 2007; Ceccim e Pinto, 2007).

Ademais, é de fundamental importância verificar qual é o entendimento que a população usuária possui sobre o sistema sanitário, assim como o nível de sua participação nas ações desenvolvidas, uma vez que para a Organização Panamericana da Saúde (OPAS, 1991, p.4) “aumentar o poder de decisão das pessoas e a participação comunitária são fatores essenciais num processo democrático de promoção da saúde e a força motriz para a autoconfiança e o desenvolvimento”.

Diante do exposto, este estudo se propôs a avaliar as ações e serviços oferecidos pelo PSF, no município de Cajuri-MG, a partir das representações sociais dos gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde sobre as dimensões da Atenção Primária à Saúde (APS) - *atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.*

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### *2.1. Paradigmas sanitários: refletindo sobre os elementos chaves para se (re)pensar práticas e ações em saúde*

Mudanças de paradigmas estão ocorrendo, tanto no âmbito da ciência como da arena social. O paradigma que agora se questiona dominou as diferentes culturas por várias centenas de anos com suas idéias e valores entrincheirados, caracterizados pela visão do universo como um sistema mecânico composto de blocos elementares; do corpo humano como uma máquina e da vida em sociedade como uma luta competitiva pela existência (Capra, 2006).

A necessidade de novos olhares sobre a realidade vem afirmar que o paradigma da decifração, manipulação e controle dos fenômenos começa a ser questionado pela própria ciência, devido, em grande parte, à descoberta dos fenômenos complexos, que são difusos, ambíguos e ambivalentes. Desta forma, a complexidade da realidade exige o avanço no sentido de compreender formas de agir que possam novamente religar os conhecimentos, o contexto e a singularidade das interações, assim como ampliar a compreensão dos fenômenos (Falcón *et al.*, 2006).

Do mesmo modo, o sistema de saúde brasileiro vive há mais de duas décadas um processo de mudança iniciado com o movimento da reforma sanitária, na década de 1980 (Campos, 2003). No entanto, para o entendimento da história e do desenvolvimento das políticas de saúde no país, torna-se fundamental a discussão sobre a evolução dos paradigmas sanitários e a influência das correntes de pensamentos neste processo, uma vez que as concepções acerca do processo saúde-doença dão sentido à prática sanitária e às ações dos profissionais de saúde.

As correntes de pensamento sociológicas são visões de mundo que direcionam a construção do conhecimento da realidade e a interpretação das relações entre medicina, saúde e sociedade (Triviños, 1987; Richardson *et al.*, 1999; Minayo, 2007). Ademais, para Minayo (2007, p.80) “as diferentes visões presentes nas interpretações da realidade, pelos distintos sujeitos sociais, refletem a dificuldade do pensamento em apreender e compreender a ‘saúde’ em toda a sua complexidade e articulações”.

O paradigma dominante no campo científico da saúde fundamenta-se em uma série de pressupostos oriundos do positivismo (Scherer *et al.*, 2005, p.55), sendo o funcionalismo, especificamente, a corrente de pensamento mais utilizada nas abordagens e práticas do setor saúde (Buchabqui *et al.*, 2006; Minayo, 2007).

Este paradigma, denominado biomédico ou flexneriano, é caracterizado por um conjunto de elementos que coexistem e se complementam, tais como o curativismo, mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização e tecnificação (Santos e Westphal, 1999; Scherer *et al.*, 2005; Mendes, 2006; Capra, 2006), fatores que reduzem a atenção sanitária à especialização médica e à medicalização da vida (Marcondes, 2004; Tesser, 2006; Cotta *et al.*, 2007; Besen *et al.*, 2007).

Influenciado pela teoria funcionalista, no modelo flexneriano a saúde-doença é entendida como “um estado de perturbação no funcionamento normal do indivíduo humano total, compreendendo-se o estado do organismo como o sistema biológico e seus ajustamentos pessoal e social” (Parsons, 1951, p.48 *apud* Minayo, 2007, p.93), ou seja, a doença representa “uma conduta desviada” e a prática médica é um mecanismo do sistema social que reconduz o doente à normalidade (Minayo, 2007, p.93).

Assim, o ser humano é visto como uma máquina e a doença como um mau funcionamento do organismo, conferindo ao médico o papel mecanicista de intervir física ou quimicamente para consertar um defeito de funcionamento do mecanismo (Santos e Westphal, 1999; Scherer *et al.*, 2005; Mendes, 2006; Capra, 2006; Tesser, 2006; Dias *et al.*, 2007; Lefevre e Lefevre, 2007; Minayo, 2007).

Esta concepção não só sustenta a razão de ser do sistema produtivo, através do controle tecnológico da doença que reforça o capitalismo contemporâneo e o livre comércio de bens e serviços ditos de saúde (Santos e Westphal, 1999; Campos, 2003; Lefevre e Lefevre, 2007), como também promove o deslizamento permanente da doença para o doente, levando à individualização da saúde pública e à culpabilização da população diante da falta de auto cuidado (Marcondes, 2004; Vasconcelos, 2006; Lefevre e Lefevre, 2007; Besen *et al.*, 2007; Noronha *et al.*, 2009).

Além disso, o paradigma flexneriano desconsidera a participação dos usuários no seu próprio processo de recuperação e tampouco estimula a participação comunitária para a transformação dos determinantes da saúde, menosprezando o senso comum e a cultura da população (Duarte *et al.*, 2007; Rios *et al.*, 2007). Do mesmo modo, reforça a dominação corporativa dos médicos e confere tratamento subalterno aos outros profissionais da área da saúde (Stotz e Araújo, 2004; Minayo, 2007).

Todavia, a influência da concepção biomédica na saúde tem sido alvo de muitas críticas, sendo responsabilizada pela perda da capacidade de adaptação da população ao meio social, em função da medicalização da vida e da ilusão de que a medicina é capaz de acabar com a dor, com o sofrimento e com a doença, o que compromete a capacidade cultural dos indivíduos e da sociedade contemporânea de lidar com a vida e morte (Campos, 2003; Marcondes, 2004; Mendes, 2006; Minayo, 2007; Radis, 2007).

Neste contexto, em oposição ao positivismo e em resposta às insuficiências do paradigma flexneriano, emerge a fenomenologia e suas linhas holísticas que ampliaram a concepção da saúde e da doença. Diante disso, a saúde passou a ser compreendida como um processo, resgatando a responsabilidade dos indivíduos e introduzindo o componente ético na relação da ciência com a sociedade, o que evidenciou a necessidade da reorientação do sistema de saúde (Richardson *et al.*, 1999; Minayo, 2007).

Nesta ocasião a humanização da saúde aparece como elemento estratégico, afirmando que as práticas do processo saúde–doença–adoecimento, longe de se reduzirem a uma evidência orgânica e objetiva, estão intimamente relacionadas com as características de cada contexto sociocultural e também com a experiência subjetiva de cada pessoa (Marcondes, 2004; Mendes, 2006; Dias *et al.*, 2007; Noronha *et al.*, 2009).

Não obstante, foi a corrente de pensamento Marxista que determinou o caráter de posição ideológica e política no Brasil, nas décadas de 70 e 80, repercutindo nos movimentos sociais e influenciando questões relativas ao direito e outros temas emergentes. No setor saúde, seu peso teórico, político e ideológico, aliado à nova concepção de saúde, foi manifestado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e posteriormente, no capítulo dos Direitos Sociais da Constituição Federal de 1988, com a criação do SUS e a aprovação da universalização da saúde (Cotta *et al.*, 1998; Santos e Westphal, 1999; Buchabqui *et al.*, 2006; Minayo, 2007; Costa *et al.* 2009).

O SUS desponta, então, como um novo paradigma na atenção à saúde, apresentando princípios e diretrizes que rompem com o modelo flexneriano e criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde. E a partir da configuração do PSF como sua dimensão operacional, coloca em foco o Paradigma da Produção Social da Saúde, com ênfase no cuidado, na atenção primária, na prática sanitária da vigilância à

saúde e no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar (Santos e Westphal, 1999; Scherer *et al.*, 2005; Mendes, 2006; Noronha *et al.*, 2009).

## ***2.2. Atenção primária a saúde: pedra de toque do Sistema Único de Saúde***

A APS cumpre papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, porque propicia a construção contínua de um agir em saúde capaz de renovar e recriar novas práticas, mediante a inclusão da população e de diferentes conhecimentos construídos na relação entre profissionais, usuários e gestores (Pinheiro e Mattos, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a APS corresponde à atenção essencial à saúde, baseada em tecnologias acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade. Além disso, a atenção primária é parte integral do sistema de serviços de saúde, representando sua função central e o principal foco de desenvolvimento social e econômico da comunidade. Constitui o primeiro nível de contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, representando o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OPAS, 1978).

Para Starfield (2002, p.28) “a atenção primária é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo e para todas as condições. A APS também organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. E mais, a atenção primária forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde”.

Embora a estruturação de sistemas de saúde com base na atenção primária seja uma das exigências das concepções modernas dos sistemas integrados de saúde, existem duas opções para a organização dos sistemas de serviços de saúde: *os sistemas fragmentados* ou *os sistemas integrados*. Enquanto nos *sistemas fragmentados* vige uma visão de estrutura piramidal, onde os pontos de atenção à saúde devem ser organizados por níveis hierárquicos, nos *sistemas integrados* esta concepção é substituída pela conformação de uma rede horizontal integrada de pontos de atenção à saúde, com distintas densidades tecnológicas, mas sem hierarquia entre eles (Mendes, 2002).

No Brasil, a figura clássica da pirâmide tem sido utilizada para representar o modelo tecno-assistencial de construção plena do SUS. A proposta da pirâmide representa a possibilidade de uma racionalização do atendimento, estabelecendo a rede básica de serviços – a atenção primária – como a *porta de entrada* no sistema de saúde e permitindo um fluxo ordenado de pacientes, com o objetivo de trabalhar as demandas por assistência nos espaços tecnológicos adequados (Cecílio, 2004, p.94).

Esta idéia de uma “porta”, ou seja, de um ponto de entrada ou primeiro contato cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por níveis de atenção, uma vez que os problemas trazidos pelos pacientes são geralmente vagos e a ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida ou ser adiada, incorrendo em gastos adicionais (Starfield, 2002).

Contudo, de acordo com Cecílio (2004, p. 100-101), “tem-se insistido em defender determinadas missões para os serviços localizados nos vários níveis da pirâmide que não guardam relação com a realidade. E quem mais sofre com isso é a população dependente do SUS, que tenta acessar os cuidados de que necessita por

múltiplas entradas, buscando garantir alguma integralidade de atendimento por conta própria, na medida em que o sistema de saúde não se organiza para isso”.

Diante disso, “há que nos lembrarmos, permanentemente, do que consta no artigo 198 da Constituição Federal: *as ações e serviços de saúde integram uma rede, que constitui um sistema único, organizado pelas lógicas da descentralização da gestão, integralidade da atenção e dependência de participação*. Portanto, regionalização e hierarquização devem atender aos atributos de estarem integradas em rede, constituindo um sistema único e que atenda aos interesses locais, oferecendo atenção integral e correspondente às necessidades e anseios dos usuários” (Ceccim e Ferla, 2006, p.167).

### ***2.3. Integralidade em saúde e construção de redes: importantes eixos de práticas sanitárias inovadoras***

O conceito de integralidade remete ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e das competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população (Silva Jr *et al.*, 2005). Sendo assim, os cuidados primários de saúde devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos (OPAS, 1978).

Os sistemas integrados de serviços de saúde são aqueles organizados através de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, estruturado a partir da APS, que presta uma assistência contínua a uma população definida – no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo – e ainda, que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essa população (Mendes, 2002).

Neste sentido, para Schaedler (2004, p. 86-87), “a opção pelo trabalho em redes não pretende defender a constituição de um novo modelo organizacional em substituição ao da pirâmide, trata-se, antes, de tentar perceber uma nova prática pedagógica, com possíveis implicações para a formação e o desenvolvimento na saúde. Assim, pouco importa as dimensões da rede, uma vez que ela não é definida por sua forma ou por seus limites extremos, mas por suas conexões, ou seja, por seus pontos de convergência e de bifurcação”.

Esta proposta inova na medida em que redefine a idéia de redes de ações e serviços de saúde como uma cadeia de cuidado progressivo em saúde, no qual se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e a disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde (Pinheiro e Mattos, 2006).

Por conseguinte, em lugar da tradicional pirâmide de porta de entrada única e mobilidade padronizada, atada num trânsito somente formal e técnico-racionalista (serviço-centrados; profissional-centrados), estabelece-se uma malha de cuidados ininterruptos, organizada de forma progressiva e a partir de uma hierarquia horizontalizada em linha de cuidado, enlaçando-se inclusive, com práticas que não compõem o sistema formal de saúde (Ceccim e Ferla, 2006).

Embora o Ministério da Saúde tenha adotado o PSF como política nacional e estratégia de implementação e organização da APS no país (Brasil, 2001; Mendes, 2002; Conass, 2004; Brasil, 2006; Mendes, 2006; Noronha *et al.*, 2009), o desafio do atendimento integral ainda permanece, apontando a necessidade da reestruturação e articulação do sistema de saúde, assim como a importância da renovação das práticas dos profissionais (Campos, 2003).

Vários estudos indicam a ausência de uma rede integral e regionalizada de referência e contra-referência de serviços assistenciais como o principal obstáculo para o pleno desenvolvimento da integralidade. Além disso, o prevalecimento do trabalho centrado na consulta médica e na distribuição de fichas para demanda aberta, em detrimento das ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde, também são fatores que dificultam a concretização da integralidade (Escorel *et al.*, 2007; Sousa, 2008; Conill, 2008; Rocha *et al.*, 2008; Souza *et al.*, 2008).

Segundo a orientação da Política Nacional de Humanização, os profissionais devem ultrapassar as fronteiras rígidas dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde e aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede do SUS na produção da saúde, gerando mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (Brasil, 2004).

Esta proposta pressupõe a compreensão dos nexos constituintes entre cuidado e integralidade como práticas cotidianas que ressignificam as relações sociais e tencionam as relações de produção, pelo reconhecimento do caráter intersubjetivo inerente à condição de *ser* humano em diferentes territórios, problematizando sua inserção nos processos de trabalho e nas interações entre sujeitos (Pinheiro e Guizardi, 2005).

Desta forma, a produção do cuidado e a afirmação da vida trazem consigo um processo de desenvolvimento de ações e serviços de saúde comprometidos com as respostas possíveis às dores, angústias e aflições, assim como aos sofrimentos e problemas que chegam aos serviços de saúde. Nesse caso, o processo de consultar, atender e prestar procedimentos deve ser capaz de produzir, não só a terapêutica, mas também conhecimento, sensação de cuidado, autonomia e desejo de vida em cada usuário (Ceccim e Ferla, 2006).

Conseqüentemente, é preciso repensar o processo de construção do SUS, relacionando a concepção de integralidade para além das práticas sanitárias, levando em consideração o ideário da liberdade individual e coletiva, assim como a autonomia dos sujeitos, uma vez que a integralidade representa um importante eixo na gestão das ações em saúde. Este é um desafio que requer ação social e solidária, resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta da atenção em saúde e nos diferentes níveis de atenção do sistema (Pinheiro e Mattos, 2006).

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, admite-se ser o da integralidade aquele que confronta incisivamente racionalidades hegemônicas no sistema – tais como o reducionismo e fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa (Alves, 2005, p.41).

Da mesma forma, a integralidade sugere a adoção de práticas inovadoras no âmbito da APS, especialmente no PSF, a fim de atender às novas demandas por cuidado e permitir a inversão do paradigma da doença para o da saúde, no qual não convém apenas acabar com a doença, mas principalmente manter ou buscar saúde (Lacerda e Valla, 2005; Machado *et al.*, 2005; Pinheiro e Guizardi, 2005).

Diante disso, as unidades de atenção primária deveriam envolver uma proporção maior de pacientes que recebem atenção continuada, possuindo como característica fundamental uma maior familiaridade dos profissionais tanto com o paciente quanto com seus problemas. Ademais, os profissionais de saúde da atenção primária devem ser responsáveis pela atenção ao paciente ao longo do tempo, sem considerar o problema em particular (Starfield, 2002).

Para desempenhar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema integrado de serviços de saúde, a APS deve cumprir três funções essenciais: *o papel resolutivo* – visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; *o papel organizador* – relacionado com sua natureza de centro de comunicação e que

visa organizar os fluxos e contra-fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e *o de responsabilização* – visa co-responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam (Mendes, 2002).

Igualmente, de acordo com Starfield (2002), a atenção primária à saúde deve ser orientada por quatro características: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação. O *primeiro contato* implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio para os quais se procura atenção à saúde. A *longitudinalidade* requer a existência de aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e famílias.

A *integralidade* exige a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, assim como a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado aos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A *coordenação* implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (Starfield, 2002).

Segundo Mendes (2002), só haverá uma APS de qualidade quando estas quatro características estiverem sendo obedecidas em sua totalidade. Ceccim e Ferla (2006) destacam, ainda, a necessidade do redirecionamento permanente do processo de trabalho, que deve ser organizado a partir de linhas de cuidado, estabelecendo ações centradas no acolher, informar, atender e encaminhar por dentro de uma rede cuidadora, onde o usuário conheça a estrutura do serviço e da rede assistencial e seja capaz de influir em seu andamento.

Para Schaedler (2004, p.88), “em rede fica inviável a execução de ações centradas em doenças e torna-se fundamental refletir, planejar, propor e controlar a gestão e as formas da atenção, de maneira que usuários e gestores também sejam partícipes e colaboradores com responsabilidades específicas”.

Entretanto, há que se salientar que o modelo assistencial que opera hoje nos serviços sanitários é centralmente organizado a partir da ótica hegemônica do modelo biomédico neoliberal, que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Tudo isso evidencia a necessidade da implantação de modelos de atenção comprometidos com a vida e que explorem positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que comportam o conjunto das ações de saúde (Mehry, 2004, p. 117).

Trata-se, então, de investir na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo-os e promovendo seu protagonismo (Brasil, 2004; Benevides e Passos, 2005).

#### ***2.4. Cuidado em saúde: construindo relações simétricas entre sujeitos***

As práticas de cuidado permitem o resgate do papel dos sujeitos como atores principais das ações e intervenções em saúde e, portanto, podem ajudá-los a construir “projetos de vida e felicidade” (Ayres, 2001, p.71; Lacerda e Valla, 2005, p.99), abrindo espaço para a conquista da autonomia e da possibilidade de reconstrução dos sentidos da vida pelos sujeitos, por meio de relações mais harmoniosas entre usuários e trabalhadores de saúde (Luz, 1997; Franco *et al.*, 1999; Costa, 2004; Valla *et al.*, 2005).

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário produz-se através de um trabalho vivo em ato, num processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas” que atuam uma sobre a outra e no qual opera um jogo de expectativas e produções. Cria-se, intersubjetivamente, alguns momentos em que há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidade nos quais acontece a responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; gerando confiabilidade e esperança, ou seja, relações de vínculo e aceitação (Merhy, 2004, p.115).

Portanto, cuidar da saúde de alguém é mais que intervir sobre um objeto e ou sintoma, há que se considerar e construir projetos, há que se sustentar, ao longo do tempo uma certa relação, moldada a partir de uma forma que o sujeito quer se opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo (Ayres, 2001, p.71). Ademais, diante da complexidade do processo de saúde-doença-sofrimento, a atitude de cuidado implica acolhimento, envolvimento e compaixão, interação, troca e o respeito pelos diferentes saberes (Brasil, 2004; Lacerda e Valla, 2005).

Para isso, é preciso reconhecer as limitações do saber científico, o que significa admitir e validar outro saber – o saber comum, não especializado – na identificação mais ampla dos problemas de saúde e na compreensão dos contextos da vida e dos recursos mobilizados pela população diante das carências, do sofrimento e da enfermidade (Stotz e Araujo, 2004, p.15-16). Desse modo, torna-se necessária a substituição da aplicação de um saber sobre um outro objetivado pela construção conjunta de respostas às demandas sociais, o que requer a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro (Ayres, 2001; Ayres, 2004; Pinheiro e Guizardi, 2005).

O diálogo constitui parte do tratamento cuidadoso e representa um instrumento capaz de diminuir o relacionamento assimétrico e distante, uma vez que domina uma dimensão decisiva da ação, humaniza a relação entre indivíduos que são fundamentalmente distintos, permitindo a aproximação e a confiança necessária ao processo da cura (Costa, 2004). Além disso, a capacidade de escuta e diálogo permite a prática do acolhimento, recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço assistencial, tornando suas demandas efetivas como o norte das intervenções propostas nos seus meios e finalidades (Franco *et al.*, 1999; Ayres, 2004).

No âmbito da assistência, essas propostas apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da APS, por sua presença direta e detida em territórios de organização da vida. Assim, a continuidade horizontal da atenção pelo ordenamento em rede dos serviços, como uma cadeia de cuidados progressivos à saúde, permitirá obter os recursos necessários, mas, sempre – e em qualquer caso – deve-se trabalhar pela autodeterminação do usuário no lugar da sua dependência dos serviços ou profissionais de saúde (Ceccim e Ferla, 2006).

### ***2.5. A formação de profissionais de saúde: elemento estratégico para a mudança da práxis sanitária***

A formação de profissionais de saúde com elevada capacidade de atuação cuidadora e terapêutica surge como alternativa para enfrentar as mudanças requeridas na realidade, tais como o atendimento às reais demandas de saúde para o desenvolvimento humano que não se traduzem apenas em incidências ou prevalências de morbidades (Ceccim e Pinto, 2007).

Desse modo, o processo de capacitação dos profissionais de saúde deve se basear na lógica do modelo da produção social da saúde, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, com o objetivo, por um lado de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, e por outro de promover a articulação do saber científico com o saber popular (Besen *et al.*, 2007; Cotta *et al.*, 2007; Mitre *et al.*, 2008; Costa *et al.*, 2009).

Devemos sempre pensar que a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde, é preciso expandí-la para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (Ayres, 2001), uma vez que cuidar significa focar valores que se fundam no amor, na hospitalidade e na acolhida incondicional do outro. Isto porque “a relação com o outro suscita a responsabilidade e no fundo, tudo passa pelo outro, pois sem o diálogo com o outro, com o tu, não nasce o verdadeiro eu nem surge o nós que cria o espaço da convivência e da comunhão” (Boff, 2006, p.17-18).

Neste sentido, quando se trata de humanizar a atenção à saúde é preciso que cada profissional de saúde, equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interrogue quem se é e que lugar se ocupa diante do outro, visando alcançar a construção de identidades, compreendida como um processo de contínua reconstrução reflexiva, talhada pelo encontro com a alteridade (Ayres, 2004, p.24-25). Para isso, a inclusão da “arte da alteridade”, isto é, o deslocamento do “eu” em direção ao “outro”, na formação em saúde surge como caminho para se alcançar a integralidade da atenção e a superação das práticas tradicionais em saúde (Cotta *et al.*, 2007, p.283).

No entanto, esta formação só será possível mediante a aplicação de metodologias ativas de aprendizagem, elaboradas e baseadas no desenvolvimento de competências, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos, críticos e centrados no educando (Freire, 1987; Mitre *et al.*, 2008; Duarte *et al.*, 2007).

De acordo com Freire (2002), através da problematização e da análise dialética entre o contexto teórico e a realidade social em que se encontram, os educandos vão organizando uma forma cada vez mais crítica de pensar e poderão atuar cada vez mais seguramente no mundo, despertando a atitude dos que sabem que, para fazer o impossível, é preciso torná-lo possível.

Além disso, a real expansão da educação superior só será possível a partir de uma radical transformação do modelo formador, valorizando os ideários da interdisciplinaridade, da integralidade, da humanização, da educação permanente em saúde e da implicação com o desenvolvimento de linhas do cuidado na rede assistencial. Esta mudança apenas será possível mediante a implementação de políticas sociais que abracem a formação em saúde no interior do compromisso com o desenvolvimento humano e com o cuidado à saúde (Ceccim e Pinto, 2007).

Da mesma forma, o processo de formação dos profissionais de saúde deve levar em consideração os quatro eixos propostos pela UNESCO (1997): *aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser*. Este projeto considera o ensino-aprendizagem como um ativo e contínuo processo de duas vias entre professor e estudante, uma vez que não há aprendizado finito, estanque, unidisciplinar, mas sim processo de aprendizagem que ocorre ao longo da vida e envolve ampla gama de conhecimentos, habilidades e atitudes, voltados à realidade e necessariamente ao enfoque interdisciplinar (UNESCO, 1997; Siqueira, 2002).

Esta proposta surge como possibilidade de reestruturação das ações e serviços de saúde, pois jamais o SUS cumprirá seus princípios e diretrizes sem a participação orgânica do setor da educação (Ceccim e Pinto, 2007).

Ainda assim, para Machado *et al.* (2005, p.71), devemos questionar até que ponto as instituições se mostram aptas a construir espaços para novas formas de cuidado, possibilitando uma convivência democrática e criativa entre diferentes práticas e “concepções de mundo”, onde os limites entre as terapêuticas não sejam excludentes, autoritários e desqualificadores.

Igualmente importante é a reflexão sobre as representações sociais do sofrimento como doença, dos agravos como problemas de saúde e o seu modo de incorporação pelos serviços, a fim de problematizar as próprias disputas entre o que são necessidades do ponto de vista do modelo de atenção e do ponto de vista do usuário (Mehry, 2004).

Diante do exposto, fica evidente a importância do desenvolvimento de novos estudos para avaliar as ações e serviços de saúde, uma vez que a implantação do sistema sanitário baseado nas características da APS depende do enfoque no cuidado e na atenção integral ao usuário.

Desde esta perspectiva, este estudo se propôs a avaliar as características da APS, a partir das atividades desenvolvidas pelo PSF no município de Cajuri, visando investigar o estágio de desenvolvimento do programa e obter evidências científicas sobre os principais problemas relacionados à sua operacionalização, no intuito de apresentar possíveis soluções e contribuir com a melhoria do desempenho das atividades sanitárias no município.

### **3. OBJETIVOS**

#### ***3.1. GERAL***

Avaliar a implementação da Atenção Primária à Saúde no contexto do Programa Saúde da Família do município de Cajuri, MG, a partir da prática cotidiana das ações e serviços de saúde oferecidos.

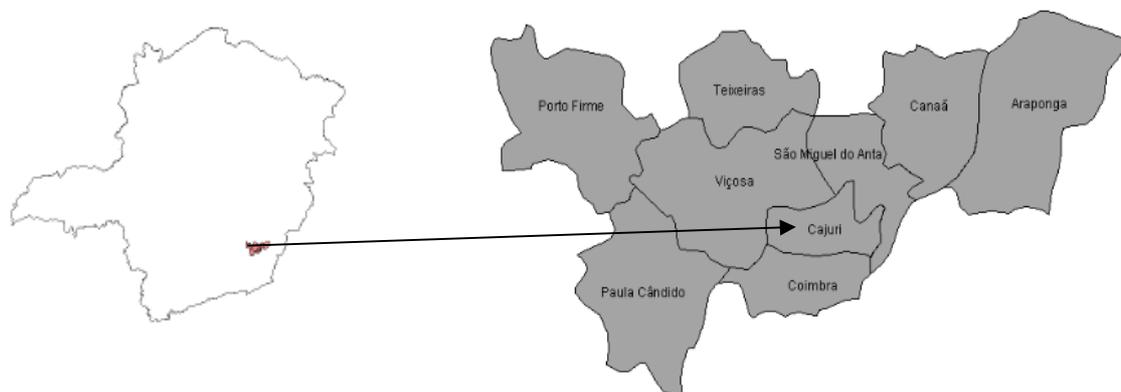
#### ***3.2. ESPECÍFICOS***

- Avaliar o nível de conhecimento e apreensão dos atores sociais sobre o SUS e o PSF quanto aos seus princípios, diretrizes e características;
- Investigar as ações e concepções dos Agentes Comunitários de Saúde, assim como verificar o modelo de atenção que orienta sua rotina de trabalho e refletir sobre sua função e formação profissional;
- Conhecer o enfoque das práticas de saúde no contexto do PSF, verificando a intensidade do vínculo da relação entre os profissionais de saúde e a população atendida pelo programa.

## 4. SUJEITOS E MÉTODOS

### 4.1. Caracterização da área do estudo

Este estudo foi realizado no mês de novembro de 2008, no município de Cajuri, Minas Gerais (Figura 1).



**Figura 1.** Localização do município de Cajuri-MG.

Geograficamente o município pertence à microrregião de Viçosa e à mesorregião da Zona da Mata mineira, distando 162,2 km da capital do estado (PNUD/IPEA/FJP, 2000). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia, em 2007 o município tinha uma população estimada de 4.015 habitantes, dos quais 54,6% residiam na zona urbana, e a maioria da população (64,9%) tinha idade entre 15 e 64 anos (IBGE, 2009).

Analisando a *série histórica da evolução de alguns indicadores* entre 1991 e 2000, observa-se elevação da esperança de vida ao nascer de 57,7 para 66,1 anos de vida esperados e redução na taxa de mortalidade infantil de 65,9 para 41,7 óbitos infantis em menores de um ano por 1.000 nascidos vivos (PNUD/IPEA/FJP, 2000), taxa que caiu para 23,3 por 1.000 nascidos vivos em 2004 (Datapus, 2008).

Com relação às *condições socioeconômicas*, a taxa de analfabetismo no município foi de aproximadamente 5% na população com 18 a 24 anos e de 21,8% na população adulta com mais de 25 anos no ano de 2000, sendo de 4,2 a média de anos de estudo na população adulta (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Quanto ao acesso aos *serviços básicos*, 90,7% da população possui água encanada; 93,6% tem energia elétrica e 73,4% dos domicílios da zona urbana dispõe de coleta de lixo (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

A renda *per capita* média do município aumentou de R\$ 68,85 em 1991 para R\$ 140,81 em 2000. A pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 75,50, equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000) reduziu de 76,5% em 1991 para 51,9% em 2000. Entretanto, a desigualdade cresceu, uma vez que o Coeficiente de Gini passou de 0,48 em 1991 para 0,56 em 2000. Além disso, o município possui distribuição desigual de renda, pois enquanto os 20% mais pobres detêm 4,1% da renda municipal, os 20% mais ricos acumulam 60% desta renda (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

Ao analisar a *vulnerabilidade familiar* observa-se que 8% das mulheres de 15 a 17 anos têm filhos; 66,7% das crianças encontram-se em famílias com renda inferior a meio salário mínimo e 6,3% das mães são chefes da família, não possuem cônjuges e têm filhos menores de idade (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

No período 1991 a 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Cajuri cresceu 23,93%, passando de 0,560 em 1991 para 0,694 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com 35,3%, seguida pela Longevidade, com 34,8% e pela Renda, com 29,9%. Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (PNUD/IPEA/FJP, 2000).

A principal *atividade econômica* no município é a agropecuária, com predomínio da pecuária leiteira, criação de bovinos, frangos, produção de ovos e mel de abelha. Os principais produtos cultiváveis são lavouras permanentes de café, banana, goiaba, laranja, limão, manga e maracujá, e ainda, lavouras temporárias de alho, arroz, cana-de-açúcar, feijão, mandioca, milho e tomate (IBGE, 2009).

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em relação aos *serviços de saúde* o município possui gestão plena da atenção básica na assistência à saúde, contando com uma unidade básica de referência que oferece serviços de vacinação, curativos, farmácia, laboratório de exames, consultas médicas e de emergência, com serviço de observação durante 24 horas, entre outros (SMS, 2008a).

Neste mesmo espaço físico funciona o PSF, que foi implantado no município em 1997, primeiramente com uma equipe, sendo atualmente constituído por duas equipes (SMS, 2008a), apresentando cobertura populacional de 98,8% em 2006 (Datusus, 2008).

As duas equipes são compostas por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental (SMS, 2008a). Como exemplo da importância da atuação do PSF no município podemos citar a redução da prematuridade de 3,8% para 2,9% e do baixo peso ao nascer de 12,5% para 6,1% de 1996 para 2005, respectivamente, assim como o aumento na proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal de 87,7 para 97,1 entre 2001 e 2006 (Datusus, 2008).

#### ***4.2. Sujeitos***

Fizeram parte do estudo os protagonistas do sistema municipal de saúde - gestores locais, profissionais de saúde que trabalham no PSF e usuários.

Foram entrevistados os dois gestores municipais (prefeito e secretário municipal de saúde) e 91,6% dos profissionais que trabalham no PSF (n=22), não se atingiu 100% devido a que dois profissionais estavam de férias no período do estudo, e não foram encontrados.

Em relação à população, seguindo as orientações metodológicas de Becker (1999), dada à dificuldade encontrada em se delimitar o todo representado pela amostra e uma vez que os usuários nem sempre são um conjunto homogêneo, optou-se por entrevistar um grupo populacional que frequenta rotineiramente as atividades desenvolvidas pelo PSF - as gestantes cadastradas no Programa de Humanização do Pré-Natal, entendendo-se que estas são usuárias efetivas do PSF. No período do estudo, havia 23 gestantes em Cajuri (SMS, 2008b), porém, foram entrevistadas 21 (91,3%), visto que duas não foram encontradas, mesmo após três visitas aos domicílios.

#### ***4.3. Desenho do Estudo***

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de abordagem quali-quantitativa.

O referencial teórico metodológico da pesquisa qualitativa foi escolhido por possibilitar um melhor entendimento das características do objeto de investigação, buscando captar a realidade dinâmica e complexa em sua realização histórico-social, em consonância com os pressupostos teóricos que a orientam (Souza *et al.*, 2005; Minayo, 2007).

A abordagem qualitativa representa a forma mais adequada de entender a natureza de um fenômeno social, uma vez que permite descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação das variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir com o processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (Richardson *et al.*, 1999).

Além do mais, a metodologia qualitativa complementa as metodologias quantitativas, aprofundando as questões sociais e as dificuldades do conhecimento parcial e inacabado (Minayo, 2007).

#### ***4.4. Coleta e Análise dos Dados***

A utilização de múltiplas técnicas e a integração de diversos recursos metodológicos têm sido amplamente indicadas em pesquisas sociais, no intuito de validar os resultados encontrados junto aos sujeitos pesquisados e aumentar as evidências empíricas, conferindo, assim, maior credibilidade aos achados (Becker, 1999; Mays e Pope, 2000).

Diante disso, utilizou-se a Triangulação de Métodos, uma dinâmica de investigação que integra a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vistas, assim como o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados (Minayo, 2005), permitindo uma abordagem complementar e dialética através do diálogo entre questões objetivas e subjetivas (Souza *et al.*, 2005; Minayo, 2007).

O estudo foi realizado no mês de novembro de 2008. Ressalta-se que todos os dados foram coletados por um único entrevistador.

##### ***4.4.1. Técnicas de Coleta dos Dados***

Os instrumentos utilizados para coleta dos dados foram: (1) entrevistas semi-estruturadas, realizadas no domicílio ou no local de trabalho dos entrevistados e (2) análise de prontuários.

#### ***4.4.1.1. Entrevista Semi-Estruturada***

A entrevista é o procedimento mais usual para trabalhos de campo. Através dela o pesquisador busca obter informações contidas nas falas dos atores sociais (Cruz Neto, 1994). A entrevista semi-estruturada é uma técnica em que se utiliza um roteiro com perguntas previamente formuladas como guia para a abordagem do tema proposto, mas mantém questões abertas em que se aborda livremente o tema. É um instrumento utilizado para facilitar a conversa com uma finalidade (Minayo, 2007).

É útil esclarecer que as perguntas que constituem a entrevista semi estruturada, no enfoque qualitativo, não nascem a priori, partem de questionamentos básicos apoiados nas teorias e hipóteses presentes no estudo. Assim, elas são resultados não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação que ele já colheu sobre o fenômeno social que lhe interessa (Triviños, 1987).

Ademais, a adoção deste instrumento parte do pressuposto de que os modelos culturais interiorizados pelos indivíduos são revelados na entrevista, refletindo o caráter histórico e específico das relações sociais, além de auxiliar no entendimento das concepções e representações que possuem. Destaca-se a importância de se inserir os depoimentos num contexto histórico, onde cada ator social será caracterizado por sua participação (Minayo, 2007).

A elaboração dos questionários (*Anexos I a IV*) para avaliação das ações e serviços de saúde oferecidos pelo PSF foi inspirada nos pressupostos teóricos de Gérvas *et al.* (1987), Mendes (2002) e Starfield (2002), como meio de se formular uma estratégia para o dimensionamento das características da atenção primária no município.

As entrevistas foram gravadas, após consentimento dos informantes, e transcritas pelo próprio investigador, respeitando-se a pronúncia e a sintaxe utilizadas pelos participantes do estudo. Com o intuito de preservar a identidade os entrevistados

receberam um número e suas falas foram caracterizadas pelo respectivo número ao final do depoimento.

#### ***4.4.1.2. Análise dos prontuários***

Para complementar as informações obtidas pelos questionários foi realizada a revisão dos prontuários das gestantes acompanhadas pelo PSF. A análise foi baseada em um roteiro estruturado (*Anexo V*), construído de acordo com as orientações propostas pelo Manual Técnico do Ministério da Saúde - *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada* (Brasil, 2005).

#### ***4.4.2. Análise dos Dados***

Todo o conteúdo foi analisado sob a perspectiva da Triangulação de Métodos (Minayo, 2005).

##### ***4.4.2.1. Análise Quantitativa***

Os dados quantitativos foram analisados utilizando-se o software *Microsoft Office Excel 2007*. Para a análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva: frequência absoluta e relativa, média e mediana.

##### ***4.4.2.2. Análise de Conteúdo***

As entrevistas foram editadas no programa *Voice Editing*, versão 1.0 e posteriormente transcritas de maneira integral e fidedigna às falas. Para a análise e compreensão dos dados fornecidos pelas entrevistas foi utilizada a análise de conteúdo (Bardin, 1977).

De acordo com Bardin (1977, p.44), a análise de conteúdo “*é um conjunto de técnicas de análises das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens*”.

A técnica de análise utilizada para identificar os núcleos de sentidos foi a *análise temática*, que, por sua vez, consiste em identificar os núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem ser relevantes segundo o objetivo do estudo. Esta etapa envolveu três momentos (Bardin, 1977; Minayo, 2007):

1) Pré-análise: objetiva operacionalizar e sistematizar as idéias presentes no depoimento – apreensão do todo. Nesta fase, retomam-se as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao que foi coletado, caso seja necessário;

2) Exploração do material: consiste em identificar nas falas as unidades de significado – codificação, transformação dos dados brutos para compreensão do depoimento – essencial para a fase posterior;

3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: visa agrupar as unidades de significado de acordo com sua semelhança, e a partir daí se propõem inferências e, então se interpreta o fenômeno estudado com base nos dados analisados e no aparato teórico do pesquisador.

#### **4.4.2.3. Representações Sociais**

Segundo Moscovici (2003), as representações sociais são entidades quase tangíveis, que circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente através de uma palavra, de uma ação ou de um gesto, podendo ser definidas como senso comum, imagens, concepções ou a visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade.

De acordo com Minayo (2007), as representações sociais são centrais para a prática da pesquisa qualitativa e constituem um material importante para as Ciências Sociais, uma vez que são definidas como categorias de pensamento, ação e sentimentos que expressam a realidade e explicam-na, justificando-a ou questionando-a. Além disso, por serem ao mesmo tempo ilusórias, contraditórias e verdadeiras, as representações podem ser consideradas matéria-prima para a análise do social e também para a ação pedagógica e política de transformação.

Sendo assim, as representações sociais dos protagonistas do sistema municipal de saúde foram investigadas, por meio de entrevistas individuais, na tentativa de absorver a representação particular desse processo de construção social do sistema sanitário e apresentar propostas que contribuam com a melhoria das ações e serviços da APS, visando reforçar as dimensões do cuidado e da atenção integral aos usuários.

#### ***4.5. Estudo Piloto***

De acordo com Pallas e Villa (1995) e Richardson *et al.* (1999), antes de iniciar a pesquisa propriamente dita é necessário provar o instrumento. O estudo piloto ou pré-teste refere-se à aplicação prévia do questionário a um grupo que apresente as mesmas características da população incluída na pesquisa, objetivando revisar e direcionar aspectos da investigação.

Para tal, foi realizado um estudo piloto no município de Paula Cândido, localizado na mesma região da Zona da Mata mineira. Foram avaliadas as reações dos entrevistados, as perguntas consideradas conflitivas ou em ordem inadequada, as dúvidas, as sugestões e as críticas. Após a realização das mudanças consideradas oportunas, obteve-se a versão definitiva dos questionários.

#### ***4.6. Aspectos éticos***

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa – protocolo nº 070/2008 (Anexo VIII) – em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (*Anexos VI e VII*), no qual foram enfatizados os riscos e benefícios da investigação, entre outras informações relacionadas à pesquisa, bem como a identificação e os contatos dos pesquisadores.

O sigilo sobre a identidade dos sujeitos de pesquisa foi garantido através da apresentação das falas pela identificação do número do questionário, assim como pela fidedignidade da pronúncia e sintaxe utilizadas pelos entrevistados.

Por fim, a divulgação dos resultados será realizada apenas em meio cientificamente reconhecido.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves, V.S. 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*, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, set/2004-fev/2005.
2. Andrade, L.O.M.; Barreto, I.C.H.C.; Goya, N.; Júnior, T.M. Organização da atenção básica e Estratégia Saúde da Família no município de Sobral - Ceará – Brasil: principais avanços e desafios na perspectiva de produzir mudanças positivas na saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.143-179.3.
3. Araújo, M.B.S.; Rocha, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.2: 455-464, 2007.
4. Ayres, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas em saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.6, n.1: 63-72, 2001.
5. Ayres, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev. 2004.
6. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa (PO): Edições 70; 1977.
7. Becker, H. *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 178p.
8. Benevides, R., Passos, E. Humanização em saúde: um novo modismo? *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.17:389-406, 2005.
9. Besen, C.B.; Netto, M.S.; Da Ros, M.A.; Silva, F.W.; Silva, C.G.; Pires, M.F. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, v.16, n.1, p.57-68, jan-abr, 2007.

10. Boff, L. *A força da ternura*. Rio de Janeiro: Sextante, 2006. 110p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 3º Ed. 62p.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 36p.
13. Brasil. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.
14. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária*. Brasília: CONASS, 2004. 76p.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 2ª. ed. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 210 p.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163p.
17. Bosi, M.L.M.; Uchimura, K.Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: Bosi, M.L.M, Mercado, F.J. *Avaliação qualitativa de programas saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Ed Vozes, 2006. 375p. cap.4, p.87-117.
18. Buchabqui, J.A.; Capp, E.; Petuco, D.R.S. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde.

- Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.30, n.1: 32-38, jan.-abr, 2006.
19. Bydlowski, C.R.; Westphal, M.F.; Pereira, I.M.T.B. Promoção da saúde: porque sim e porque ainda não? *Saúde e Sociedade*, v.13, n.1, p.14-24, jan.-abr, 2004.
  20. Campos, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.2, p.569-584, 2003.
  21. Capra, F. *O ponto de mutação*. Tradução: Álvaro Cabral; São Paulo: Cultrix, 2006. 447 p.
  22. Ceccim, R.B.; Ferla, A.A. Linha do cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. *In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. Gestão em redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESP/UERJ, ABRASCO. 484p. p.165-185, 2006.
  23. Ceccim, R.B., Pinto, L.F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p.266-277, 2007.
  24. Cecílio, L.C.O.C. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *In: Brasil. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 299 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) p.69-79.
  25. Conill, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, suppl. 1, p.7-27, 2008.

26. Costa, A.M. Integralidade na atenção e no cuidado em saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p.5-15, set-dez, 2004.
27. Costa, G.D.; Cotta, R.M.M.; Ferreira, M.L.S.; Reis, J.R.; Franceschini, S.C.C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n.1, p.113-8, 2009.
28. Cotta, R.M.M.; MENDES F.F., MUNIZ J.N. *Descentralização das políticas públicas de saúde – do imaginário ao real*. Viçosa: UFV – Cebes, 1998.
29. Cotta, R.M.M.; Azeredo, C.M.; Schott, M; Cardoso, P.M.; Franceschini, S.C.C.; Priore, S.E. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. *Revista Médica Minas Gerais*, v.16, n.1, p.2-8, 2006a.
30. Cotta, R.M.M.; Schott, M; Azeredo, C.M.; Franceschini, S.C.C.; Priore, S.E.; Dias, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.15, n.3, p.7-18, 2006b.
31. Cotta, R.M.M.; Gomes, A.P.; Maia, T.M.; Magalhães, K.A.; Marques, E.S.; Siqueira-Batista, R. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p.278-286, 2007.
32. Cruz Neto, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo, M.C.S.; Deslandes, S.F.; Cruz Neto, O; Gomes, R. *Pesquisa social: teoria método e criatividade*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1994. p.51-66.
33. Departamento de Informática do SUS (Datasus). *Cadernos de Informação em Saúde* – *Cajuri*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>. Acesso em 20/08/08.

34. Dias, G.; Franceschini, S.C.C.; Reis, J.R.; Reis, R.S.; Siqueira-Batista, R.; Cotta, R.M.M. A vida nos olhos e o coração nas mãos: concepções e representações femininas do processo saúde doença. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.779-800, 2007.
35. Duarte, R.L., Silva, D.S.JR., Cardoso, S.H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.11, n.23, p.439-47, set.-dez, 2007.
36. Escorel, S; Giovanella, L.; Mendonça, M.H.M.; Senna, M.C.M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica/Panamericana Americ Journal Public Health* 21(2), p.164-176, 2007.
37. Facchini, L.A.; Piccini, R.X.; Tomasi, E.; Thumé, E.; Silveira, D.S.; Siqueira, F.V. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p.669-81, 2006.
38. Falcón, G.S.; Erdmann, A.L.; Meirelles, B.H.S. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, Abr-Jun; v.15, n.2:343-51, 2006.
39. Franco, T.B.; Bueno, W.S.; Merhy, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais. *Cadernos de. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353, abr.-jun, 1999.
40. Freire, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 220p.
41. Freire, P. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. São Paulo: Paz e Terra, 10<sup>a</sup>. ed., 2002. 176p.
42. Gervas, J.J.; Pérez Fernández, M.M.; García, S.P. Acerca de la atención primaria (forma de trabajo y características básicas) y de los registros. *In: Gervas, J.J. Los*

- sistemas de registro en la atención primaria de salud*. Madrid: Ediciones Díaz Santos S.A., 1987. 380p. cap.1, p.1-23.
43. Gomes, K.O.; Cotta, R.M.M.; Euclides, M.P.; Targueta, C.L.; Priore, S.E.; Franceschini, S.C.C. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família (PSF) no perfil epidemiológico da população rural de Airões, Município de Paula Cândido – MG (1992-2003). *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet] 2008 set. [citado em 24 de abril de 2008] [cerca de 15 p.] **Está disponível em:** <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>
44. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. (acessado em 28/04/2009).
45. Lacerda, A.; Valla, V.V. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESP/UERJ, ABRASCO. 319p. cap. 6, p.91-102, 2005.
46. Lefevre, F.; Lefevre, A.C. Saúde como Negação da Negação: uma Perspectiva Dialética. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.15-28, 2007.
47. Luz, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v.7, n.1, p.13-43, 1997.
48. Machado, F.R.S.; Pinheiro, R.; Guizardi, F.L. As Novas Formas de Cuidado Integral nos Espaços Públicos de Saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESP/UERJ, ABRASCO. 319p. cap. 1, p.57-74, 2005.
49. Marcondes, W.B. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.1, p.5-13, jan.-abr., 2004.

50. Martins, P.C.; Cotta, R.M.M.; Mendes, F.F.; Priore, S.E.; Franceschini, S.C.C.; Cazal, M.M.; Siqueira Batista, R. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet] 2008 set. [citado em 21 de outubro de 2008] [cerca de 15 p.] Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>
51. Mays, N.; Pope, C.A. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. v.320, p.50-52, 2000.
52. Mendes, E.V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.
53. Mendes, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2006. 300 p.
54. Merhy, Elias E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: *Brasil. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 299 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) p.110-139.
55. Minayo, M.C.S. Introdução. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo, M.C.S.; Assis, S.G.; Souza, E.R. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 244 p. p.19-52, 2005.
56. Minayo, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO. 406 p., 2007.
57. Mitre, S.M.; Siqueira-Batista, R.; Girardi-de-Mendonça, J.M.; Morais-Pinto, N.M; Meirelles C.A. B; Pinto-Porto, C.; Moreira, T.; Hoffmann, L.M.A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação dos profissionais de saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, supl. 2, p.2133-2144. 2008.

58. Moscovici, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Editado em inglês por Gerald Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi – Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
59. Noronha, M.G.R.C.S.; Cardoso, P.S.; Moraes, T.N.P.; Centa, M.L. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.2, p.497-506, 2009.
60. Organização Panamericana da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: *Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set 1978, Alma-Ata*. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 13/02/2008.
61. Organização Panamericana da Saúde. Declaração de Sundsvall. In: *Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, 9-15 jun 1991, Sundsvall*. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Sundsvall.pdf>. Acesso em: 13/02/2008.
62. Pallas, J.M.A.; Villa, J.J. *Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud*. Madrid – Espanha: Mosby/ Doyma Libros, 276p, 1995.
63. Parsons, T. *The Social System*. Glencoe, Illinois: The Free Press, 1951. Apud: Minayo, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO. 406 p., 2007.
64. Pinheiro, R.; Guizardi, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESP/UERJ, ABRASCO. 319p. cap. 1, p.21-36, 2005.
65. Pinheiro, R.; Mattos, R.A. Implicações da Integralidade na gestão da saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. *Gestão em redes: Práticas de avaliação, formação e*

- participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESP/UERJ, ABRASCO. 484p. p.11-26, 2006.
66. 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/>>. (acessado em 28/05/2008).
67. Radis, Comunicação em Saúde. O SUS é melhor que o Brasil. *Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz*, n.62, p.16-17, out., 2007.
68. Richardson, R.J. *et al. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Atlas. 335 p, 1999.
69. Rios, E.R.G.; Franchi, K.M.B.; Silva, R.M.; Amorim, R.F.; Costa, N.C.C. Senso comum, ciência e filosofia – elo dos saberes necessários à promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.501-509, 2007.
70. Rocha, P.M.; Uchoa, A.C.; Rocha, N.S.P.D.; Souza, E.C.F.; Rocha, M.Lima; Pinheiro, T.X.A. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, suppl. 1, p.69-78, 2008.
71. Rodrigues, M.P.; Lima, K.C.; Roncalli, A.G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.1, p.71-82, 2008.
72. Roncalli, A.G.; Lima, K.C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p.713-724, 2006.

73. Rosa, A.S.; Cavicchioli, M.G.S.; Brêtas, A.C.P. O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Acta Paulista Enfermagem*, v.17, n.3, p.255-261, jul.-set., 2004.
74. Santos, J.L.F.; Westphal, M.F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, v.13, n.35, p.71-88, 1999.
75. Schaedler, L.I. Sistema Único de saúde como rede em prática pedagógica. *In: Brasil. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 299 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) p.84-91.
76. Scherer, M.D.A.; Marino, S.R.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. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.53-66, 2005.
77. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). *Informações sobre a Gestão do Sistema de Atenção Básica e composição das Equipes de Saúde da Família 2008*. Cajuri: SMS [dados não publicados].
78. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). *Dados do consolidado das gestantes cadastradas no Programa de Humanização do Pré-Natal 2008*. Cajuri: SMS [dados não publicados].
79. Silva, A.C. *O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003.

80. Silva Jr., R.V.B.; Stelet, B.P.; Pinheiro, R.; Guizardi, F.L. Do Elo ao Laço: o Agente Comunitário na Construção da Integralidade em Saúde. *In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: CEPESP/UERJ, ABRASCO. 319p. p.75-90, 2005.
81. Siqueira, J. E. A arte perdida de cuidar. *Bioética*, Brasília - DF, v. 10, n. 2, p. 49-106, 2002.
82. Souza, E.R.; Minayo, M.C.S; Deslandes, S.F; Veiga, J.P.C. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. *In: Minayo, M.C.S.; Assis, S.G.; Souza, E.R. Avaliação por triangulação de métodos.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 244 p. p.133-156, 2005.
83. Souza, E.C.F.; Vilar, R.L.A.; Rocha, N.S.P.D.; Uchoa, A.C.; Rocha, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, suppl. 1, p.100-110, 2008.
84. Sousa, M.F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n.2, p.153-8, 2008.
85. Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível: [http://www.unesco.org.br/publicacoes/livros/atencao primaria/mostra\\_documento](http://www.unesco.org.br/publicacoes/livros/atencao primaria/mostra_documento). Acesso em: 16/07/2008.
86. Stotz, E.N.; Araujo, J.W.G.A. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.2, p.5-19, maio-ago., 2004.
87. Tesser, C.D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.10, n.20, p.347-62, jul./dez., 2006.

88. Triviños, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas. 175 p, 1987.
89. Unesco. Projeto CIRET-UNESCO. *Evolução transdisciplinar da Universidade 1997*. Disponível em: <http://nicol.club.fr/ciret/locarno/locapor4.htm>. Acesso em [16/06/2008](#)
90. Valla, V.V.; Guimarães, M.B.; Lacerda, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. *In: In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESP/UERJ, ABRASCO. 319p. cap. 1, p.103-117. 2005.
91. Vasconcelos, E.M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 3<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec. 336 p, 2006.

## **6. RESULTADOS**

### **6.1. ARTIGO 1**

#### **A PRÁXIS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTEXTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES ESTRATÉGICAS**

##### **RESUMO**

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu no cenário brasileiro como estratégia de superação do modelo assistencial centrado na doença e no cuidado médico individualizado. Neste contexto os agentes comunitários de saúde (ACS) têm sido considerados atores-chave na implantação de políticas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde. O objetivo deste estudo foi analisar as concepções e percepções sobre o SUS e o PSF que norteiam as ações dos ACS, refletindo sobre sua função e formação profissional. O trabalho fundamentou-se na pesquisa quali-quantitativa, foi realizado em Cajuri-MG e foram entrevistados todos os ACS (n=11) que trabalhavam no PSF. Os resultados demonstraram que a maioria das ACS (72,7%) residia na comunidade em que atuava, trabalhava a mais de cinco anos no PSF e acompanhava a quantidade de famílias recomendada. Entre as principais funções destacaram-se visitas domiciliares, busca ativa e educação em saúde, que na maioria das vezes acontecia de forma individualizada e centrada no reforço da assistência médica e na prevenção de riscos específicos. Em relação à capacitação, 54,6% das ACS recebeu orientação antes de iniciar o trabalho e 81,8% participou de cursos depois que já estava trabalhando. Apenas 27,3% das ACS soube conceituar o SUS e 36,4% demonstrou entendimento adequado sobre PSF. Estes resultados demonstram a necessidade de maiores esforços para melhorar a capacitação do ACS, visando adequar seu nível de

apreensão e conhecimento dos princípios do SUS e PSF, para que ele possa atuar segundo as diretrizes deste sistema e contribuir efetivamente para sua consolidação.

**PALAVRAS CHAVES:** Agente Comunitário de Saúde, Sistema Único de Saúde, Programa Saúde da Família, Formação Profissional.

## **ABSTRACT**

The Family Health Program (PSF) appeared in the Brazilian's scenery as a strategy of overrun the assistance model centered in a disease and an individualized medical care. In this context the health's community agents (ACS) constitute as actors-key in an implantation of the politics related to the health's model reorientation. The objective of this study was to analyze the conceptions and perceptions on SUS and PSF that orientate the actions of ACS, contemplating about his function and professional's education. The work was based in the quantitative and qualitative research, it was accomplished in Cajuri-MG and all were interviewed of ACS (n=11) that worked in PSF. The results demonstrated that most of ACS (72,7%) lived in the community where they acted, worked the more than five years in the PSF and attend the amount of families recommended. Among the main functions they emphasized home visits, active search and health's education, which most of the time happened in an individualized way and focused on the reinforcement of medical aid and prevention of specific risks. In relation to the training, 54,6% of ACS received orientation before beginning the work and 81,8% participated in courses after was already working. Only 27,3% of ACS knew the concept of SUS and 36,4% demonstrated appropriate understanding of PSF. These results demonstrate the need of larger efforts to improve the training of ACS, adequating his comprehension level and knowledge of SUS and PSF's principles. Thus, he will be able to act according to the guidelines of this system and to contribute indeed to his consolidation.

**KEY WORDS:** Community Health Agent, Single Health System, Family Health Program, Professional's Education.

## INTRODUÇÃO

*“A melhor maneira de tornar o impossível possível é realizar o possível hoje”.*

*Paulo Freire (2002, p.72)*

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu no cenário brasileiro como estratégia de reorientação do modelo assistencial, justificada pela necessidade de substituição do modelo historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo, sintonizado com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a universalidade, equidade, hierarquização e integralidade da atenção (Brasil, 2001; Scherer e col., 2005; Bornstein e Stotz, 2008).

Além disso, o PSF coloca em foco o paradigma da produção social da saúde, com ênfase no cuidado, na atenção primária e na prática sanitária da vigilância à saúde (Santos e Westphal, 1999; Mendes, 2006; Noronha e col., 2009).

Baseado numa nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde, o PSF tem como principais características a adscrição da clientela, através da definição de território de abrangência da equipe; enfoque sobre a família, a partir de seu ambiente físico e social como unidade de ação; estruturação de equipe multiprofissional; ação preventiva em saúde; a detecção de necessidades da população no lugar da ênfase na demanda espontânea e a atuação intersetorial visando à promoção da saúde (Brasil, 2004; Brasil, 2005).

Neste contexto, os agentes comunitários de saúde (ACS) têm sido considerados personagens-chave na implantação das políticas voltadas para a reorientação do modelo de atenção em saúde e, portanto, não constituem meros suportes para a execução de determinadas ações em saúde (Silva e Dalmaso, 2002; Nunes e col., 2002).

Hoje o Brasil conta com o trabalho de 230.244 ACS, presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados, cobrindo 60,4% da população do país. Apesar de ser um número ainda distante do desejado, é expressiva a importância deste profissional para o aumento do acesso aos serviços básicos de saúde, uma vez que a cobertura das Equipes de Saúde da Família (ESF) alcançou apenas 49,5% da população em 2008 (Brasil, 2009).

Desde o início a vida profissional do ACS foi cheia de conflitos e incertezas, uma vez que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em 1991 e suas atribuições foram definidas somente em 1997, pela Portaria Nº. 1.886 (Brasil, 1997), que aprovou as normas e diretrizes do PACS/PSF. Em seguida o Decreto Nº. 3.189/1999 fixou as diretrizes para o exercício da atividade dos ACS (Brasil, 1999), mas a regulamentação da profissão só aconteceu em 2002, com a promulgação da Lei Nº. 10.507 (Brasil, 2002).

Considerando que dentre as características mais marcantes do PSF destaca-se a inclusão do ACS na equipe de saúde, como um elo entre a população e os demais profissionais da equipe, e por meio da vigilância à saúde, é objetivo desse estudo analisar as concepções e percepções sobre o SUS e o PSF que norteiam as ações dos ACS, refletindo sobre sua função e formação profissional.

## **MÉTODOS**

### **Descrição espaço-temporal e população estudada**

A pesquisa foi realizada em novembro de 2008, no município de Cajuri, localizado na Zona da Mata de Minas Gerais, Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia o município tinha uma população estimada em 2007 de 4.015 habitantes, dos quais 54,6% residiam na zona urbana (IBGE, 2008).

Em relação aos *serviços de saúde*, Cajuri possuía gestão plena da atenção básica na assistência à saúde, contando com uma unidade básica de referência que oferecia vacinação, curativos, farmácia, laboratório de exames, consultas médicas e de emergência, serviço de observação, entre outros. Neste mesmo espaço funcionava o PSF, que foi implantado no município em 1997 com apenas uma equipe e atualmente é constituído por duas equipes (SMS, 2008).

Foram entrevistados todos os ACS (n=11) que trabalhavam nas duas equipes de PSF. Investigou-se as práticas de trabalho e a formação dos ACS, além de suas concepções e apreensões sobre o SUS e o PSF.

### **Desenho do estudo**

O presente trabalho fundamentou-se na pesquisa quali-quantitativa. Esta dinâmica de investigação que integra a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vistas, assim como o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados é conhecida como Triangulação de Métodos (Minayo, 2005), uma abordagem complementar e dialética que permite o diálogo entre questões objetivas e subjetivas (Minayo, 2007; Souza e col., 2005).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas no próprio local de trabalho dos profissionais. Após livre consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas e transcritas, respeitando a grafia e sintaxe utilizadas pelos participantes do estudo na apresentação das falas. Com o intuito de preservar a identidade, os ACS receberam um número e suas falas foram caracterizadas pelo respectivo número ao final do depoimento.

Os dados quantitativos foram analisados através do cálculo da *frequência das variáveis*. Com relação aos dados qualitativos, após leitura global e exaustiva das respostas dos entrevistados, foi realizada a *análise de conteúdo* cumprindo três etapas: (1) Pré-análise, (2) Exploração do material e (3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2008; Minayo, 2007).

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa – protocolo nº 070/2008 – em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Caracterização dos entrevistados**

Todas as ACS de Cajuri eram do sexo feminino e recebiam 1 salário mínimo, equivalente à R\$ 415,00 na época do estudo. A Tabela 1 apresenta o perfil das ACS de Cajuri, a maioria era católica (90,9%) e tinha entre 30 e 40 anos (63,6%). Todas também haviam concluído o ensino fundamental, atendendo ao grau de escolaridade recomendado pelo Ministério da Saúde, conforme a Lei Nº. 10.507 (Brasil, 2002).

**Tabela 1.** Perfil dos ACS do Programa Saúde da Família. Cajuri, MG, Brasil, 2008.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>		
20 – 30	3	27,3
30 – 40	7	63,6
40 – 50	1	9,1
<b>Estado civil</b>		
Solteira	5	45,4
União estável	5	45,4
Viúva	1	9,2
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental completo	2	18,1
Médio incompleto	3	27,3
Médio completo	3	27,3
Superior incompleto	3	27,3
<b>Religião</b>		
Católica	10	90,9
Evangélica	1	9,1
<b>Área de trabalho</b>		
Rural	5	45,4
Urbana	2	18,2
Rural e urbana	4	36,4
<b>Reside onde trabalha</b>		
Sim	8	72,7
Não	3	27,3
<b>Tempo de trabalho no PSF (anos)</b>		
< 1	1	9,1
1 - 5	2	18,2
> 5	8	72,7
<b>Número de famílias acompanhadas</b>		
≤ 150	8	72,7
≥ 150	3	27,3

**Fonte:** Entrevistas realizadas com os Agentes Comunitários de Saúde. Cajuri, MG, Brasil.

Em relação ao trabalho, a maioria das ACS (72,7%) residia na comunidade em que atuava e estava há mais de cinco anos trabalhando no PSF. Encontrou-se que 27,3% das ACS acompanhava um número de famílias acima do recomendado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria Nº. 1.886 (Brasil, 1997).

### **Atribuições do agente comunitário de saúde: conflitos entre teoria e prática**

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006), são atribuições dos ACS promover a integração da equipe de saúde com a população; trabalhar com adscrição das famílias em base geográfica definida; desenvolver ações educativas com as famílias; realizar e atualizar os cadastros; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde, mantendo a equipe informada sobre as famílias em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade e ajudar na prevenção/controle da malária e da dengue.

Diante disso, o ACS pode ser visto como um trabalhador *sui generis*, uma vez que suas funções transcendem o campo da saúde, exigindo-lhe atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população (Nogueira e col., 2000).

Vários estudos têm procurado identificar as funções, ações e concepções sobre o cotidiano do trabalho do ACS e os resultados demonstram que eles têm encontrado muitas dificuldades para cumprir com suas atribuições, tanto pelo amplo leque de exigências quanto pelas limitadas condições socioeconômicas das famílias que acompanham (Silva e Dalmaso, 2002; Nunes e col., 2002; Levy e col., 2004; Ferraz e Aerts, 2005; Zanchetta e col., 2005; Buchabqui e col., 2006; Duarte e col., 2007; Bornstein e Stotz, 2008).

No município de Cajuri, todas as ações relatadas pelas ACS estavam em conformidade com o previsto pela Política Nacional de Atenção Básica, sendo a visita domiciliar e a orientação as atividades mais citadas. Aqui merece destaque a busca ativa realizada através das visitas domiciliares, conforme podemos perceber nos depoimentos que se seguem:

*“... Aqui o PSF, ele busca! (...) Porque a gente tá treinado pra isso, né? Os ACS é treinado pra fazer a busca ativa na casa, né?” ACS 1*

*“Ajudá mais os pessoal da comunidade, mas porém, não ficá parado no posto, nós temos que levá a notícia, procurá sabê onde que tá a notícia pra podê nós passá pro pessoal que tá lá dentro, né? Que através de nós é que eles sabe das informação tudo.” ACS 9*

*“A gente tenta busca as pessoas pra melhorá. (...) Tem pessoas que às vezes a gente insiste, procura eles, mas eles inda tem vez num dá atenção pra gente. Mas a gente num desiste, volta lá de novo, insiste com a pessoa até a gente conseguí e a gente consegue, né?!” ACS 10*

Embora a portaria nº 648 (Brasil, 2006) não estabeleça um número mínimo de visitas domiciliares que o ACS deve realizar por dia, ela recomenda que todas as famílias sejam visitadas pelo menos uma vez ao mês. Em Cajuri as ACS realizavam em média 13 visitas domiciliares por dia e 45,4% das ACS conseguia visitar todas as famílias no mês. Dentre aquelas que relataram não conseguir cumprir a recomendação, 27,3% afirmou que isso acontecia eventualmente e em função de algum imprevisto.

*“Tem vez que cê tá planejano í numa casa hoje. (...) Aí chega um papel dum exame que é lá no outro lado! Então aquela casa tem vez que fica sem í.” ACS 8*

*“Às vezes a gente vai numa casa na zona rural e não tem ninguém em casa, aí a gente programa pá outro dia, de repente não dá pra voltá, aí essa casa às vezes fica... Mas no outro mês a gente já procura í lá visitá. (...) Primeiramente lá nessa casa.” ACS 10*

O acompanhamento dos grupos de risco como crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos, pacientes da saúde mental e acamados também foi bastante citado pelas ACS, com os quais elas trabalhavam principalmente a educação em saúde. Resultados semelhantes foram encontrados por Levy e col. (2004) em Bauru e por Ferraz e Aerts (2005) em Porto Alegre, onde os ACS também ressaltavam os cuidados com a higiene e prevenção da dengue, a importância do cumprimento do calendário vacinal das crianças e do acompanhamento pré-natal das gestantes, incentivo à amamentação e uso correto das medicações.

*“É pra tá orientando as famílias (pausa) sobre o cuidado que devem ter com... A higiene bucal, é... Também com alimentação e com a limpeza do quintal pra evitá, pra evitá a ação do mosquito da dengue.” ACS 7*

*“É orientando as mães como começa o primeiro dia a amamentação com o bebê, né?” ACS 9*

*“Tem que olhá cartão de criança, né, tem que sabê se tá perto de tomá vacina. (...) Tem mais é as gestantes, né, elas e assim as pessoas que tem assim é, pressão muito alta, né?! (...) A gente acompanha mais, pede eles pá caminhá, né, pá tomá o remédio direitim, né?!” ACS 11*

Embora o enfoque preventivo seja tão enfatizado nas atividades dos ACS, observamos que o trabalho de orientação acontece de forma individualizada, centrada no reforço da assistência médica e na prevenção de riscos específicos, deixando a impressão de que sua abordagem, na maioria das vezes, não considera a dinâmica familiar, mas o somatório dos indivíduos que coabitam o domicílio (Silva e Dalmaso, 2002; Duarte e col., 2007). Além disso, nos depoimentos dos ACS, em vários momentos as visitas domiciliares foram associadas à entrega de medicamentos e resultados de exames e ao agendamento de consultas:

*“Às vezes é consultas que tem que agendar, remarcar consulta, tem casas que realiza vários tipos de exames, aí a gente tem que ir lá pra avisar consulta, essas coisas assim.” ACS 1*

*“Temos a entrega de medicamento, que é, eles nem procuram o posto, entendeu, a gente leva nas casas! (...) O hiperdia né, que ele já passa pelo médico e a gente encarrega de entregá os medicamento pra eles.” ACS 6*

Se por um lado esta função designada ao ACS amplia o acesso da população às ações e serviços de saúde (Silva e col., 2005), por outro pode prejudicar o acompanhamento das famílias quando se torna o objetivo maior da visita domiciliar.

Outro paradoxo relacionado à atuação do ACS é o alto grau de intervencionismo na vida das pessoas (Radis, 2007), percebido principalmente quando os critérios de avaliação da saúde ou modo de vida das pessoas da comunidade são exclusivamente guiados pelas recomendações biomédicas, sem esforço de contextualização ou reflexão sobre sua realidade (Nunes e col., 2002; Silva e Dalmaso, 2002). Este comportamento ilustra um dos problemas da visita domiciliar, que segundo Franco e Merhy (1999) podem significar uma excessiva intromissão na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade.

*“Então eu tenho que passá pra ver se eles tão tomando o medicamento. Aí eu já tenho até, eu já faço a caxinha separando com desenhos, né, os remédios que eles têm que tomá e nem coloco muito remédio, porque eu tenho que passa lá direto. Devo ir lá umas 20... 20 vezes ou mais! (risos) Tem analfabeto que é complicado, cê tem que sempre tá lá pra ver se num tá trocando remédio, né?!” ACS 2*

*“É um paciente que às vezes eu tenho que tá olhando, vigiano porque às vezes come uma comida salgada, eu tenho que tá em cima ali pedindo pá num, né, pá fazer mais sem sal, tudo isso, né! Gordura, né?! Evitá as gordura! Tem uma casa que às vezes o quintal é sujo eu tenho que tá olhando, vê se limpô, né, a casa bem limpinha! Um paciente acamado que eu tenho que tá olhando se a cama tá limpinha, né, se o paciente tá bem cuidado.” ACS 3*

Por outro lado, muitas vezes os ACS reproduzem comportamentos calcados em velhas concepções de favores e facilitação dos trâmites burocráticos (Cotta e col., 1998; Pedrosa e Teles, 2001), colocando em jogo na sua relação com a família e com a equipe não só os procedimentos necessários aos cuidados da saúde, mas também relações de barganha e poder para a geração de privilégios (Silva e Dalmaso, 2002; Nunes e col., 2002).

*“... Às vezes, nós como as agentes, a gente faz, né, a nossa parte que é fazer as fichas pros pacientes. Eu entro na fila e faço a ficha, aí depois quando ele chega já tá com o número lá.” ACS 2*

*“Ah, custô pra me atendê e tal... Ah, é porque cê num me procurou, porque quando cê me procura as coisas é mais rápida (risos)!” ACS 4*

*“Quando a gente precisa de alguma coisa pra família da gente. (...) Um exame, né, ou mesmo consulta, marcá consulta, então a gente, é... Não que a gente seja favorito mais do que as outras pessoas, né, mas eu acho que a gente é atendido assim muito rápido! (...) Eu tenho uma irmã que mora lá em Volta Redonda, né, e ela vem aqui de dois em dois meses pá consultá com o médico aqui” ACS 11*

Atitudes como estas, em que os ACS favorecem o acesso a pessoas mais próximas ou afins, remetem ao velho jogo clientelista, típico do país nos anos que antecederam o SUS, e que, ainda hoje, está presente em muitos municípios brasileiros, especialmente nos de pequeno porte (Cotta e col., 1998, Fleury, 2006).

Entretanto, esta prática não é dominante no município pesquisado, conforme ilustram os depoimentos que se seguem e que vai ao encontro de diferentes estudos, que apontam para o fato de que, de modo geral, o ACS é percebido como o elo entre a equipe de saúde e a comunidade, sendo o principal responsável pela efetivação do vínculo nesta relação (Brasil, 2001; Silva e Dalmaso, 2002; Tomaz, 2002; Rosa e col., 2004; Levy e col., 2004; Silva e col., 2005; Zanchetta e col., 2005; Bornstein e Stotz, 2008).

*“Os agentes de saúde é o elo que liga a família com o médico, com o enfermeiro, sabe? (...) Nossa eu ganho presente sabe, nossa, eu ganho abraço no meio da rua, entendeu? (...) Às vezes tem gente, igual fim de ano assim, vem muito parente pra casa das pessoas, aí ah, essa daqui que cuida de mim e tal, assim que vem aqui e me dá as coisas, traz o médico na minha casa, aí os filhos reúne e dá a gente um presente, brigado por cê tá cuidando da minha mãe, cuidando da minha vó!” ACS 4*

*“Porque o agente de saúde ele é uma pessoa né, que lida com todo mundo, ele sabe da vida de todo mundo, né, é uma pessoa que tem que sê muito sincera pra trabalhá, né?! A gente sabe, fica sabeno coisa que às vezes nem a família sabe e a gente fica sabeno da pessoa, por exemplo, quando a pessoa fica grávida na família às vezes ela num tem coragem de contá pros pais mas conta pra gente!” ACS 11*

O ACS possui uma identidade comunitária e a importância do seu papel social o diferencia dos demais trabalhadores da saúde, principalmente ao atuarem como mediadores entre as diversas esferas de organização da vida social (Nogueira e col., 2000). Para Nunes e col. (2002), esta posição estratégica de mediador entre a comunidade e o serviço de saúde os inscreve de forma privilegiada na dinâmica de implantação e de consolidação do novo modelo de saúde, atribuindo-lhes um caráter híbrido e polifônico, como podemos observar nos depoimentos abaixo:

*“Igual nós já fomo em escola, já demos banho em criança, já tiramos piolho em criança, já tiramos bicho de pé de criança! (...) Quando a gente vê que tem uma coisa que tá demais nós reunimos e vamo fazê!” ACS 4*

*“Tem umas casas aí que a gente vai umas 4 ou 5 vezes por mês ou mais, porque acaba atendo umas mais por causa de um problema mesmo, né? (...) Pra sabê se tá tomano o remédio direito.” ACS 5*

*“Se nós fô plantá uma horta comunitária, a população ajuda, a comunidade ajuda! (...) Quando tem as reunião de Emater pra entregá semente, essas coisa assim, aí eu aviso...” ACS 9*

*“Aí quando precisa, por exemplo, de acompanhá alguma família que num tem ninguém por eles a gente acompanha! (...) Porque às vezes a família, pessoas que num tem estudo e num conhece, chega lá fica meio perdido, né?!” ACS 10*

Vale ressaltar a identificação de duas dimensões principais na atuação dos ACS: uma dimensão técnica, relacionada à atenção aos indivíduos e famílias, à prevenção de agravos e ao monitoramento de grupos com problemas específicos; e a dimensão política, que transcende a inserção da saúde no contexto geral de vida das famílias, sendo direcionada à organização da comunidade com vistas à transformação das condições de vida (Silva e Dalmaso, 2002).

No estudo de Zanchetta e col. (2005) a maior preocupação dos ACS foi revelar o compromisso do sistema de saúde com a comunidade, contudo, eles perceberam-se impossibilitados de promover a saúde diante da necessidade de medidas intersetoriais para a reversão da miséria e alcance de melhor perspectiva de vida para a população.

Situações como estas fazem com que a abordagem do ACS, muitas vezes, seja baseada principalmente no controle de doenças crônicas e na prevenção de outros agravos, através do esclarecimento de dúvidas, criação de vínculos de confiança, reforço à solidariedade e escuta das demandas.

Muitas vezes os profissionais de saúde sentem-se impotentes diante dos determinantes sociais da saúde, deparando-se com problemas como a miséria, o desemprego, a falta de higiene, a fome, entre tantas outras situações para as quais não há cura imediata, mas são tão graves que precisam ser cuidadas. Neste sentido, ouvir o que a comunidade tem ou precisa dizer é acolher e então, o acolhimento passa a ser uma forma de cuidar e pode ser o primeiro passo para ampliar um diálogo e gerar possibilidades e oportunidades (Duarte e col., 2007).

*“Às vezes a pessoa nem precisa de cê tá lá pra leva remédio! Na verdade só d’ocê chega lá e conversá a pessoa já tranqüiliza, né?!” ACS 2*

*“Muitas vezes o paciente quer conversar com você, né? Que eles vão acostumano! Eles vão passano os pobrema, ah eu tô com uma dificuldade, aconteceu isso comigo ontem... Aí qué contá pra gente, aí eu fico lá, escuto!” ACS 3*

Para Silva e col. (2005), uma das maneiras pelas quais o ACS contribui efetivamente para a materialização da integralidade no cuidado em saúde, se dá quando ele busca dar respostas positivas às demandas da população. Além do mais, no momento em que se estabelece uma ação em saúde como prática de cuidado cria-se uma parceria entre profissional e indivíduo buscando as origens e significados do problema e as formas de enfrentá-lo (Silva e Dalmaso, 2002).

*“Às vezes a gente já chega na casa encontra um problema e qué resolvê logo! Então eu já trago pro enfermeiro e a gente tenta solucioná.” ACS 6*

No entanto, de acordo com Cotta e col. (2007, p.281) “para o enfrentamento das condições adversas faz-se necessária a identificação e definição não só das necessidades e demandas em saúde, mas também das condições institucionais para viabilização das ações e dos caminhos a serem percorridos - o que inclui a formação adequada dos profissionais de saúde para atuar no SUS e nos seus diferentes níveis - especialmente na atenção básica -, de modo a torná-los capazes de enfrentar os problemas resultantes da pobreza e da desigualdade social, tão presentes no cotidiano brasileiro”.

### **A capacitação e educação permanente como estratégia de potencialização para a reorientação do modelo de atenção em saúde**

Para Tomaz (2002, p.85,87), com a implantação do PSF o papel do ACS foi ampliado, exigindo novas competências no campo político e social, principalmente ligadas à promoção da saúde. Entretanto, o processo de qualificação deste profissional ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel.

No município em estudo, nenhuma ACS tinha experiência prévia de trabalho no PSF, sendo que apenas 54,6% recebeu algum tipo de orientação antes de iniciar o trabalho e 81,8% relatou ter participado de cursos de capacitação depois que já estava trabalhando:

*“Porque a gente tem treinado, às vezes a gente acompanha quando tem esses cursos! Mas eu comecei a trabalhar sem curso nenhum, aí a gente vai aprendendo é no dia a dia, né?! É dia a dia...”* ACS 10

Quanto ao conhecimento e apreensão das ACS de Cajuri em relação ao SUS, seus princípios e diretrizes, apenas 27,3% das entrevistadas demonstrou ter algum tipo de apreensão, ainda que apresentando alguns conceitos inadequados:

*“Tem que atendê a todos, né, com igualdade! (...) Não olha a quem, não pode negá atendimento a ninguém, qualquer que seja. E assim, olhar os casos mais urgentes, que é um direito de todos mas tem coisa que vai tê que separá, né?!”* ACS 3

*“Equidade... Universalidade... Ah, eu sei equidade, integralidade! Equidade acho que é o que trata a igualdade, é isso? Eu confundo eles tudo!”* ACS 4

*“Integridade... Ai num lembro de cabeça! (...) Tratá as pessoas iguais, não excluí ninguém... Todo mundo né, nós somos todos iguais, de cor, se tem dinheiro, se é pobre, se é rico, num importa!”* ACS 6

Todavia, em relação ao conhecimento e apreensão dos princípios e diretrizes do PSF, 36,4% das ACS soube definir PSF adequadamente e 81,8% relatou alguma de suas principais características/diretrizes.

Resultados semelhantes foram encontrados por Cotta e col. (2006) em Teixeira-MG e por Rosa e col. (2004) na Bahia, demonstrando a inadequação do nível de apreensão e conhecimento dos princípios do sistema de saúde pelos profissionais. Ademais, de acordo com Rosa e col. (2004), apesar dos ACS identificarem-se como trabalhadores do SUS eles não conseguiam incorporar o PACS/PSF enquanto

programas integrantes deste sistema, o que vai ao encontro dos resultados encontrados neste estudo.

Esta dificuldade para entender o novo sistema e o seu funcionamento pode estar relacionada à formação profissional, uma vez que um grande volume de trabalhos presentes na literatura evidencia que a formação do ACS continua centrada no controle tecnológico da doença, fazendo com que ele reproduza a visão fragmentada e reducionista do modelo biomédico em sua prática (Pedrosa e Teles, 2001; Nunes e col., 2002; Rosa e col., 2004; Silva e col., 2005; Cotta e col., 2006; Buchabqui e col., 2006; Duarte e col., 2007; Besen e col., 2007; Bornstein e Stotz, 2008).

Uma das conseqüências desta formação baseada no modelo de educação tradicional dos cursos médicos é a atuação do ACS, não raras vezes, como “polícia sanitária”, conforme podemos observar no seguinte depoimento:

*“Nas visitas tem os agentes que sabe mais sobre as famílias, sobre os problema das famílias, sobre a medicação, se tem um curativo, gestante! (...) Hoje cê tem que olhá tudo, cartão, peso, altura, vacina se tá em dia, se foi no médico, se num foi cê tem que ficá cobrano, hoje em dia é bem, bem fiscalizado!” ACS 8*

Além disso, a abordagem puramente biológica não consegue preparar os profissionais para lidarem com toda a complexidade do processo saúde-doença-adoecimento no seu cotidiano de trabalho, gerando insegurança, impotência e muitas vezes, percepções e atitudes incoerentes com o funcionamento do atual sistema de saúde.

*“O SUS dificulta muito as pessoas pras consultas, pra internação, as pessoa tem que ficá enfrentando fila e mais fila. Eles tinham que priorizá! A pessoa chegô lá fez sua ficha e pronto! Entra pro médico. Tinha que chegá e sê atendido na hora, e não acontece! Por isso que morre tanto aí na, nas fila de hospital...” ACS 2*

*“Eu acho que eu num sô capaz de trabalhá do jeito que precisa! (...) É uma responsabilidade que eu acho que eu num tô dano conta direito, do jeito que é!” ACS*  
11

Neste sentido, a capacitação e educação permanente da equipe multiprofissional, em especial do ACS, são fundamentais para que os profissionais busquem atender às necessidades das famílias, direcionando o olhar e as ações de saúde para além das práticas curativas. É necessário ainda, que os serviços de saúde e seus profissionais adotem uma forma de interação inovadora, contextualizada e em consonância com os valores das famílias no cenário social e político (Noronha e col., 2009).

De acordo com Silva e Dalmaso (2002, p.181), o ACS se vê como organizador do acesso (cadastrador e orientador do uso dos serviços) e ‘olheiro’ da equipe na captação de necessidades, identificação de prioridades e detecção de casos de risco para a intervenção desta. Diante disso, a capacitação do ACS deve contemplar conhecimentos diversos em torno da questão do processo saúde-doença, ultrapassando a perspectiva puramente biomédica e incorporando outros saberes que o habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias (Nunes e col., 2002; Rosa e col., 2004; Buchabqui e col., 2006; Cotta e col. 2007).

Ademais, o processo de capacitação do ACS deve se basear na lógica do modelo da produção social da saúde e enfatizar os princípios do SUS, compreendidos e incorporados em sua prática, para que eles atuem com autonomia e segurança, promovendo o cuidado e o acolhimento e possam contribuir seguramente com a consolidação deste novo sistema.

Também é preciso romper com a formação baseada na concepção “bancária”, para a qual a educação é o ato de depositar, transferir e transmitir valores e conhecimentos para seres de adaptação e ajustamento, passivos, ingênuos, acrílicos e possuidores de um poder criador mínimo (Freire, 1987), o que constitui um obstáculo para o pleno desenvolvimento do potencial dos profissionais de saúde.

Para isso, os cursos de capacitação precisam estar fundamentados no desenvolvimento de competências, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos, críticos e centrados no educando, cujos objetivos centrais devem ser transformá-los em sujeitos proativos (Tomaz, 2002; Mitre e col., 2008; Duarte e col., 2007).

Deste modo, o processo de formação ocupará potencialmente o papel de uma ação cultural para a libertação como um autêntico ato de conhecer, assumindo uma atitude comprometida de quem não apenas quer descrever o que se passa e como se passa, mas uma atitude de quem quer, sobretudo, transformar a realidade, para que o que agora se passa de tal forma, venha a passar-se de forma diferente no futuro (Freire, 2002).

### **Entraves presentes no cotidiano do trabalho do ACS: perfil profissional, valorização e sobrecarga**

Além da implementação de uma política de capacitação inovadora, é preciso que haja uma reflexão acerca do perfil profissional desejado para o ACS, uma vez que, para muitos o significado de ser ACS representa a oportunidade de emprego (Silva e Dalmaso, 2002; Rosa e col., 2004). Esta realidade é verificada principalmente nos municípios de pequeno porte e se apresentou de maneira expressiva para a maioria das ACS (81,8%) de Cajuri:

*“Não escolhi, fui escolhida, né? Eu era professora, não tinha mais sala de aula e eles me passaram, a prefeitura me passou pra sê agente comunitária de saúde.” ACS 5*

*“Eu trabalhava assim como lavradora, né, eu ajudava o meu marido na roça, aí surgiu essa oportunidade aí eu comecei a trabalhar como agente de saúde.” ACS 10*

Quando questionadas sobre a intenção de continuar trabalhando no PSF, muitas consideravam o trabalho de ACS como algo temporário, até que surgisse outra oportunidade melhor de trabalho:

*“Ah, enquanto eu tiver estudando, pra terminar meus estudos.” ACS 1*

*“Eu tô fazeno o curso, se saí alguma coisa pra mim! (...) Eu penso em deixá algum dia, mas só quando aparecê alguma coisa que fô melhor do que eu tô.” ACS 10*

Os resultados desse estudo apontam como causas da desmotivação em relação à profissão de ACS, tanto os baixos salários quanto a sobrecarga e desvalorização do trabalho.

*“Eu tô estudando pra isso e gastando pra isso, porque no PSF a gente ganha um salário, que não vale de nada e a gente trabalha muito! Acho que é uma profissão que trabalha mais que qualquer outra, o tanto que a gente anda e o tanto que a gente pensa e não vale a pena não!” ACS 5*

*“Quando alguma coisa dá errada dá vontade de desistí, então eu acho que eu num queria mais não. Eu tô um pouco desgastada!” ACS 6*

*“Os usuário?! (...) Tem uns que num dá valor à gente, no que a gente faz. Ah, esse negócio do’ceis trabalhá no PSF, ceis fica mais é atoa, ceis fica na boa vida... Igual os profissionais que trabalha junto com a gente, às vez um dá valor a gente mais que o outro! (...) Nem sempre a gente acha que é valorizado do jeito que a gente queria, num é cantá parabéns mas é pelo menos pá podê sabê que a gente tá trabalhano, sério!” ACS 11*

Vários estudos demonstram que os ACS encontram dificuldades para cumprir com sua função (Silva e Dalmaso, 2002; Levy e col., 2004; Ferraz e Aerts, 2005; Duarte e col., 2007; Bornstein e Stotz, 2008).

Para Nunes e col. (2002, p.1641), a inclusão do ACS no PSF representa um aumento significativo de trabalho e de responsabilidade, sem que isso seja acompanhado de aumento salarial correspondente.

Além disso, a posição do ACS no interior da equipe de saúde da família revela-se ainda mais crítica quando se compara o seu salário com o de outros membros da equipe, de forma que o sentimento de desvalorização do seu trabalho torna-se particularmente evidente se consideramos a hipótese de que o ACS é tido como personagem chave do PSF.

Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de se garantir uma capacitação adequada para o ACS, além de se criar estratégias de valorização e motivação para o exercício do trabalho deste profissional tão importante para o PSF.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É evidente que o ACS possui um papel essencial para a consolidação do SUS, não só por facilitar o acesso da população às ações e serviços de saúde, mas principalmente por ser o elo entre as equipes de saúde e a comunidade; fortalecendo as relações, facilitando o potencial diagnóstico das situações de risco e atuando como agentes de organização da comunidade com vistas à transformação de suas condições de saúde.

No entanto, “não se pode colocar nas costas do ACS o árduo e complexo papel de ser a *‘mola propulsora da consolidação do SUS’*. Na prática, este processo depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores” (Tomaz, 2002, p.85-86). Para isso é preciso incluir reflexões sobre o SUS, seus princípios e diretrizes no processo de capacitação dos profissionais de saúde visando romper com a visão reducionista e fragmentada que ainda prevalece, tornando estes importantes atores em co-participes do processo de implementação do SUS no cotidiano dos municípios e comunidades.

Do mesmo modo, o processo de capacitação deve estar baseado na vivência da prática, permitindo a reflexão crítica e o enfrentamento de situações reais, de forma que a reconstrução de significados ultrapasse uma aprendizagem baseada simplesmente na reprodução teórica do conhecimento e apele para uma aprendizagem que tenha como pressuposto a participação ativa do ACS e a integração da teoria com a prática.

Finalmente, parafraseando o sanitário Gastão Wagner (Radis 2007, p.17) “tenho a impressão que o SUS é melhor que o Brasil, mais generoso do que nós”. Assim, há que se ressaltar que maiores esforços valem a pena para melhorar a prática de trabalho dos profissionais de saúde, em especial do ACS, de forma a contribuir efetivamente para a consolidação do SUS.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa (PO): Edições 70; 2008.
2. BESEN, C.B.; NETTO, M.S.; DA ROS, M.A.; SILVA, F.W.; SILVA, C.G.; PIRES, M.F. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007.
3. BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.M. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitário de saúde: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.1, p.259-268, 2008.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997. *Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 07 mar. 2008.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. [Decreto Nº 3.189, de 4 de Outubro de 1999](#). *Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde e dá*

- outras providências*. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 08 fev. 2008.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 36p.
  7. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº. 10.507, de 10 de julho de 2002. *Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 08 fev. 2008.
  8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006*. 4. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. p 9-55.
  9. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal em atuação - competência Novembro/2008*. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/resumo\\_por\\_uf\\_12\\_2008.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/resumo_por_uf_12_2008.pdf)> Acesso em: 12 mar. 2009.
  10. BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 140 p.
  11. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Ministério da Saúde. 2ª. ed. atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005. 210 p.
  12. BUCHABQUI, J.A.; CAPP, E.; PETUCO, D.R.S. *Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde*.

- Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.30, n.1: 32-38, jan.-abr. 2006.
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.; AZEREDO, C.M.; SCHOTT, M; CARDOSO, P.M.; FRANCESCHINI, S.C.C.; PRIORE, S.E. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. *Revista Médica Minas Gerais*, v.16, n.1, p.2-8, 2006.
  15. COTTA, R.M.M.; GOMES, A.P.; MAIA, T.M.; MAGALHÃES, K.A.; MARQUES, E.S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p.278-286, 2007.
  16. DUARTE, R.L., SILVA, D.S.JR., CARDOSO, S.H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.11, n.23, p.439-47, set.-dez. 2007.
  17. FERRAZ, L.; AERTS, D.R.G.C. O cotidiano do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.2, p.347-355, 2005.
  18. FLEURY, S. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Ed. FGV, RJ, 2006.
  19. FRANCO, T.; MERHY, E. *PSF: Contradições e desafios*. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Belo Horizonte/Campinas, 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2008.
  20. FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 220p.
  21. FREIRE, P. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. São Paulo: Paz e Terra, 10<sup>a</sup>. ed., 2002. 176p.

22. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Síntese de Indicadores Demográficos*. Disponível em<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 28 mai. 2008.
23. LEVY, F.M.; MATOS, P.E.S.; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.197-203, jan.-fev. 2004.
24. MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2006. 300 p.
25. MINAYO, M.C.S. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
26. MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007. 406 p.
27. MITRE, S.M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J.M.; MORAIS-PINTO, N.M; MEIRELLES C.A. B; PINTO-PORTO C.; MOREIRA, T.; HOFFMANN, L.M.A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação dos profissionais de saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, supl. 2, p.2133-2144. 2008.
28. NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B.; RAMOS, Z.V.O. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde*. Rio de Janeiro: Ipea. Textos para Discussão nº. 735, 2000. 33p.
29. NORONHA , M.G.R.C.S.; CARDOSO, P.S.; MORAES, T.N.P.; CENTA, M.L. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.2, p.497-506, 2009.
30. NUNES, M.O.; TRAD, L.B.; ALMEIDA, B.A.; HOMEM, C.R.; MELO, M.C.I.C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1639-1646, nov.-dez. 2002.

31. PEDROSA, J.I.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*, v.35, n.3, p.303-11, 2001.
32. RADIS, Comunicação em Saúde. O SUS é melhor que o Brasil. *Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz*, n.62, p.16-17, out. 2007.
33. ROSA, A.S.; CAVICCHIOLI, M.G.S.; BRÊTAS, A.C.P. O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Acta Paulista Enfermagem*, v.17, n.3, p.255-261, jul.-set. 2004.
34. SANTOS, J.L.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, v.13, n.35, p.71-88, 1999.
35. SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.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. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.53-66, 2005.
36. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). *Informações sobre a Gestão do Sistema de Atenção Básica e composição das Equipes de Saúde da Família 2008*. Cajuri: SMS [dados não publicados].
37. SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002, 240p.
38. SILVA, R.V.B.; STELET, B.P.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Do Elo ao Laço: o Agente Comunitário na Construção da Integralidade em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESP/UERJ, ABRASCO 2005. 319p. cap. 1, p.75-90.

39. SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F; VEIGA, J.P.C.  
Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. *In: MINAYO, M.C.S.; Assis, S.G.; Souza, E.R. Avaliação por triangulação de métodos.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 244 p. p.133-156.
40. TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.6, n.10, p.75-94, fev. 2002.
41. ZANCHETTA, M.S.; LEITE, L.C.; PERREAULT, LEFEBVRE. H. *Educação, crescimento e fortalecimento do agente comunitário de saúde – estudo etnográfico.* Online Brazilian Journal of Nursing, v.4, n.3, 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objnursing.htm>>. Acesso em: 04 dez. 2007.

## 6.2. ARTIGO 2

### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – A ‘MENINA DOS OLHOS’ DO SUS: SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROTAGONISTAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**Resumo:** A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de contato com o sistema de saúde. No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS. O objetivo deste estudo foi avaliar o serviço realizado pelo PSF, a partir das representações sociais dos entrevistados sobre as características exclusivas da APS - *atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação*. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, realizada em Cajuri-MG. Foram entrevistados os gestores municipais, os profissionais do PSF e as gestantes atendidas pelo PSF. Em relação às representações sociais sobre o SUS, observou-se um inadequado nível de apreensão e conhecimento dos seus princípios e diretrizes. Quanto ao PSF, foram expressas várias conotações positivas e o conjunto de percepções dos protagonistas identificaram-no como uma estratégia de reestruturação da APS no município. Não obstante, foram percebidas fortes influências do modelo biomédico e o desafio da integração com os demais níveis de atenção, indicando a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais e na estruturação dos demais níveis de atenção à saúde.

**Palavras-chaves:** Atenção Primária à Saúde, SUS, PSF, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, Integralidade.

**Abstract:** The Primary Health Care (APS) it constitutes the first contact level with the system of health. In Brazil, the Family Health Program (PSF) it is the main implementation strategy and organization of APS. The objective of this study to evaluate the actions and services of health offered by PSF, starting from the social representations users, professionals and managers on the exclusive dimensions of APS - attention to the first contact, longitudinalidade, integralidade and coordination. It is a quali-quantitative research, accomplished in Cajuri-MG. Were interviewed the municipal managers, the professionals of PSF and the pregnant women assisted by PSF. In relation to the social representations on SUS, it was observed an inadequate apprehension level and knowledge of their beginnings and guidelines. As for PSF, they were several expressed positive connotations and the group of the protagonists perceptions identified it as a strategy of restructuring of APS in the municipal district. In spite of, they were noticed strong influences of the biomedical model and the challenge of the integration with the other levels of attention, indicating the need of investments in the professional's training and in the structuring of the other levels of attention to the health.

**KEY WORDS:** Primary Health Care, Single Health System, Family Health Program, Program Evaluation, Integrality.

## INTRODUÇÃO

*“Quem não compreende um olhar, tampouco compreenderá uma longa explicação.”*

*Mário Quintana*

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata<sup>1</sup>. De acordo com a declaração de Alma Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção<sup>1</sup>.

Desde então, diversos autores vêm propondo definições sobre a APS, destacando-se os estudos da pesquisadora Bárbara Starfield, referência adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil<sup>2,3,4</sup>.

Para Starfield<sup>5</sup> “a APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições”.

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS<sup>2-4,6-10</sup>. Criado em 1994, o PSF foi apresentado no primeiro documento ministerial como um programa, passando, em seguida, a ser

considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, com potencial caráter substitutivo das práticas convencionais<sup>3,10-11</sup>.

De acordo com Sampaio<sup>12</sup>, muitos movimentos foram realizados visando o fortalecimento da APS no país, merecendo destaque a criação do Departamento de Atenção Básica pelo Ministério da Saúde em 2000<sup>13</sup>, a implementação da Política Nacional de Atenção Básica e do Pacto pela Saúde e Pela Vida no ano de 2006<sup>14,15</sup>, documentos que reiteraram como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de APS e centro ordenador das redes de atenção à saúde<sup>3,6,9</sup>.

O PSF incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e desponta como um novo paradigma na atenção à saúde, com princípios e diretrizes que criam uma nova forma de produzir e distribuir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico<sup>7-8,16-17</sup>. Portanto, desde sua implantação, o PSF se propõe a transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro – médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital o lócus de solução para todo e qualquer problema de saúde –, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e transdisciplinar, centrado na família e na comunidade<sup>10</sup>.

Além disso, o PSF, como estratégia, está baseado nas quatro características exclusivas da APS, dimensionadas por Starfield<sup>5</sup> - atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

A garantia de *atenção ao primeiro contato* está relacionada ao uso da APS como a porta de entrada para as questões de saúde e à sua capacidade para lidar com problemas amplos, heterogêneos e fortemente influenciados pelo contexto social. A *longitudinalidade* requer a existência de aporte regular de cuidados à saúde, assim como seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e famílias<sup>5</sup>.

A *integralidade* exige a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, aliada à responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e ao reconhecimento adequado aos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. Por fim, a *coordenação* implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integrado e organizado, o que por sua vez exige o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante<sup>5</sup>.

Essas características constituem-se em valiosos indicadores para o processo de avaliação da APS<sup>2</sup>. Ademais, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados primários de saúde devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos<sup>1</sup>.

Desde esta perspectiva, sendo o PSF a estratégia de implantação da atenção primária – política posta em prática pelo Ministério da Saúde do Brasil, em parceria com os municípios, desde 1994 –, este estudo tem como objetivo *avaliar as ações e serviços de saúde oferecidos pelo PSF*, a partir das representações sociais dos usuários, profissionais e gestores sobre as características exclusivas da APS.

## **MÉTODOS**

### **Descrição espaço-temporal**

A pesquisa foi realizada em novembro de 2008, no município de Cajuri, Zona da Mata de Minas Gerais. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE)<sup>18</sup>, em 2007 o município tinha uma população estimada de 4.015 habitantes, dos quais 54,6% residiam na zona urbana. Com relação às condições socioeconômicas, a principal atividade econômica era a agropecuária e o cultivo de lavouras permanentes e

temporárias<sup>18</sup>, apresentando, em 2000, renda *per capita* média de R\$ 140,81 e taxa de analfabetismo de 21,8% na população adulta<sup>19</sup>.

Em relação aos *serviços de saúde*, o município possuía gestão plena da atenção básica na assistência à saúde, contando com uma unidade básica de referência que oferecia vacinação, curativos, farmácia, laboratório de exames, consultas médicas e de emergência, serviço de observação, entre outros. Neste mesmo espaço físico funcionava o PSF, que havia sido implantado em 1997, sendo atualmente constituído por duas equipes<sup>20</sup> e cobrindo 98,8% da população<sup>21</sup>.

Segundo o último Censo demográfico, a maioria dos municípios brasileiros (90,47%) era de pequeno porte, apresentando uma população de até 50.000 habitantes<sup>18</sup>, o que confirma a importância deste estudo para o contexto dos municípios brasileiros, podendo-se inferir que os resultados aqui apresentados constituem-se em valiosos instrumentos para o trabalho de profissionais, gestores e pesquisadores que lidam com o cotidiano do SUS em todo país.

### **Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de abordagem quali-quantitativa, conhecida como Triangulação de Métodos, dinâmica de investigação que integra a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vistas, assim como o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados<sup>22</sup>, permitindo uma abordagem complementar e dialética através do diálogo entre questões objetivas e subjetivas<sup>23,24</sup>.

Investigaram-se, por meio de entrevistas individuais, as representações sociais dos protagonistas (profissionais, usuários e gestores) sobre o SUS e o PSF, na tentativa de absorver a representação particular desse processo de construção social do sistema sanitário e apresentar propostas que contribuíssem com a melhoria das ações e serviços da APS, visando reforçar as dimensões do cuidado e da atenção integral aos usuários.

Segundo Moscovici<sup>25</sup>, as representações sociais são entidades quase tangíveis, que circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente através de uma palavra, de uma ação ou de um gesto, podendo ser definidas como senso comum, imagens, concepções ou a visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade.

De acordo com Minayo<sup>23</sup>, as representações sociais podem ser consideradas matéria-prima para a análise do social e também para a ação pedagógica e política de transformação, uma vez que são definidas como categorias de pensamento, ação e sentimentos que expressam a realidade e explicam-na, justificando-a ou questionando-a.

### **Atores sociais estudados**

Foram entrevistados, em seus locais de trabalho, os dois gestores municipais (prefeito e secretário municipal de saúde) e 91,6% dos profissionais que trabalhavam no PSF (n=22), pois dois profissionais estavam de férias no período do estudo.

Em relação à população, seguindo as orientações metodológicas de Becker<sup>26</sup>, dada à dificuldade encontrada em se delimitar o todo representado pela amostra e uma vez que os usuários nem sempre são um conjunto homogêneo, optou-se por entrevistar um grupo populacional que freqüentava rotineiramente as atividades desenvolvidas pelo PSF - as gestantes cadastradas no Programa de Humanização do Pré-Natal.

No período do estudo, havia 23 gestantes em Cajuri<sup>27</sup>, porém, foram entrevistadas 21 gestantes (91,3%), visto que duas não foram encontradas, mesmo após três visitas aos domicílios.

## Coleta e Análise dos dados

Para a avaliação das ações e serviços de saúde oferecidos pelo PSF, construiu-se um questionário inspirado nos pressupostos teóricos de Gérvas *et al.*<sup>28</sup>, Mendes<sup>29</sup> e Starfield<sup>5</sup>, como meio de se formular uma estratégia para verificar as características da APS - *atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação*, segundo as percepções dos atores entrevistados.

Visando complementar as informações obtidas pelos questionários foi realizada a revisão dos prontuários das gestantes acompanhadas pelo PSF. A análise foi baseada em um roteiro estruturado de acordo com as orientações propostas pelo Manual Técnico do Ministério da Saúde - *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*<sup>30</sup>.

Os dados quantitativos foram analisados através do cálculo da *frequência das variáveis*.

Com relação aos dados qualitativos, após livre consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas e transcritas, respeitando a pronúncia e sintaxe utilizadas pelos participantes do estudo na apresentação das falas. Com o intuito de preservar a identidade os entrevistados receberam um número e suas falas foram caracterizadas pelo respectivo número ao final do depoimento.

O método adotado para compreensão dos dados fornecidos pelas entrevistas foi a *análise de conteúdo*. De acordo com Bardin<sup>31</sup>, a análise de conteúdo “*é um conjunto de técnicas de análises das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens e indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens*”. Esta análise envolveu três etapas<sup>23,31</sup>: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material e 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

## **Aspectos Éticos**

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa – protocolo nº 070/2008 – em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **Perfil dos entrevistados**

Entre as gestantes, a idade média foi de 23,8 anos, variando de 14 e 38 anos. Vale ressaltar que 33,3% eram adolescentes. Considerando o estado civil, 28,6% eram solteiras; 66,7% viviam em união estável e 4,7% eram separadas. Quanto à escolaridade, 66,6% das gestantes possuíam ensino fundamental incompleto e apenas 4,8% ensino médio completo; a maioria era dona de casa (47,6%) e 23,8% eram estudantes. A renda familiar mediana foi de R\$ 415,00 (mínimo R\$ 250,00 e máximo R\$ 830,00), equivalente a um salário mínimo na época do estudo.

No grupo dos gestores e profissionais de saúde a idade média foi de 35,2 anos, variando entre 23 e 67 anos. Houve predomínio do sexo feminino (79,2%), metade dos profissionais era solteiro e 45,8% casados. Em relação ao nível de escolaridade, 35,2% dos ACS e dos profissionais de nível técnico apresentaram ensino médio completo e a mediana da renda foi de um salário mínimo, variando entre R\$ 415,00 e R\$ 750,00. Entre os gestores e profissionais de nível superior, a mediana da renda foi de R\$ 2.670,00 (mínimo R\$ 1.600,00 e máximo R\$ 10.000,00) e 85,7% tinham pós-graduação, dos quais 42,8% haviam se aperfeiçoado ou ainda estavam realizando cursos na área da Saúde Pública.

Merece destaque a formação e o perfil profissional dos gestores municipais, uma vez que ambos eram profissionais da saúde e possuíam vasta experiência no serviço público, demonstrando conhecimento e domínio sobre os princípios e diretrizes que orientam a política de saúde, assim como sobre os principais fatores relacionados à sua operacionalização.

### **Representações Sociais sobre o Sistema Único de Saúde**

Em relação às representações sociais sobre o SUS, 52,4% das gestantes entrevistadas apresentaram algum conceito, porém demonstraram uma concepção biomédica vinculada ao atendimento em caso de doenças, realização de consultas e exames e ao uso de medicamentos. Além disso, 66,7% referenciaram o SUS como um sistema de saúde destinado aos pobres, conforme se pode observar nos depoimentos que se seguem:

*“Pra mim é um sistema que ajuda bastante, ainda mais quando cê precisa dum exame que talvez cê num tem como pagá! (...) A maioria das pessoas usa mais quando tá passando mal, assim, quando precisa de um exame, de um remédio!” Gestante 5*

*“É um sistema que ajuda muito os pobres, né?!” Gestante 6*

Para 48,6% dos profissionais e gestores o SUS foi referenciado como uma política de universalização da saúde, oferecendo atendimento de qualidade e apresentando maior resolutividade que os planos de saúde privados.

*“O SUS é a porta de entrada que a pessoa tem, é um direito de todos! (...) E funciona melhor do que quem tem plano, né?!” ACS 3*

*“É uma política de universalização da saúde, é um dever do Estado promover a saúde e dar as condições para o cidadão, né?!” Gestor 2*

Entretanto, o SUS também foi relacionado a um plano de saúde para quem não pode pagar por 17,1% dos profissionais e 8,6% ainda apresentou uma concepção biomédica do sistema.

*“O SUS ajuda os mais necessitados, no caso, né? Porque particular é tudo muito caro! O SUS oferece tanto o remédio quanto um bom tratamento!” ACS 5*

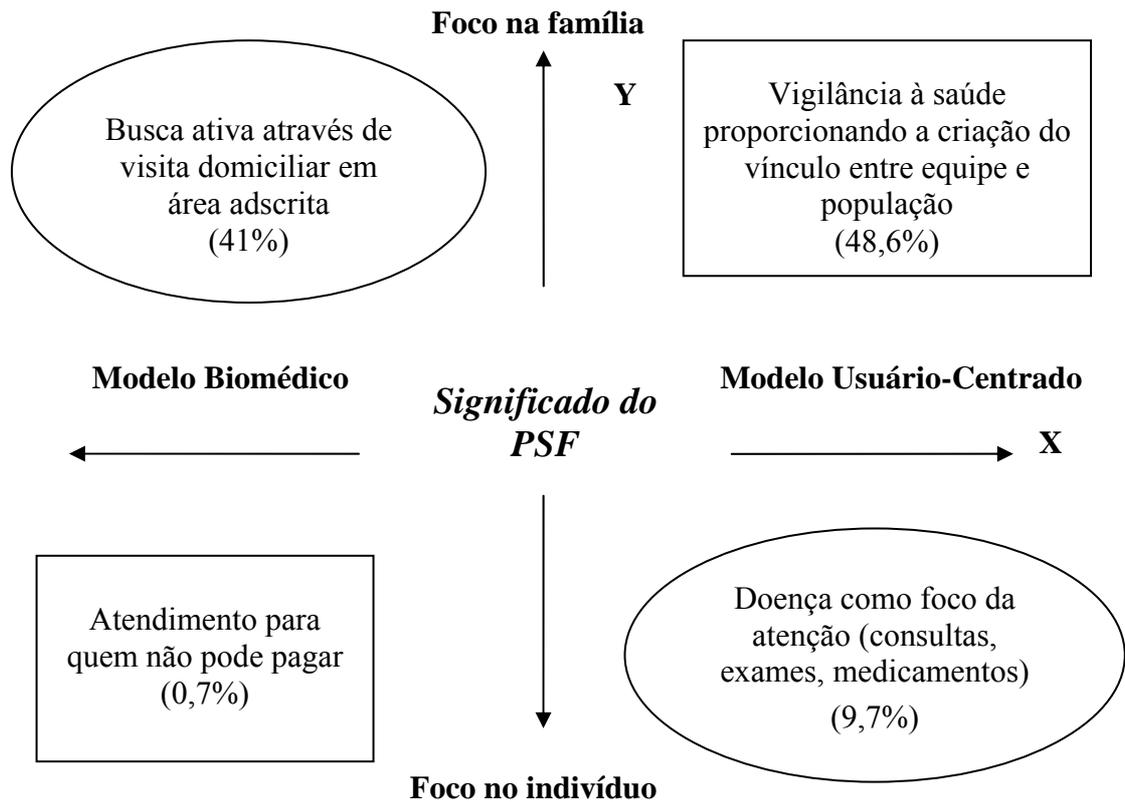
Em estudo desenvolvido num município da Zona da Mata, por Cotta *et al.*<sup>32</sup>, a maioria (71,4%) dos usuários e 40,7% dos profissionais entrevistados não souberam definir o SUS; 17,8% dos usuários e 22,2% dos profissionais definiram o sistema como um programa de saúde para pessoas carentes e somente 1,4% dos usuários e 18,5% dos profissionais citaram o princípio da universalização.

Por outro lado, na mesma região Martins *et al.*<sup>33</sup> verificaram que apenas 14,6% dos usuários não souberam definir espontaneamente o que significava o SUS; 19,1% caracterizaram o sistema como um “plano de saúde para pobres” e 48,5% associaram-no aos procedimentos assistenciais. Estes resultados indicam uma evolução da consciência sanitária por parte dos atores sociais que configuram o sistema de saúde, sugerindo que o SUS, cada vez mais, vem ganhando espaço no cenário da saúde em nosso país.

No município de Cajuri este avanço foi ainda mais evidente, uma vez que a qualificação do SUS foi evidenciada nos discursos dos gestores entre seus planos de trabalho, demonstrando sua responsabilidade com o cumprimento do dever do Estado na implantação do direito à saúde no município.

### **Representações Sociais sobre o Programa Saúde da Família**

Por meio da figura 1, pode-se visualizar as representações sociais dos entrevistados sobre o PSF.



**Figura 1.** Subespaços construídos sobre as representações sociais do PSF a partir da percepção dos gestores, profissionais de saúde e usuárias. Município de Cajuri, MG, 2008.

\*Adaptado e modificado de Conde & Concha<sup>34</sup>.

Diante da realidade encontrada no universo em estudo, tem-se que as diferentes noções e representações sociais sobre o PSF compõem um espaço global, em que coexistem quatro subespaços que representam as principais características discursivas dos entrevistados. Nestes subespaços se produziram e condensaram diferentes noções sobre o PSF, apresentando-se na parte superior do *eixo* 'Y' as visões positivas sobre o programa e as visões negativas na parte inferior.

Nota-se que 41% dos discursos tiveram conotações positivas em relação ao PSF, ressaltando a busca ativa realizada através das visitas domiciliares e o foco de atenção na família. Além disso, 48,6% apresentaram uma concepção do PSF como uma estratégia que realizava a vigilância à saúde e proporcionava a criação do vínculo entre a equipe e a população, promovendo a organização da APS, conforme se pode visualizar nos depoimentos ilustrados.

*“Às vezes a gente precisa e eles atendem até em casa mesmo, nem sempre a gente tem que tá indo atrás, a maioria das vezes eles vem até a gente.” Gestante 11*

*“A assistência aqui era muito voltada pro hospital e aos poucos o PSF foi invertendo e criando realmente o vínculo com a população.” Gestor 1*

*“É uma estratégia que visa à atenção primária a saúde da população, enfatizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças. (...) Trabalha as famílias como foco de atenção e realiza a vigilância constante à saúde de toda população adscrita.” Enfermeiro 1*

No eixo 'X' apresentam-se percepções sobre o PSF enquanto modelo usuário-centrado ou modelo biomédico. Entre os entrevistados que relataram visões negativas do PSF, destacam-se, ainda que em menores proporções, o conjunto de representações que têm a doença e o indivíduo como foco da atenção (9,7%) e a vinculação do programa ao atendimento para quem não podia pagar - para pobres - (0,9%), problemas estes que devem ser alvo da atenção dos gestores e profissionais.

*“O PSF veio pra ajudar, né, ajudando em situações mais de doenças!” ACS 2*

*“É bom porque as pessoas vem na casa, se precisá de remédio eles trazem. (...) Quando a gente faz um exame aí eles trazem, às vezes marca lá pra gente, né?!” Gestante 17*

*“Ah... São as consultas marcadas no consórcio, os exames que são feitos de graça.” ACS 1*

Vários estudos vão ao encontro de nossa pesquisa, pois verificaram também um inadequado nível de apreensão e conhecimento dos princípios e diretrizes do PSF por parte dos protagonistas do sistema de saúde, associado a um olhar ainda influenciado pela concepção biomédica vinculada ao atendimento em caso de doenças, realização de consultas e exames, e ao uso de medicamentos<sup>32,33,35,36</sup>.

Contudo, um aspecto importante a ser ressaltado em nosso estudo, refere-se ao fato de que a maioria dos discursos caracterizou o PSF como um programa que possibilitou a inversão do modelo assistencial, trazendo muitos benefícios para a saúde da população do município, o que aponta para um avanço estratégico no contexto local avaliado.

*“Antes de tê o PSF ficava muito difícil da gente consegui marcá algum exame, da gente consegui pegá algum exame lá no posto! Antes disso não tinha visita na casa das pessoas, hoje os exames são entregues nas casas das pessoas!” Gestante 15*

*“O grande ganho com a estratégia saúde da família pro SUS foi porque ela organizou a atenção primária à saúde! Então, realmente a diferença do PSF é a questão da prevenção e da promoção, por pouco que a gente faça com as ações pontuais, a gente ainda consegue perceber o impacto que isso dá na saúde da população!” Gestor 1*

Destarte, há que se salientar que esta visão positiva sobre o PSF, encontrada no presente estudo, aparece como ponto forte nos núcleos de sentidos apresentados pelos depoimentos dos gestores e profissionais sobre o PSF (Tabela 1). Já em relação às usuárias, a maioria (68,8%) associou o programa à realização de visitas domiciliares, à preocupação com a saúde e à prevenção de doenças.

Estes resultados podem ser justificados pela formação diferenciada dos gestores e profissionais de saúde de Cajuri, uma vez que eles demonstraram visão ampliada e um compromisso social com o desenvolvimento do sistema de saúde no município.

Além disso, percebeu-se nos discursos dos gestores, especialmente por parte da secretária de saúde, um verdadeiro compromisso com a operacionalização e a qualificação da estratégia Saúde da Família, evidenciando a preocupação em romper com o paradigma flexneriano e estruturar as ações de saúde segundo o paradigma da produção social.

**Tabela 1.** Núcleos de sentidos sobre o PSF, de acordo com os depoimentos dos gestores e profissionais. Município de Cajuri, MG, 2008.

<b>Núcleos de Sentido sobre PSF</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
Enfoque sobre a família	13	11,6
Organização da atenção primária à saúde	2	1,8
Adscrição da clientela	4	3,6
Definição de território de abrangência	2	1,8
Equipe multiprofissional	13	11,6
Ação preventiva em saúde	11	9,9
Busca ativa	13	11,6
Visita domiciliar	12	10,7
Vigilância à saúde	13	11,6
Realiza ações de prevenção de agravos, cura e promoção da saúde	8	7,1
Vínculo	8	7,1
Concepção biomédica	4	3,6
Facilitou o acesso ao serviço e às ações de saúde	8	7,1
Atendimento para quem não pode pagar	1	0,9

\* Os relatos excedem o número da amostra devido ao fato dos entrevistados terem mencionado mais de uma percepção sobre o PSF.

Tudo isso é reforçado pela eficiência do PSF, apresentada em diferentes estudos que demonstraram os impactos positivos produzidos pela estratégia nos indicadores de saúde da população, transcendendo o primeiro passo para a mudança que é o nível da cognição<sup>35,37-40</sup>.

## Representações Sociais sobre a Atenção Primária à Saúde

Apresenta-se no Quadro 1 a representação social dos entrevistados sobre as características da APS.

Em relação às características da APS, observa-se predominantemente um conjunto de percepções positivas que reforçam a importância do PSF no processo de reestruturação do modelo de atenção; o que vai ao encontro do relatório da OMS<sup>41</sup>, intitulado “*Atenção Primária à Saúde – agora mais do que nunca*”, documento que recomendou a adoção da APS em todos os países e destacou o Brasil como exemplo, citando as iniciativas do PSF e dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde como modelos a serem seguidos.

Do mesmo modo, muitos estudos presentes na literatura, evidenciam que a APS tem impacto positivo sobre vários indicadores de saúde; reduz gastos totais; melhora o acesso aos serviços de saúde e a qualidade global da atenção e as ações preventivas; facilita a detecção precoce de problemas e diminui internações hospitalares; garante cuidados mais apropriados e reduz o uso de cuidados desnecessários de atenção especializada à saúde<sup>3,5,42-44</sup>.

Considerando as características da APS, referente à *atenção ao primeiro contato*, 80% dos entrevistados relataram pontos que caracterizavam o PSF como uma estratégia que aumentou o acesso da população ao serviço e às ações de saúde, principalmente devido à busca ativa e aos atendimentos oferecidos em domicílio pelos profissionais. Além disso, a unidade de saúde, onde funcionava o PSF, foi considerada como um local de fácil acessibilidade e como o primeiro contato em caso de necessidade, resultado que também foi encontrado por Rocha *et al.*<sup>9</sup>.

*“Eu nem preciso recorrê, porque quando eu preciso a ajuda vem até mim! (...) Se precisá é na hora e se num tive jeito arruma, né?! Talvez num pode sê pra hoje, marca pra semana que vem, mas é garantido!” Gestante 12*

**Quadro 1.** Representação social sobre atenção primária à saúde dos gestores, profissionais de saúde e usuários. Município de Cajuri, MG, 2008.

---

**Atrativos semânticos positivos sobre as características da atenção primária à saúde**

---

<b>Atenção ao primeiro contato (80%)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- PSF como porta de entrada do sistema de saúde para os usuários</li><li>- Acesso facilitado ao serviço e às ações de saúde</li><li>- PSF possui estrutura física adequada para o atendimento da população</li><li>- Satisfação dos usuários com os horários de atendimentos e o tempo de espera</li><li>- Realização de atividades em locais próximos ao domicílio dos usuários, facilitando a participação da maioria da população</li></ul>
<b>Longitudinalidade (76,4%)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Os usuários recebem boa atenção dos profissionais do PSF</li><li>- Usuários satisfeitos com o serviço oferecido pelo PSF</li><li>- Conhecimento da população e do seu meio social por parte dos profissionais do PSF</li><li>- Vínculo entre população e profissionais do PSF</li></ul>
<b>Integralidade (89,2%)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- PSF é capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população</li><li>- A saúde da população melhorou com o trabalho do PSF</li><li>- Integração entre o PSF e outros serviços</li><li>- Os profissionais do PSF realizam visitas domiciliares, ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde</li></ul>
<b>Coordenação da atenção (60%)</b>	<p>Os profissionais possuem o hábito de registrar as informações dos usuários em seus prontuários</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Os profissionais encaminham os usuários somente quando sua capacidade de resolver o problema foi ultrapassada</li></ul>

---

*“Ah, pra quem num quer subi escada tem uma rampa, é de fácil acesso, é arejado, é tranqüilo, tem banheiro, eu acho que é tudo mais fácil, tudo! O paciente fica até mais confortável porque ali ele num tá no meio de muita gente.” ACS 4*

*“Hoje a gente consegue que as pessoas tenham como referência a unidade de saúde!” Gestor 1*

A evidencia científica tem apontado para uma maior acessibilidade dos usuários às ações e serviços de saúde pela implantação do PSF<sup>4,8-9,35,37-40</sup>. Entre os fatores responsáveis destacam-se a proximidade dos serviços da residência dos usuários, o processo de territorialização<sup>2,45</sup> e o trabalho do agente comunitário de saúde via visitas domiciliares e contato direto com as famílias e comunidades<sup>3,7</sup>.

No que se refere à *longitudinalidade*, 76,4% dos entrevistados ressaltaram a existência de uma relação de confiança e de cuidado entre os usuários e os profissionais, expressa pelo acompanhamento contínuo realizado pelas equipes de PSF e pela satisfação dos usuários com o serviço oferecido.

*“Ah, eu já acostumei tanto a vim aqui, eu acho que eles atende a gente muito bem, sabe!” Gestante 16*

*“O fortalecimento do laço entre o profissional e o paciente ficou mais estreitado com o PSF, não é muito mais distante, não só do profissional com o paciente, mas do paciente com o serviço também, né, estreitou bem.” Enfermeiro 1*

*“Eu acho que é o fato da equipe de saúde tá bem integrada com as famílias, essa convivência mais estreita. (...) Adquire-se uma confiança com o passar do tempo, né? O médico passa a ser aquele médico de família! Eu acho que traz muito benefício pra população” Gestor 2*

O estabelecimento do vínculo entre a população e os profissionais de saúde é o critério de maior evidência positiva apresentado na literatura sobre a avaliação do PSF<sup>3-4,7-10,40</sup>, o que também foi demonstrado pelos resultados de nosso estudo.

Quanto à *integralidade* da atenção, 89,2% dos entrevistados ressaltaram a resolutividade do serviço oferecido pelo PSF, especialmente devido às visitas domiciliares e às ações de prevenção de agravos. Além disso, o programa atuava em conjunto com outros serviços e os profissionais demonstraram conhecimento dos principais fatores de riscos e problemas de saúde da população, encaminhando aos serviços de maior complexidade, somente os casos mais complicados e que fugiam à capacidade de resolução do PSF.

*“Eu tô satisfeita sim, porque num falta nada... Se a gente precisá de alguma coisa tem! (...) Com o PSF ficou mais fácil, porque evita da gente ficá andando pra lá e pra cá, a gente dá o pedido do exame eles marca e traz em casa!” Gestante 4*

*“O que o PSF não resolve é encaminhado, mas geralmente é só coisa grave mesmo que vai pra fora.” ACS 4*

*“Com o PSF a gente sabe de tudo o que tá acontecendo! Até quando o paciente tá fora a gente tá sabendo o que tá acontecendo. Isso ajuda muito!” Médico 2*

Entretanto, há que se ressaltar que apenas 60% dos entrevistados apresentaram percepções positivas sobre a característica *coordenação da atenção*, resultado preocupante, pois aponta para o comprometimento na continuidade da atenção à saúde do usuário, no que se refere aos níveis secundários e terciários de serviços de saúde.

Entre as principais dificuldades foram destacadas o número insuficiente de vagas oferecidas pelos demais níveis de complexidade e a ausência de um efetivo sistema de referência e contra-referência, ficando os profissionais da APS sem informações sobre os procedimentos ou condutas realizadas nos serviços referenciados.

*“Agora tá vindo muito pouco ultrasson. (...) Pra consulta não tem dificuldade pra marcá não, é só exame mesmo quando tem que fazê em Viçosa.” Gestante 9*

*“Quando a gente precisa do apoio secundário geralmente a gente não tem! Saiu da atenção primária, do que a gente pode fazer, aí agarra tudo. Eu acho que a grande falha é essa!” Médico 2*

*“Geralmente o paciente não é contra-referenciado. (...) Existe um problema de comunicação do especialista com o PSF e um problema do hospital também com o PSF. Isso aí realmente é uma questão difícil de ser resolvida.” Médico 1*

Vários estudos indicam a ausência de uma rede integral e regionalizada de referência e contra-referência como o principal obstáculo para o pleno desenvolvimento das características da *integralidade e coordenação da atenção*. Além disso, a insistência de uma prática assistencial, centrada na consulta médica e na distribuição de fichas para demanda aberta, em detrimento das ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde, baseadas nas necessidades estabelecidas por estudos populacionais territorialmente definidos, também são fatores que dificultam a efetivação das características da APS<sup>3,7-9,45</sup>.

Em relação às percepções negativas sobre as características da APS, foram citadas a alta rotatividade e o não cumprimento da carga horária de trabalho pelos profissionais médicos e ainda, as questões políticas relacionadas ao velho “jogo clientelista”. De acordo com Cotta *et al.*<sup>46</sup> e Fleury<sup>47</sup>, o clientelismo político era uma prática típica do país nos anos que antecederam o SUS, no entanto, ainda hoje ela aparece, não raras vezes, como forma de barganhas e negociações nos municípios brasileiros, especialmente nos de pequeno porte.

*“Hoje as maiores dificuldades que a gente têm são as questões políticas, porque as pessoas ainda não estão acostumadas que o PSF trabalha com uma área adscrita e não com eleitores, e o médico começar a fazer 8 horas e não entender que o PSF é bico!” Gestor 1*

Igualmente, a ausência de perfil dos profissionais para o trabalho no PSF, a inexistência de vínculo trabalhista e os baixos salários também foram relatados como entraves ao pleno desenvolvimento das características da APS.

*“Eu tenho 2 equipes de saúde da família, pra um médico é o trabalho dele, ele optou não ser pediatra porque ele prefere ser médico do PSF! Pra outro é bico, eu sei que ele está aqui enquanto faz a residência de dermatologia.” Gestor 1*

*“Uma grande dificuldade é devido às faltas de condições de oferecer um salário mais atraente pros profissionais da saúde. (...) E isso, conseqüentemente, ocasiona a rotatividade dos profissionais.” Gestor 2*

Vale ressaltar que todos estes obstáculos apontados pelos entrevistados, estão presentes em outros contextos de diferentes regiões do país<sup>2,4,7-8,10</sup> e por isso devem ser objeto de atenção dos idealizadores das políticas públicas e dos gestores – responsáveis pela execução e implementação destas políticas, já que prejudicam o desenvolvimento do potencial do PSF enquanto estratégia de reestruturação do sistema de saúde via APS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os achados deste estudo apontam para um adequado desenvolvimento do PSF em Cajuri-MG, mostrando que o PSF, configura-se nesse município, como estratégia de reestruturação da APS, conforme propõe o projeto da Reforma Sanitária brasileira institucionalizado pelo Ministério da Saúde.

De uma forma geral, o PSF avançou na dimensão do acesso, aumentando a oferta das ações de saúde para grande parte da população e representando atualmente, a porta de entrada no sistema de saúde. Outro ponto de destaque da estratégia Saúde da Família foi o estabelecimento e o fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e a população. No entanto, ainda foram percebidas fortes influências do modelo biomédico e o desafio em relação à potencialização da integralidade e da garantia da

continuidade da atenção ao usuário, devido ao funcionamento inadequado do serviço de referência e contra-referência.

Assim, desenha-se algumas alternativas às mudanças necessárias: o aprimoramento da capacitação dos gestores e profissionais de saúde; maior valorização do serviço público, através do estabelecimento de vínculos formais de trabalho e do oferecimento de salários mais justos e condizentes com as responsabilidades exigidas; além do investimento concomitante na estruturação dos demais níveis de atenção à saúde por parte do governo, para garantir a criação de uma rede de atenção integral e contínua.

## **COLABORADORES**

KO Gomes foi responsável pelo planejamento, execução das atividades de campo, redação e revisão do manuscrito. RMM Cotta foi responsável pela coordenação, planejamento, orientação metodológica, acompanhamento do trabalho de campo, redação e revisão do artigo. RMA Araújo e ML Cherchiglia participaram do planejamento e auxiliaram na redação e revisão do manuscrito. TCP Martins colaborou com o processamento dos dados.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Organização Panamericana da Saúde. Declaração de Alma-Ata. *In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set 1978, Alma-Ata.* [site da Internet] 2008 [acessado 2008 fev. 13]; [3 p.]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária.* Brasília: CONASS; 2004. 76p.

3. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. de Saúde Pública* 2008; Rio de Janeiro, 24(suppl. 1):7-27.
4. Stralen CJV, Belisário AS, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira AW. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. de Saúde Pública* 2008; Rio de Janeiro, 24(suppl. 1):148-158.
5. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. [documento da Internet] 2008 [acessado 2008 jul. 16]; [726 p.]. Disponível em: [http://www.unesco.org.br/publicacoes/livros/atencaoprimaria/mostra\\_documento](http://www.unesco.org.br/publicacoes/livros/atencaoprimaria/mostra_documento).
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Efetividade do Programa Saúde da Família: qual é o papel do PSF na redução da mortalidade infantil?* InfoDAB, n.33, ano VII, janeiro/fevereiro. Brasília: Ministérios da Saúde, 2006.
7. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panamericana Salud Publica/Panamericana Americ. Journal Public. Health* 2007; 21(2): 64-176.
8. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; Rio de Janeiro, 24(suppl. 1):100-110.
9. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad. de Saúde Pública* 2008; Rio de Janeiro, 24(suppl. 1):69-78.

10. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLS, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev. Bras. de Enfermagem* 2009; Brasília, 62(1):113-8.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 36p.
12. Sampaio LFR. Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família. *Cad. de Saúde Pública* 2008; Rio de Janeiro, 24(suppl. 1):19-21.
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Dez anos de Saúde da Família no Brasil*. InfoDAB, n.21, ano V, março/abril. Brasília: Ministérios da Saúde, 2004.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 68 p.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 68 p.
16. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2005; 9(16):53-66.
17. Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2006. 300 p.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de Indicadores Demográficos*. [site da Internet] 2009 [acessado 2009 Mai 20]; [cerca de 4 p.] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php>.
19. 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, 2003. [site da Internet] 2008 [acessado 2008 Mai 28]; [cerca de 5 p.] Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>
20. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). *Informações sobre a Gestão do Sistema de Atenção Básica e composição das Equipes de Saúde da Família 2008*. Cajuri: SMS [dados não publicados].
21. Departamento de Informática do SUS (Datasus). *Cadernos de Informação em Saúde – Cajuri*. [site da Internet] 2009 [acessado 2009 mar. 20]; [cerca de 15 p.] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>
22. Minayo MCS. Introdução. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244 p. p.19-52.
23. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. 406 p.
24. Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244 p. p.133-156.
25. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Editado em inglês por Gerald Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi – Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.
26. Becker H. *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 178p.
27. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). *Dados do consolidado das gestantes cadastradas no Programa de Humanização do Pré-Natal 2008*. Cajuri: SMS [dados não publicados].
28. Gervas JJ, Pérez Fernández MM, García SP. Acerca de la atención primaria (forma de trabajo y características básicas) y de los registros. In: Gervas JJ. *Los sistemas de*

- registro en la atención primária de salud*. Madrid: Ediciones Díaz Santos S.A., 1987. 380p. cap.1, p.1-23.
29. Mendes EV. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163p.
31. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa (PO): Edições 70; 1977.
32. Cotta RMM, Azeredo CM, Schott M, Cardoso PM, Franceschini SCC, Priore SE. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. *Rev. Médic. Minas Gerais* 2006; 16(1):2-8.
33. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Priore SE, Franceschini SCC, Cazal MM, Siqueira Batista R. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Rev C S Col* [periódico na internet] 2008 set. [Citado em 17 de setembro 2008]; [cerca de 15 p.] Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>
34. Conde F, Concha G. La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas – 1993-2000. *Rev. Española de Salud Pública* 2002; Madrid (76):493-507.
35. Gomes KO, Cotta RMM, Euclides MP, Targueta CL, Priore SE, Franceschini SCC. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família (PSF) no perfil epidemiológico da população rural de Airões, Município de Paula Cândido – MG (1992-2003). *Rev C S Col* [periódico na internet] 2008 jun. [Citado em 15 de junho 2008]; [cerca de 15 p.] Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>

36. Rosa AS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Acta Paulista Enfermagem* 2004; 17(3):255-261.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 2ª. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 210 p.
38. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Rev C S Col* 2006; 11(3):669-81.
39. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Rev C S Col*, 2006; 11(3):713-724.
40. Silva AC. *O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002*. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003. 158p.
41. WHO. The world health report 2008. *Primary Health Care: now more than ever*. World Health Organization. Geneva, 148p. 2008.
42. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal Epidemiology Community Health* 2006; 60:13-20.
43. Cunha CRH. *Percepção da Qualidade da Atenção à Saúde Infantil pelos Médicos e Enfermeiros: Comparação entre o Programa Saúde da Família e o Modelo Tradicional*. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006. 86p.

44. Oliveira MMC. *Presença e Extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada*. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007. 118p.
45. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev. Bras. de Enfermagem* 2008; Brasília, 61(2): 153-8.
46. Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. *Descentralização das políticas públicas de saúde – do imaginário ao real*. Viçosa: UFV – Cebes. 1998.
47. Fleury S. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Ed. FGV, Rio de Janeiro, 2006.

### 6.3. ARTIGO 3

## **PROCESSO SAÚDE, DOENÇA E SOFRIMENTO: CONSTRUINDO UMA NOVA PRÁXIS DE CUIDADO À LUZ DE AÇÕES EM SAÚDE INOVADORAS E INCLUSIVAS**

### **RESUMO**

Este ensaio apresenta uma experiência vivenciada em atividades profissionais ligadas ao Programa Saúde da Família (PSF) como guia de discussão, frente à necessidade de renovação das práticas de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir do enfoque nas diferentes dimensões do cuidado e da assimilação do princípio da integralidade como referencial norteador da *práxis* em saúde, o estudo revela que a perda do equilíbrio nos processos de adoecimento está vinculada à história de vida e assim, as ações em saúde devem ter como meta principal o resgate da autonomia e do projeto de felicidade dos sujeitos, além do fortalecimento das redes de apoio social. A experiência demonstra ainda, que a superação das práticas tradicionais é possível quando as ações são baseadas na construção de relações mais humanas, reforçando a necessidade do processo de capacitação dos profissionais de saúde estar baseado na lógica do modelo da produção social da saúde.

**PALAVRAS CHAVES:** Processo Saúde-Doença, Humanização da Assistência, Serviços de saúde.

### **ABSTRACT**

This essay perform an experience lived in linked professional activities in the Family Health Program (PSF) as discussion guide, front to the need of renewal of the practices of health in the context of the Single Health System (SUS). Starting from the focus in

the different dimensions of the care and of the assimilation of the principle of integrality as norteador referencial of the *práxis* in health, the study reveals that the loss of the balance in the adoecimento processes is linked to the life history and like this, the in health actions should have as main goal the rescue of the autonomy and of the project of happiness of the subjects, besides the invigoration of the nets of social support. The experience still demonstrates, that the superação of the traditional practices is possible when the actions are based on the construction of more human relationships, reinforcing the need of the process of the professionals' of health training to be based on the logic of the model of health's social production.

**Key words:** Health-Disease Process, Humanization of Assistance, Health Services.

## INTRODUÇÃO

*“Não te deixes desiludir pelo mundo que te cerca.*

*Saiba que és chamado a transformá-lo.”*

*Frei Betto*

Mudanças de paradigmas estão ocorrendo, tanto no âmbito da ciência como na arena social. O paradigma que está agora retrocedendo dominou as diferentes culturas mundiais por várias centenas de anos com suas idéias e valores entrincheirados, caracterizados pela visão do universo como um sistema mecânico composto de blocos elementares, do corpo humano como uma máquina e da vida em sociedade como uma luta competitiva pela existência. Esse paradigma mecanicista baseia-se na crença do progresso material ilimitado e na crença em uma sociedade que coloca a mulher em posição inferior à do homem (CAPRA, 2001).

Desde esta perspectiva, historicamente, o modelo de atenção à saúde no Brasil tem sido marcado pela predominância da assistência médica, curativa e individual e pelo entendimento da saúde como ausência de doença – princípios definidores do modelo flexneriano (SANTOS, 1999; CAPRA, 2006) que reduz a atenção sanitária à especialização médica e à medicalização da vida (MARCONDES, 2004; BESEN *et al.*, 2007).

Além disso, o modelo flexneriano desconsidera a participação dos usuários, das famílias e da comunidade no seu próprio processo de recuperação e tampouco estimula a participação comunitária para a transformação dos determinantes da saúde (ALVES, 2005; DUARTE, SILVA, CARDOSO, 2007), reforçando práticas de saúde de cunho tecnocientífico, fundamentadas exclusivamente no conhecimento científico e em suas aplicações técnicas, colocando os profissionais em uma posição de autoridade contra a qual nenhum outro saber pode recorrer (STOTZ, ARAÚJO, 2004; LACERDA, VALLA, 2005).

Contudo, a influência da concepção biomédica na saúde tem sido alvo de muitas críticas, colocando em foco a ampliação da concepção de saúde e evidenciando a necessidade de reorientação do sistema de saúde (RICHARDSON, 1999; MARCONDES, 2004; MENDES, 2006; MINAYO, 2007).

Diante disso, a emergência de novas propostas no campo da saúde pública, mundial e nacionalmente, tais como a promoção da saúde, vigilância da saúde, saúde da família, entre outras, traz ao debate o convite à renovação das práticas sanitárias, especialmente a reflexão sobre a atenção sanitária e o cuidado em saúde (AYRES, 2004), uma vez que a busca pelo cuidado tem sido apontada, de forma inequívoca, como uma das principais demandas por atenção à saúde pela sociedade civil brasileira (PINHEIRO, GUIZARDI, 2005; LUZ, 2005).

## MÉTODOS

A evidência científica aponta para uma prática fundamentada no uso de saberes compartimentalizados e com baixa articulação entre si, fragmentando o usuário dentro dos serviços (AYRES, 2001; STOTZ, ARAÚJO, 2004; LACERDA, VALLA, 2005; PINHEIRO, GUIZARDI, 2005; SILVA *et al.*, 2005) o que coloca a construção de projetos terapêuticos interdisciplinares como desafio para as equipes de saúde e gestores.

Embora o princípio da integralidade abra a possibilidade de atendimento às novas demandas por cuidado e permita a inversão do paradigma da doença para o da saúde (LACERDA, VALLA, 2005; PINHEIRO, GUIZARDI, 2005), há que se questionar até que ponto as instituições se mostram aptas a construir espaços para novas formas de cuidado, possibilitando uma convivência democrática e criativa entre diferentes práticas e “concepções de mundo” em que os limites entre as terapêuticas não sejam excludentes, autoritários e desqualificadores (MACHADO, PINHEIRO, GUIZARDI, 2005).

Este ensaio fundamenta-se em uma experiência vivenciada por uma das autoras, em atividades profissionais ligadas ao Programa Saúde da Família (PSF), e visa à utilização da *práxis* terapêutica como guia de discussão frente à necessidade de inovação na relação de cuidado em saúde. A hipótese aqui levantada é que, ao permitir a construção de um espaço de encontro nos serviços, onde haja debate de idéias e de “concepções de mundo”, criam-se oportunidades para o surgimento de novos saberes e práticas de saúde, capazes de responder à demanda existente por cuidado.

Em face da necessidade de reorientação das ações em saúde, este ensaio tem o objetivo de refletir sobre a importância da renovação das práticas de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do enfoque nas diferentes dimensões do cuidado e da assimilação do princípio da integralidade como referencial norteador da *práxis* em saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Durante uma de suas visitas domiciliares, a agente comunitária de saúde (ACS) se deparou com o caso de uma mulher, usuária do PSF, que lhe chamou a atenção e que demandou uma atuação intersetorial para sua resolução. O caso é relatado a seguir.

### **Relato de experiência**

Maria era uma mulher casada, de 28 anos e com 4 filhos. Dentre eles, Dora, com 2 anos e 3 meses, era aquela criança chorona que não queria descer do colo da mãe e sempre resistia à avaliação nutricional, enquanto que Carolina era a filha mais nova, com apenas 3 meses. Ambas apresentavam redução gradativa do peso a cada avaliação, mas Maria insistia em afirmar que Carolina estava amamentando exclusivamente no peito e Dora se alimentava bem. Em uma de suas visitas domiciliares, a ACS responsável por aquela família, observou que Dora, a filha mais velha, continuava mamando no peito da mãe, o que dificultava a reposição do leite materno para a criança recém-nascida. Além disso, a ACS percebeu o desgaste de Maria, que apresentava um semblante cansado, desligado e, por vezes, indiferente à gravidade daquela situação, visto que ela já havia sido orientada quanto à importância do desmame de Dora e da amamentação exclusiva de Carolina. Preocupada com a situação, a ACS procurou a nutricionista para relatar o acontecido e, juntas, elas decidiram acionar o apoio do Assistente Social e do Psicólogo,

visando à promoção de uma adequada relação mãe-filho naquela família. Sendo assim, Maria foi convidada para comparecer ao atendimento nutricional, onde foi orientada, mais uma vez, quanto à necessidade de desmamar Dora e oferecer o leite materno exclusivamente à Carolina. Concomitantemente, o Assistente Social e o Psicólogo trabalharam a independência e a superação dos “ciúmes” e da “posse” que Dora apresentava em relação à mãe, integrando a avó paterna à relação de cuidado familiar. Para isso, Dora começou a passar o dia na casa da avó, onde recebeu os devidos cuidados e a alimentação apropriada, deixando Maria livre para amamentar e cuidar de Carolina. O marido de Maria também foi convocado para ajudá-la no desempenho das tarefas, passando a acompanhá-la inclusive nas avaliações periódicas do estado nutricional. No mês seguinte, a avaliação nutricional das crianças demonstrou a recuperação do peso de ambas, além de um comportamento bem mais sociável de Dora, que subiu sozinha na balança e não chorou em nenhum momento. Maria também não estava mais com aquele semblante de desgaste físico, mental e emocional, e agradeceu os benefícios alcançados por meio do apoio oferecido para a união da família, demonstrados pelo comportamento sociável de Dora e pela presença do marido na avaliação. Este resultado ilustra o fortalecimento do vínculo entre os profissionais e a família, assim como o resgate da autonomia daquela mãe no cuidado com suas filhas.

### **Saúde e determinantes sociais: ampliando o olhar para o processo saúde-doença-sofrimento**

As necessidades em saúde são determinadas social e historicamente (AYRES, 2004; COSTA, 2004), incluindo no processo saúde-doença tanto a dimensão coletiva – já que a saúde dos sujeitos é influenciada pelo contexto no qual estão inseridos –, quanto a dimensão individual, pois o sofrimento e o adoecimento, embora possam ser

compartilhados com outras pessoas, são experiências pessoais e singulares (LUZ, 1997; LACERDA, VALLA, 2005).

Além disso, somos seres complexos e nos relacionamos o tempo todo com o nosso ambiente, com o outro e com a nossa subjetividade, por isso a compreensão do processo saúde-doença-sofrimento deve levar em consideração a interação desses diversos fatores, assim como a conjugação dessas relações (ESPMG, 2008).

Sabendo que quanto mais os vínculos sociais se desfazem, maior é a probabilidade de adoecimento e sofrimento (LACERDA, VALLA, 2005), o relato da experiência aqui ilustrado, elucida as manifestações do recolhimento interior provocado pelo padecimento da dor (COSTA, 2004), expresso tanto pela situação de vulnerabilidade da família quanto pelo desgaste da mãe, em função das muitas atribuições exigidas da mulher no mundo contemporâneo, assim como pelos danos concretos apresentados na saúde das crianças.

Ademais, esta situação ilustra o quanto a apatia e a indiferença são majoritariamente efeitos da violência, do desamparo e do cerceamento que a política de saúde submete os sujeitos em seu cotidiano quando segue a lógica centrada no profissional, na ação curativa e focada na queixa, produzindo efeitos de uma prática de saúde desumanizada (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999; REIS, MARAZINA, GALLO, 2004; COTTA *et al.*, 2007).

Há que se salientar ainda, que a experiência de cuidado aqui apresentada, por um lado evidencia a insuficiência da ciência médica para o ato de curar, já que este envolve outras dimensões para além da clínica e do diagnóstico da doença (COSTA, 2004) e por outro, aponta para a desorganização do tecido social, produto de diversos fatores, tais como as precárias condições de vida, a sobrecarga de trabalho, entre outros, causando a desagregação dos laços sociais, dificultando a construção de vínculos e provocando a retração das redes de apoio social (LACERDA, VALLA, 2005; LUZ, 2005).

E assim, para intervir nos determinantes da saúde é preciso reconhecer a diferença entre doença e sofrimento (BRASIL, 2008), uma vez que a perda do equilíbrio da saúde nos processos de adoecimento não constitui apenas fator médico-biológico, mas também um processo vinculado à história de vida do indivíduo, da família, da sociedade (AYRES, 2004; COSTA, 2004; ESPMG, 2008).

Neste contexto, refazer o tecido social rompido pela lógica das relações sociais dominantes (LUZ, 2005) implica no resgate da humanização como estratégia para o reposicionamento dos sujeitos envolvidos nas práticas de saúde, levando em conta que os sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios e, quiçá aos outros de sua rede social mais próxima, neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo (CAPRA, 2001; BRASIL, 2004; BENEVIDES, PASSOS, 2005).

Deste modo, a família e as redes informais da comunidade devem ser consideradas não apenas destinatárias da atenção à saúde, mas também sujeitos ativos e autônomos da produção do cuidado, contribuindo com recursos próprios para a produção da saúde. A partir da co-responsabilização e da participação da comunidade local em relação aos problemas sociais e de saúde, é possível exercer um papel complementar entre sistema formal e informal de cuidado, que devem estar articulados e integrados sinergicamente para funcionar dentro de uma estrutura de rede, com recíproco reforço (SERAPIONI, 2005).

No relato da prática – experiência enfocada nesse estudo – a relação estabelecida entre os profissionais e a família, firmada não somente no diálogo, mas também no resgate do papel e da autonomia da mãe foram os fatores determinantes para o alcance da resposta positiva e do “sucesso prático” (AYRES, 2001; 2004) das ações realizadas.

Cada um em sua competência – profissional ou membro familiar– contribuiu com a reversão daquela situação de sofrimento, demonstrando que a rede social pode ocupar o papel complementar de sistema informal de cuidado, resgatando não somente a saúde dos sujeitos envolvidos, mas também o projeto de felicidade e a ampliação do cuidado interdisciplinar.

### **Construindo novas práticas em saúde a partir das dimensões do cuidado: o enfoque no sujeito e em suas redes sociais**

O modelo médico hegemônico que orienta grande parte das práticas de saúde dos serviços públicos é pautado no diagnóstico e tratamento das doenças definidas pelo saber científico, priorizando-se as alterações e lesões corporais, em detrimento dos sujeitos e suas necessidades. Nesse modelo existe pouco espaço para a escuta dos sujeitos e seus sofrimentos, para o acolhimento e para atenção e cuidado integral à saúde (SIQUEIRA 2002; MERHY, 2004; LACERDA, VALLA, 2005; SILVA JUNIOR *et al.*, 2005).

Além disso, há um processo de burocratização e, em muitos casos, até mesmo de embrutecimento das relações interpessoais nos serviços de saúde e um dos grandes problemas da lógica dominante é o esquecimento das pessoas, reduzindo-as a objetos a serem manipulados por desumanas relações sociais (COSTA 2004; CAMPOS, 2005).

Em resposta à insuficiência deste modelo tradicional de atenção à saúde, o PSF surge como dimensão operacional do SUS (SANTOS, WESTPHAL, 1999; MENDES 2006; NORONHA 2009) e, a partir da adequação às diferentes realidades locais, preconiza a assistência integral e humanizada, baseada no vínculo de compromisso e de co-responsabilidade estabelecido entre os serviços de saúde e a comunidade. O ACS se insere neste processo como elemento-chave, uma vez que é o responsável por facilitar a

interação entre a comunidade e a equipe de saúde (BRASIL, 2001; SILVA JÚNIOR *et al.*, 2005; GUIZARDI, PINHEIRO, 2005).

A proximidade, a “fala comum”, a ressonância das vivências compartilhadas, a disponibilidade para conversar, acompanhar e conhecer o cotidiano das famílias faz com que o ACS, mais do que outros profissionais do programa, seja um interlocutor potencial das experiências e saberes do usuário-comunidade, tornando-o estratégico na construção das relações (GUIZARDI, PINHEIRO, 2005), por trazer informações que extrapolam a questão da doença e que são fundamentais para a compreensão do cotidiano local e para a construção do vínculo usuário-profissional de saúde (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2005).

Neste estudo, o relato de experiência apresentado confirma este papel do ACS, assim como sua importância para a concretização dos propósitos do PSF, principalmente como facilitador da efetivação do vínculo entre a população e os profissionais de saúde, o que, por consequência, facilita a produção do cuidado e o atendimento da demanda da população.

Ademais, a experiência nos revela questões-chave sobre os processos de produção em saúde, nos quais o acolhimento adquire uma expressão significativa. A partir do encontro – especialmente do ACS, elo entre a equipe e o usuário –, foi possível operar vários processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) visando à criação de relações de escutas e responsabilização, as quais se articularam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999).

Trata-se então, de um desafio que tem como horizonte não apenas um êxito técnico, mas também um “sucesso prático”, valorizando o plano das relações (AYRES, 2005, p.552), especialmente no que diz respeito à criação de vínculos afetivos e de autonomia, baseados numa relação de confiança entre os atores e no estabelecimento de

uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa e mediada pelas subjetividades (AYRES, 2004; COSTA, 2004).

Neste sentido, o diálogo deve fazer parte do tratamento cuidadoso, pois é o único instrumento capaz de diminuir o relacionamento assimétrico e distante. O diálogo humaniza a relação entre indivíduos que são fundamentalmente distintos, permitindo a aproximação e a confiança necessária ao processo da cura, assim como ao estabelecimento de uma relação dialética (AYRES, 2001; 2004; COSTA 2004; PINHEIRO, GUIZARDI, 2005).

Entretanto, esta capacidade de ausculta demanda a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro, permitindo a prática do acolhimento como recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço assistencial e torne suas demandas efetivas como o norte das intervenções propostas (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999; AYRES, 2004).

Na experiência relatada houve, inicialmente, uma falha no diálogo estabelecido entre os sujeitos, uma vez que a doença – a redução do peso das crianças – ocupou o papel central da ação em saúde e impediu a percepção do profissional quanto à complexidade daquela situação.

Tal fato demonstra que, muitas vezes, os profissionais esquecem que os sistemas vivos são totalidades integradas cujas propriedades não podem ser reduzidas às partes menores, pois, embora possamos discernir partes individuais, essas partes não são isoladas e a natureza do todo é sempre diferente da mera soma de suas partes. Aquilo que denominamos parte é apenas um padrão numa teia inseparável de relações (CAPRA, 2001; 2006).

Assim, é preciso reconhecer as limitações do saber científico, o que significa admitir e validar outro saber – o saber comum, não especializado – na identificação mais ampla dos problemas de saúde e na compreensão dos contextos da vida e dos recursos mobilizados pela população diante das carências, do sofrimento e da enfermidade (STOTZ, ARAUJO, 2004), abrindo espaço para a conquista da autonomia e da possibilidade de reconstrução dos sentidos da vida pelos sujeitos, por meio de relações mais simétricas entre usuários e trabalhadores de saúde (LUZ, 1997; FRANCO, BUENO, MERHY, 1999; COSTA, 2004; VALLA, GUIMARÃES, LACERDA, 2005).

E mais uma vez, retomando a experiência deste estudo, podemos observar que a atenção e sensibilidade do ACS, diante do sofrimento daquela mãe, produziram transformações nas atitudes de todos os sujeitos, possibilitando que população e unidade de saúde interagissem num mesmo espaço, num território de encontro, ou seja, num *território comum*, centrado na flexibilização dos saberes e práticas de saúde, na dinâmica construção de diálogos e na transformação das relações e atitudes cotidianas dos sujeitos envolvidos (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2005).

Desta forma, para atender adequadamente às necessidades de saúde de uma população, torna-se necessária uma aproximação que contemple as múltiplas interconexões socioculturais que existem entre os usuários, os profissionais de saúde e os membros da comunidade (MEIRELLES, ERDMANN, 2006).

Para isso, os profissionais de saúde devem incentivar a consolidação de redes sociais já existentes e favorecer o desenvolvimento de novas redes (CAPRA, 2001; MACHADO, PINHEIRO, GUIZARDI, 2005) além de lograr ações intersetoriais, romper fronteiras, estimular trocas e intercâmbios nas práticas em saúde, incluindo os diversos grupos sociais no debate e com eles construir projetos coletivos que caminhem em direção à uma sociedade mais justa (MEIRELLES, ERDMANN, 2006).

No relato da prática profissional a identificação e mobilização da rede de apoio social (pai e avó das crianças) pelos profissionais foi a solução encontrada para responder positivamente à demanda daquela família, demonstrando que as atividades de cuidado não-profissional (informais) realizada por diferentes atores, tais como família, comunidade, redes de apoio social, podem aprimorar e potencializar o cuidado formal (SERAPIONI, 2005), além de concretizar o acolhimento através da pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço, traduzida em qualificação da produção de saúde (BRASIL, 2006).

Seguindo a orientação da Política Nacional de Humanização como vertente orgânica do SUS e tomando a saúde como valor, os profissionais puderam ultrapassar as fronteiras rígidas dos diferentes núcleos de saber e poder que se ocupam da produção da saúde e ainda, aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede do SUS na produção da saúde, gerando mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004).

Enfim, como a questão do sofrimento não deve se restringir à área sanitária, tendo em vista que muitos dos seus determinantes estão diretamente relacionados à conjuntura socioeconômica e política, a discussão da integralidade na atenção e no cuidado desses sujeitos também implica uma abordagem e um trabalho interdisciplinar (LACERDA, VALLA, 2004) que deve ter como eixo a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004; CAMPOS, 2005; DESLANDES, 2005).

## **Humanização e acolhimento: (re) construindo os modos de ensinar e praticar saúde**

Um dos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização é o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade (BRASIL, 2004), entretanto, os profissionais de saúde ainda possuem uma formação pautada no modelo de educação tradicional e flexneriano dos cursos médicos (BESEN *et al.*, 2007; DUARTE, SILVA, CARDOSO, 2007), baseado em regras cartesianas que privilegiam o conhecimento fragmentado, dividindo a unidade complexa da pessoa em partes cada vez menores do domínio científico (SIQUEIRA, 2002; CAPRA, 2006).

Como resultado, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários, fragilizando o trabalho em equipe e o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção (BRASIL, 2004).

Assim, para romper com esta lógica, é preciso pensar numa educação para a complexidade, para a religação dos conhecimentos e o compartilhamento de experiências e saberes (FALCÓN, ERDMANN, MEIRELLES, 2006) através de novas práticas educativas e estratégias que sejam capazes de fornecer informações mais adequadas do processo saúde-doença-sofrimento, privilegiando o enfoque interdisciplinar (SIQUEIRA, 2002), conforme foi observado no relato de experiência apresentado neste estudo.

Neste caminho, o investimento na formação de profissionais e gestores, a partir da disseminação de mecanismos ideológicos contra-hegemônicos e de alianças que garantam adesão e continuidade deste projeto aparece como estratégia de mudança (DESLANDES, 2005; COTTA *et al.*, 2007).

Para isso, torna-se necessária a aplicação de um novo tipo de educação, com base na cultura transdisciplinar, que tem como ambição a unificação, em suas diferenças, do *objeto* e do *sujeito* e que leve em conta todas as dimensões do ser humano, apresentando como pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser.

*Aprender a conhecer* significa o aprendizado dos métodos que nos ajudam a distinguir o que é real do que é ilusório, onde o espírito científico é indispensável. Também quer dizer ser capaz de estabelecer pontes entre os diferentes saberes – entre estes saberes e suas significações na nossa vida cotidiana e em nossas capacidades interiores (CIRET-UNESCO, 1997).

Esta dimensão evidencia a importância da formação de profissionais de saúde com elevada capacidade de atuação cuidadora e terapêutica (CECCIM, PINTO, 2007), reforçando a necessidade do processo de capacitação dos profissionais de saúde estar baseado na lógica do modelo da produção social da saúde, tendo como referência as demandas de saúde das pessoas e das populações, com o objetivo, por um lado de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, e por outro, de promover a articulação do saber científico com o saber popular, a partir da educação crítico-reflexiva e da metodologia problematizadora (VASCONCELOS, 2006; COTTA *et al.*, 2007; MITRE, 2008).

*Aprender a fazer* significa a aquisição de uma profissão, bem como dos conhecimentos e das práticas associadas a ela. Nesse caso, deve ser um aprendizado da criatividade, criar algo novo e trazer à luz as próprias potencialidades criativas, substituindo o tédio, causador da violência, do conflito, da desordem, da abdicação moral e social, pela alegria da realização pessoal (CIRET-UNESCO, 1997).

Surge então a necessidade de que os serviços de saúde e seus profissionais sejam mais flexíveis, desvinculados dos procedimentos tradicionais cristalizados no núcleo de suas formações, passando a adotar uma forma de interação inovadora, contextualizada e em consonância com as crenças e valores das famílias no cenário social e político. Neste sentido, a formação e educação permanente da equipe multiprofissional tornam-se fundamentais para que as soluções para o processo saúde-doença-sofrimento sejam buscadas no contexto da família, direcionando o olhar e as ações de saúde para além das práticas curativas (NORONHA, 2009).

*Aprender a viver junto* significa, em primeiro lugar, respeitar as normas que regulamentam as relações entre os seres que compõem uma coletividade. "Viver junto" não quer dizer simplesmente tolerar o outro com suas diferenças, mas reconhecer a si mesmo na face do outro – o que implica a introjeção de valores essenciais à relação com o outro, tais como a alteridade e a compaixão (COTTA *et al.*, 2007; CIRET-UNESCO, 1997).

De acordo com esta dimensão, a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde, pois precisa se expandir para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (AYRES, 2001) e de acordo com Cotta *et al.* (2007, p.283), “a inclusão da “arte da alteridade”, isto é, o deslocamento do “eu” em direção ao “outro”, na formação em saúde é caminho para se alcançar a integralidade da atenção e a superação das práticas tradicionais em saúde”.

Por fim, *aprender a ser* quer dizer sondar as fundações de nossas convicções para descobrir o que está por baixo delas e questionar sempre para descobrir os nossos condicionamentos e a harmonia ou a desarmonia entre nossa vida individual e social (CIRET-UNESCO, 1997).

Esta dimensão indica a importância das metodologias ativas de aprendizagem, elaboradas e baseadas no desenvolvimento de competências, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos, críticos e centrados no educando –, e por extensão no usuário (FREIRE, 1987; MITRE, 2008) cujos objetivos centrais devem ser transformá-los em sujeitos proativos (DUARTE, SILVA, CARDOSO, 2007).

De acordo com Freire (2002), através da problematização e da análise dialética entre o contexto teórico e a realidade social em que se encontram, os educandos e/ou usuários vão organizando uma forma cada vez mais crítica de pensar e poderão atuar cada vez mais seguramente no mundo, despertando a atitude dos que sabem que, para fazer o impossível, é preciso torná-lo possível.

Esses quatro eixos propostos pelo projeto da UNESCO consideram que o ensino-aprendizagem é um ativo e contínuo processo de duas vias entre professor e estudante – e por extensão entre profissional de saúde e usuários –, uma vez que não há aprendizado finito, estanque, unidisciplinar, mas sim processo de aprendizagem que ocorre ao longo da vida e envolve ampla gama de conhecimentos, habilidades e atitudes, voltados à realidade e necessariamente ao enfoque interdisciplinar (CIRET-UNESCO, 1997; SIQUEIRA, 2002).

Esta proposta surge, então, como possibilidade de reestruturação das ações e serviços de saúde, pois jamais o SUS cumprirá seus princípios e diretrizes sem a participação orgânica do setor da educação, por isso torna-se fundamental mobilizar permanentemente práticas multiprofissionais e interdisciplinares, com o objetivo de ampliar o acolhimento das pessoas em sua diversidade subjetiva e cultural, para promover a resolutividade dos problemas de saúde individuais ou coletivos (CECCIM, PINTO, 2007).

Assim, a real expansão da educação superior será possível a partir de uma radical transformação do modelo formador, valorizando os ideários da interdisciplinaridade, da integralidade, da humanização, da educação permanente em saúde e da implicação com o desenvolvimento de linhas do cuidado na rede assistencial, mudança que só acontecerá mediante a implementação de políticas sociais que abracem a formação em saúde no interior do compromisso com o desenvolvimento humano e com o cuidado à saúde (COTTA *et al.*, 2007; CECCIM, PINTO, 2007; MITRE, 2008).

Neste contexto, um caminho possível para iniciar esta mudança seria o investimento na educação para a complexidade, que se baseia em princípios como a articulação entre cultura científica e cultura humanística; o diálogo entre arte, ciência e espiritualidade; o intercâmbio entre áreas do conhecimento e disciplinas; a consciência da parcialidade das explicações científicas; a necessidade de uma reorganização dos saberes; a aposta na educação como uma atividade primordial da cultura e como um elemento facilitador da reforma do pensamento; a necessidade de repensar a ética da ciência; e, por fim, a necessidade de repensar o papel do profissional de saúde como um cuidador da dor e do sofrimento do outro (FALCÓN, ERDMANN, MEIRELLES, 2006).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Escapando da mercantilização e objetivação da vida, talvez tenhamos “sucesso prático” na construção de um sistema de saúde pautado pela integralidade. Um sistema que seja espaço de cuidado, de encontros desejantes e de produção de redes e novos saberes, não enrijecidos pela frieza que desconsidera o humano no cálculo utilitário, e que com isso, anula os participantes de sua relação, principalmente o usuário e/ou a

comunidade (AYRES, 2001; GUIZARDI, PINHEIRO, 2005; MEIRELLES, ERDMANN, 2006; FALCÓN, ERDMANN, MEIRELLES, 2006).

Parafrazeando Machado *et al.* (2005), o modo de saber-fazer integralidade, pautado na busca por novas formas de cuidado e com respeito às diferentes “concepções de mundo” existentes, pode ser uma alternativa para a construção de uma política de saúde integral e em sintonia com as expectativas da população brasileira.

A experiência profissional apresentada demonstra que a superação das práticas tradicionais e verticalizadas é possível quando os princípios do SUS, especialmente a integralidade, são enfatizados, compreendidos e incorporados na prática dos profissionais de saúde, que passam a atuar com autonomia profissional e segurança, promovendo o cuidado e o acolhimento, assim como o resgate da participação da população.

Entretanto, a concretização destas práticas só será possível mediante a reestruturação dos sistemas de formação profissional, associado à capacitação e educação permanente dos profissionais em serviço, devendo incluir os princípios do SUS sob um enfoque problematizador, baseado na visão ampliada e dialética da saúde e ainda, na construção compartilhada do conhecimento e na experiência cotidiana destes profissionais, para subsidiar e priorizar as ações de promoção da saúde e de transformação social.

Além disso, esta reestruturação será possível somente a partir da instituição de um sistema educacional voltado para a complexidade, que leve em conta todas as dimensões do ser humano e apresente como pilares o aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser. Só assim se alcançará a consolidação do SUS nos moldes idealizados pelo projeto da Reforma Sanitária brasileira, tornando realidade a integralidade, o acolhimento e a humanização das ações e serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES, V.S. 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*, Botucatu, v.9, n.16, p.39-52. 2005.
2. AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.1, p.63-72. 2001.
3. AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.13, n.3, p.16-29. 2004.
4. AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.13, p.549-560. 2005.
5. BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização em saúde: um novo modismo? *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.9, n.17, p.389-406. 2005.
6. BESEN, C.B.; NETTO, M.S.; DA ROS, M.A.; SILVA, F.W.; SILVA, C.G.; PIRES, M.F. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. *Saúde e Sociedade*, v.16, n.1, p.57-68. 2007.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 36p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2<sup>a</sup>. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. *Terapia Comunitária se torna ferramenta essencial para o tratamento de pequenos conflitos*. Revista Brasileira Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008: IX(edição especial maio): p.38-43.
11. CAMPOS, G.W.S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.9, n.17, p.389-406. 2005.
12. CAPRA, F. *A teia da vida*. Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 6.ed. São. Paulo: Cultrix, 2001.
13. CAPRA, F. *O ponto de mutação*. Tradução: Álvaro Cabral; São Paulo: Cultrix, 2006.
14. CECCIM, R.B.; PINTO, L.F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p.266-277. 2007.
15. COSTA, A.M. Integralidade na atenção e no cuidado em saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p.5-15. 2004.
16. COTTA, R.M.M., GOMES, A.P., MAIA, T.M., MAGALHÃES, K.A., MARQUES, E.S., SIQUEIRA-BATISTA, R. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p.278-286. 2007.
17. DESLANDES, S.F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.9, n.17, p.389-406. 2005.
18. DUARTE, R.L.; SILVA, D.S.JR.; CARDOSO, S.H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.11, n.23, p.439-47. 2007.

19. ESP-MG. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Drops, Comunicação e Saúde. *Boletim eletrônico semanal da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais* nº. 64, terça-feira, 13 de maio, 2008.
20. FALCÓN, G.S.; ERDMANN, A.L.; MEIRELLES, B.H.S. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.15, n.2, p.343-51. 2006.
21. FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais. *Cadernos de. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353. 1999.
22. FREIRE, P. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. São Paulo: Paz e Terra, 10<sup>a</sup>. ed., 2002. 176p.
23. FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 220p.
24. GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. *Quando Dádiva se Transforma em Saúde: Algumas Questões sobre a Integralidade e o Cuidado nas Relações entre Sociedade e Estado*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESP/UERJ, ABRASCO, 2005. p.37-56.
25. LACERDA, A.; VALLA V.V. *As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESP/UERJ, ABRASCO, 2005. p.91-102.
26. LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.13-43. 1997.
27. LUZ, M.T. *Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESP/UERJ, ABRASCO, 2005. p.9-20.

28. MACHADO, F.R.S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. *As Novas Formas de Cuidado Integral nos Espaços Públicos de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESP/UERJ, ABRASCO, 2005. p.57-74.*
29. MARCONDES, W.B. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.1, p.5-13. 2004.
30. MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. *Ciência, cuidado e Saúde Maringá*, v.5, n.1, p.67-74. 2006.
31. MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, cap.4, p.233-300. 2006.*
32. MERHY, E.E. *O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, Série B - Textos Básicos de Saúde, p.110-139. 2004.*
33. MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2007. 406 p.*
34. MITRE, S.M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J.M. *et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação dos profissionais de saúde: debates atuais. Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, supl. 2, p.2133-2144. 2008.
35. NORONHA, M.G.R.C.S.; CARDOSO, P.S.; MORAES, T.N.P. *et al. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.2, p.497-506, 2009.
36. PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. *Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESP/UERJ, ABRASCO, 2005. p.21-36.*

37. PROJETO CIRET-UNESCO. *Evolução transdisciplinar da Universidade 1997*. Disponível em: <<http://nicol.club.fr/ciret/locarno/locapor4.htm>> Acesso em: 16 jun. 2008.
38. REIS, A.O.A.; MARAZINA, I.V.; GALLO, P.R. A humanização na saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p.36-43. 2004.
39. RICHARDSON, R.J. *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999. 335 p.
40. SANTOS, J.L.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, v.13, n.35, p.71-88, 1999.
41. SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.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. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.53-66, 2005.
42. SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, supl., p.243-253. 2005.
43. SILVA JÚNIOR, R.V.B.; STELET, B.P.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Do Elo ao Laço: o Agente Comunitário na Construção da Integralidade em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESP/UERJ, ABRASCO, 2005. p.75-90.
44. SIQUEIRA, J.E. A arte perdida de cuidar. *Bioética*, Brasília, v.10, n.2, p.49-106. 2002.
45. STOTZ, E.M.; ARAUJO, J.W.G.A. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.2, p.5-19. 2004.
46. VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M.B.; LACERDA, A. *Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as*

*classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESP/UERJ, ABRASCO, 2005. p.103-117.*

47. VASCONCELOS, E.M. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 3<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. cap.1, p.25-47.

## 7. CONCLUSÕES GERAIS

- O PSF apresentou adequado desenvolvimento em Cajuri-MG, configurando-se nesse município, como estratégia de reestruturação da APS, conforme propõe o projeto da Reforma Sanitária brasileira institucionalizado pelo Ministério da Saúde;
- Entre as características da APS, verificou-se que *a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade e a integralidade* estão presentes de maneira bastante expressiva nas ações realizadas pelo PSF, destacando-se a facilitação do acesso, a criação do vínculo entre os profissionais de saúde e a população usuária, e a alta resolubilidade do PSF em relação aos problemas de saúde da população;
- No que se refere à característica *coordenação da atenção*, esta apresentou um estágio incipiente no município, uma vez que ainda permanece o desafio do estabelecimento de uma rede integral e regionalizada de referência e contra-referência de serviços assistenciais;
- Entre os principais problemas para o desenvolvimento do PSF e das características da APS em sua plenitude foram citadas pelos entrevistados, a alta rotatividade e o não cumprimento da carga horária de trabalho pelos profissionais médicos, além das questões políticas relacionadas ao velho “jogo clientelista”;

- Em relação ao cuidado em saúde e trabalho em equipe multiprofissional, ainda estão presentes nas práticas do PSF de Cajuri, fortes influências do modelo biomédico, expressas, por um lado, pela persistência de uma prática assistencial centrada na consulta médica, em detrimento das ações multiprofissionais de prevenção de agravos e enfermidades e de promoção da saúde. Por outro, pelo privilegiamento do profissional médico em detrimento dos outros profissionais de nível superior, evidenciados, por exemplo, pelas diferenças nos salários e exigência do cumprimento de carga horária apenas por parte das outras categorias profissionais.

## 8. ANEXOS

### 8.1. ANEXO I - QUESTIONÁRIO DESTINADO AOS GESTORES MUNICIPAIS

Questionário nº: \_\_\_\_\_ Entrevistador \_\_\_\_\_

1. Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

3. Sexo: ( )Feminino ( )Masculino

4. Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

5. Idade: \_\_\_\_\_

6. Endereço: \_\_\_\_\_

7. Zona: ( ) Urbana ( ) Rural

8. Telefone: \_\_\_\_\_

9. Estado Civil: ( )solteiro(a) ( )casado(a) ( )divorciado(a) ( )separado(a) ( )viúvo(a)

10. Cor ou raça: ( )branca ( )preta ( )parda ( )amarela ou indígena

11. Religião: ( ) Católica apostólica romana ( ) Evangélicas ( ) Espírita ( ) Umbanda e Candomblé ( ) Judaica ( ) Religiões Orientais ( ) Sem Religião ( ) Testemunha de Jeová ( ) Outras \_\_\_\_\_

12. Escolaridade: ( ) analfabeto(a) ( ) fundamental incompleto ( ) fundamental completo ( ) médio incompleto ( ) médio completo ( ) superior incompleto ( ) superior completo ( ) pós-graduação incompleto ( ) pós-graduação completo ( ) outros \_\_\_\_\_

13. Profissão: \_\_\_\_\_

14. Renda mensal: R\$ \_\_\_\_\_

15. Para você, o que é saúde?

\_\_\_\_\_

16. Para você, o que é Sistema Único de Saúde (SUS)?

\_\_\_\_\_

17. Quais são os princípios do SUS?

\_\_\_\_\_

18. Você usa o SUS? Sim ( ) Não ( ) Se sim, em que situações? Se não, por quê?

\_\_\_\_\_

19. Para você, o que é Programa Saúde da Família (PSF)?

\_\_\_\_\_

20. Quais são as principais diretrizes/características do PSF?

---

---

21. Você usa o PSF? Sim ( ) Não ( ) Se sim, em que situações? Se não, por quê?

---

---

22. Que tipo de ações e atividades o PSF oferece para a população?

---

---

23. O PSF realiza alguma atividade de prevenção de agravos e enfermidades? Sim ( )  
Não ( ) Não sabe ( ) Se sim, quais? Se não, por quê?

---

---

24. O PSF realiza alguma atividade de promoção da saúde? Sim ( ) Não ( ) Não sabe  
( ) Se sim, quais? Se não, por quê?

---

---

25. Existem atividades que promovem a integração com os usuários? Sim ( ) Não ( )  
Se sim, quais são as atividades e como elas acontecem?

---

---

26. Existe integração entre os profissionais das equipes de Saúde da Família? Sim ( )  
Não ( ) Se sim, como acontece esta integração?

---

---

27. Em sua opinião, houve mudança nas condições de saúde da população com a  
implantação do PSF? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais foram as mudanças?

---

---

28. Em sua opinião, quais os benefícios e a importância do PSF para a população?

---

---

29. Em sua opinião, quais são as principais dificuldades enfrentadas para o  
funcionamento e eficiência do PSF?

---

---

30. Se depender de você, o PSF vai continuar funcionando aqui no município? Sim ( )  
Não ( ) Por quê?

---

---

## 8.2. ANEXO II - QUESTIONÁRIO DESTINADO AOS ACS E PROFISSIONAIS DE NÍVEL TÉCNICO

Questionário nº: \_\_\_\_\_ Entrevistador \_\_\_\_\_

1. Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

3. Sexo: ( )Feminino ( )Masculino

4. Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

5. Idade: \_\_\_\_\_

6. Endereço: \_\_\_\_\_

7. Zona: ( ) Urbana ( ) Rural

8. Telefone: \_\_\_\_\_

9. Estado Civil: ( )solteiro(a) ( )casado(a) ( )divorciado(a) ( )separado(a) ( )viúvo(a)

10. Cor ou raça: ( )branca ( )preta ( )parda ( )amarela ou indígena

11. Religião: ( ) Católica apostólica romana ( ) Evangélicas ( ) Espírita ( ) Umbanda e Candomblé ( ) Judaica ( ) Religiões Orientais ( ) Sem Religião ( ) Testemunha de Jeová ( ) Outras \_\_\_\_\_

12. Escolaridade: ( ) analfabeto(a) ( ) fundamental incompleto ( ) fundamental completo ( ) médio incompleto ( ) médio completo ( ) superior incompleto ( ) superior completo ( ) pós-graduação incompleto ( ) pós-graduação completo ( ) outros \_\_\_\_\_

13. Profissão: \_\_\_\_\_

14. Renda mensal: R\$ \_\_\_\_\_

15. Área onde trabalha: ( ) Zona Urbana ( ) Zona Rural ( ) Urbana/Rural

16. Função no PSF: ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) dentista ( ) técnico em enfermagem ( ) auxiliar de enfermagem ( ) ACS ( ) auxiliar de consultório dentário ( ) técnico de higiene dental ( ) outra \_\_\_\_\_

17. Pós-Graduação ( ) Sim ( ) Não Se sim, data \_\_\_\_\_

18. Tipo de pós-graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

19. Área: \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

20. ACS: reside no local de trabalho ( ) sim ( ) não

21. Há quanto tempo trabalha no PSF? \_\_\_\_\_

22. Participou de alguma capacitação antes de trabalhar no PSF: ( ) Sim ( ) Não

23. Se sim: quando \_\_\_\_\_ duração \_\_\_\_\_ local \_\_\_\_\_

24. Assuntos trabalhados

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. Participou de alguma capacitação depois que começou a trabalhar no PSF? ( ) Sim ( ) Não

26. Se sim: quando \_\_\_\_\_ duração \_\_\_\_\_ local \_\_\_\_\_

27. Assuntos trabalhados

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

28. Por que você escolheu ser ACS ou Técnico/Auxiliar (enfermagem ou higiene dental)?

---

---

29. Você gosta de trabalhar como ACS ou Técnico/Auxiliar (enfermagem ou higiene dental)? Por quê?

---

---

30. Para você, o que é saúde?

---

---

31. Para você, o que é Sistema Único de Saúde (SUS)?

---

---

32. Quais são os princípios do SUS?

---

---

33. Você usa o SUS? Sim ( ) Não ( ) Se sim, em que situações? Se não, por quê?

---

---

34. Para você, o que é Programa Saúde da Família (PSF)?

---

---

35. Quais são as principais diretrizes/características do PSF?

---

---

36. Você usa o PSF? Sim ( ) Não ( ) Se sim, em que situações? Se não, por quê?

---

---

37. Quantas famílias você acompanha? \_\_\_\_\_

38. Você conhece todos os membros destas famílias? Sim ( ) Não ( )

39. Você conhece a casa e a situação socioeconômica de todas estas famílias? Sim ( ) Não ( )

40. Você possui alguma família de risco? Sim ( ) Não ( )

41. Quais são os riscos mais comuns?

---

---

42. Quando você identifica algum tipo de risco o que você faz?

---

---

43. Existe alguma integração com outros serviços? Sim ( ) Não ( )

44. Se sim, com quais serviços e que tipo de integração

---

---

45. Em que local são realizadas as atividades do PSF?

---

---

46. Você acha que o local em que são realizadas as atividades do PSF facilita a participação da maioria dos usuários? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

47. Você acha que a estrutura física do PSF é adequada para o atendimento da população? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

48. Você acha que as acomodações para espera são confortáveis e espaçosas? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

49. Geralmente os usuários esperam quanto tempo para serem atendidos?

---

---

50. Que tipo de ações e atividades o PSF desenvolve com os usuários e com as famílias?

---

---

51. Existem atividades que promovem a integração com os usuários? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais são as atividades e como elas acontecem?

---

---

52. O PSF realiza alguma atividade de prevenção de agravos e/ou enfermidades? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais? Se não, por quê?

---

---

53. O PSF realiza alguma atividade de promoção da saúde? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais? Se não, por quê?

---

---

54. Você realiza visitas domiciliares? Sim ( ) Não ( ) Se sim, com que frequência? Se não, por quê?

---

---

55. Em que caso você costuma realizar visitas domiciliares?

---

---

56. Você acha que o PSF consegue resolver a maioria dos problemas de saúde da população? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

57. Você registra as informações dos usuários no prontuário? Sim ( ) Não ( ) Justifique.

---

---

58. Que tipos de informações você costuma registrar?

---

---

59. Quando você precisa do prontuário de algum usuário você o encontra facilmente? Sim ( ) Não ( ) Se não, por que?

---

---

60. Quando o usuário procura o PSF você costuma consultar o seu prontuário antes do atendimento? Sim ( ) Não ( ) Por que?

---

---

61. Existe integração entre os profissionais das equipes do PSF? Sim ( ) Não ( ) Se sim, como acontece esta interação?

---

---

62. Em sua opinião, houve mudança nas condições de saúde da população com a implantação do PSF? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais foram as mudanças?

---

---

63. Em sua opinião, quais as principais vantagens e benefícios que o PSF oferece para a população?

---

---

64. Em sua opinião, o que dificulta o funcionamento do PSF?

---

---

65. Você possui alguma dificuldade para realizar o seu trabalho? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais?

---

---

66. Você se sente valorizado? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

67. Você acredita no SUS? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

68. Você acredita no PSF? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

69. Você pretende continuar trabalhando no PSF? Sim ( ) Não ( )

70. Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

71. Se não, por quê?

---

---

### 8.3. ANEXO III - QUESTIONÁRIO DESTINADO AOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Questionário nº: \_\_\_\_\_ Entrevistador \_\_\_\_\_

1. Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

3. Sexo: ( )Feminino ( )Masculino

4. Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

5. Idade: \_\_\_\_\_

6. Endereço: \_\_\_\_\_

7. Zona: ( ) Urbana ( ) Rural

8. Telefone: \_\_\_\_\_

9. Estado Civil: ( )solteiro(a) ( )casado(a) ( )divorciado(a) ( )separado(a) ( )viúvo(a)

10. Cor ou raça: ( )branca ( )preta ( )parda ( )amarela ou indígena

11. Religião: ( ) Católica apostólica romana ( ) Evangélicas ( ) Espírita ( ) Umbanda e Candomblé ( ) Judaica ( ) Religiões Orientais ( ) Sem Religião ( ) Testemunha de Jeová ( ) Outras \_\_\_\_\_

12. Escolaridade: ( ) analfabeto(a) ( ) fundamental incompleto ( ) fundamental completo ( ) médio incompleto ( ) médio completo ( ) superior incompleto ( ) superior completo ( ) pós-graduação incompleto ( ) pós-graduação completo ( ) outros \_\_\_\_\_

13. Profissão: \_\_\_\_\_

14. Renda mensal: R\$ \_\_\_\_\_

15. Área onde trabalha: ( ) Zona Urbana ( ) Zona Rural ( ) Urbana/Rural

16. Função no PSF: ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) dentista ( ) técnico em enfermagem ( ) auxiliar de enfermagem ( ) ACS ( ) auxiliar de consultório dentário ( ) técnico de higiene dental ( ) outra \_\_\_\_\_

17. Pós-Graduação ( ) Sim ( ) Não Se sim, data \_\_\_\_\_

18. Tipo de pós-graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

19. Área: \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

20. ACS: reside no local de trabalho ( ) sim ( ) não

21. Há quanto tempo trabalha no PSF? \_\_\_\_\_

22. Participou de alguma capacitação antes de trabalhar no PSF: ( ) Sim ( ) Não

23. Se sim: quando \_\_\_\_\_ duração \_\_\_\_\_ local \_\_\_\_\_

24. Assuntos trabalhados

\_\_\_\_\_

25. Participou de alguma capacitação depois que começou a trabalhar no PSF? ( ) Sim ( ) Não

26. Se sim: quando \_\_\_\_\_ duração \_\_\_\_\_ local \_\_\_\_\_

27. Assuntos trabalhados

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

28. Para você, o que é saúde?

---

---

29. Para você, o que é Sistema Único de Saúde (SUS)?

---

---

30. Quais são os princípios do SUS?

---

---

31. Você usa o SUS? Sim ( ) Não ( ) Se sim, em que situações? Se não, por quê?

---

---

32. Para você, o que é Programa Saúde da Família (PSF)?

---

---

33. Quais são as principais diretrizes/características do PSF?

---

---

34. Você usa o PSF? Sim ( ) Não ( ) Se sim, em que situações? Se não, por quê?

---

---

35. Quantas famílias você acompanha? \_\_\_\_\_

36. Você conhece todos os membros destas famílias? Sim ( ) Não ( )

37. Você conhece a casa e a situação socioeconômica de todas estas famílias? Sim ( )  
Não ( )

38. Você possui alguma família de risco? Sim ( ) Não ( )

39. Quais são os riscos mais comuns?

---

---

40. Quando você identifica algum tipo de risco o que você faz?

---

---

41. Existe alguma integração com outros serviços? Sim ( ) Não ( )

42. Se sim, com quais serviços e que tipo de integração?

---

---

43. Em que local são realizadas as atividades do PSF?

---

---

44. Você acha que o local em que são realizadas as atividades do PSF facilita a participação da maioria dos usuários? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

45. Você acha que a estrutura física do PSF é adequada para o atendimento da população? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

46. Você acha que as acomodações para espera são confortáveis e espaçosas? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

47. Geralmente os usuários esperam quanto tempo para serem atendidos?

---

---

48. Que tipo de ações e atividades o PSF desenvolve com os usuários e com as famílias?

---

---

49. Existem atividades que promovem a integração com os usuários? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais são as atividades e como elas acontecem?

---

---

50. O PSF realiza alguma atividade de prevenção de agravos e/ou enfermidades? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais? Se não, por quê?

---

---

51. O PSF realiza alguma atividade de promoção da saúde? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais? Se não, por quê?

---

---

52. Você realiza visitas domiciliares? Sim ( ) Não ( ) Se sim, com que frequência? Se não, por quê?

---

---

53. Em que caso você costuma realizar visitas domiciliares?

---

---

54. Você acha que o PSF consegue resolver a maioria dos problemas de saúde da população? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

55. Você registra as informações dos usuários no prontuário? Sim ( ) Não ( )  
Justifique.

---

---

56. Que tipos de informações você costuma registrar?

---

---

57. Quando você precisa do prontuário de algum usuário você o encontra facilmente?  
Sim ( ) Não ( ) Se não, por que?

---

---

58. Quando o usuário procura o PSF você costuma consultar o seu prontuário antes do atendimento? Sim ( ) Não ( ) Por que?

---

---

59. Em que casos você costuma encaminhar o usuário para outro profissional ou para outro serviço?

---

---

60. Quando você encaminha o usuário você registra essa informação no prontuário? Sim ( ) Não ( ) Se não, por que?

---

---

61. O usuário retorna ao seu atendimento no PSF após o acompanhamento de outro serviço e/ou profissional? Sim ( ) Não ( )

62. Quando o usuário retorna, ele traz um relatório do serviço ou profissional que você referenciou? Sim ( ) Não ( ) Se não, você costuma cobrar esta informação do serviço?

---

---

63. Houve algum caso em que você encaminhou algum usuário e ele não conseguiu obter o serviço recomendado? Sim ( ) Não ( )

64. Se sim, você sabe qual foi o motivo? Sim ( ) Não ( ) Se sim, qual?

---

---

65. Existe integração entre os profissionais das equipes do PSF? Sim ( ) Não ( ) Se sim, como acontece esta interação?

---

---

66. Em sua opinião, houve mudança nas condições de saúde da população com a implantação do PSF? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais foram as mudanças?

---

---

67. Em sua opinião, quais as principais vantagens e benefícios que o PSF oferece para a população?

---

---

68. Em sua opinião, o que dificulta o funcionamento do PSF?

---

---

69. Você possui alguma dificuldade para realizar o seu trabalho? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais?

---

---

70. Você se sente valorizado? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

71. Você acredita no SUS? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

72. Você acredita no PSF? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

73. Você pretende continuar trabalhando no PSF? Sim ( ) Não ( )

74. Se sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

75. Se não, por quê?

---

---

#### 8.4. ANEXO IV - QUESTIONÁRIO DESTINADO ÀS USUÁRIAS (GESTANTES)

Questionário nº: \_\_\_\_\_ Entrevistador \_\_\_\_\_

##### **CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E SOCIOECONOMICA**

1. Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
2. Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_
3. Sexo: ( )Feminino ( )Masculino
4. Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
5. Idade: \_\_\_\_\_
6. Endereço: \_\_\_\_\_
7. Zona: ( ) Urbana ( ) Rural
8. Telefone: \_\_\_\_\_
9. Estado Civil: ( )solteiro(a) ( )casado(a) ( )divorciado(a) ( )separado(a) ( )viúvo(a)
10. Cor ou raça: ( )branca ( )preta ( )parda ( )amarela ou indígena
11. Religião: ( ) Católica apostólica romana ( ) Evangélicas ( ) Espírita ( ) Umbanda e Candomblé ( ) Judaica ( ) Religiões Orientais ( ) Sem Religião ( ) Testemunha de Jeová ( ) Outras \_\_\_\_\_
12. Escolaridade: ( ) analfabeto(a) ( ) fundamental incompleto ( ) fundamental completo ( ) médio incompleto ( ) médio completo ( ) superior incompleto ( ) superior completo ( ) pós-graduação incompleto ( ) pós-graduação completo ( ) outros \_\_\_\_\_
13. Profissão: \_\_\_\_\_
14. Aposentadoria ( ) Sim ( ) Não, se sim, valor R\$ \_\_\_\_\_
15. Pensão ( ) Sim ( ) Não, se sim, valor R\$ \_\_\_\_\_
16. Recebe algum benefício? ( ) Sim ( ) Não, se sim, qual benefício e valor R\$ \_\_\_\_\_
17. Renda mensal: R\$ \_\_\_\_\_
18. Quantas pessoas moram no domicílio: \_\_\_\_\_
19. Quantas pessoas dependem desta renda: \_\_\_\_\_

##### **HISTÓRIA GESTACIONAL**

20. Primeira gestação ( )sim ( )não, se não, quantas gestações teve anteriormente? \_\_\_\_\_
21. Em que mês da gestação se encontra? \_\_\_\_\_
22. Em que mês da gestação começou a fazer o pré-natal? \_\_\_\_\_
23. Quantos atendimentos já recebeu? Médico \_\_\_\_\_ Outros profissionais (citar) \_\_\_\_\_
24. Você já fez algum exame? ( )sim ( )não, se sim, quais? \_\_\_\_\_
25. Você está tomando algum medicamento? ( )sim ( )não, se sim, quais? \_\_\_\_\_

26. Já teve algum aborto? ( )sim ( )não, se sim, quantos? \_\_\_\_\_ Qual foi a causa?

27. Já teve alguma criança que nasceu morta ( )sim ( )não, se sim, quantas? \_\_\_\_\_  
Qual foi a causa? \_\_\_\_\_

28. Está com algum problema se saúde ou doença? ( )sim ( )não, se sim, qual?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **PROGRAMAS E RECURSOS SANITÁRIOS**

29. Que serviço você costuma procurar quando tem algum problema de saúde?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

30. Quais os profissionais de saúde você costuma procurar?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

31. Onde você foi da última vez que teve um problema de saúde?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

32. Foi fácil conseguir o atendimento? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

33. Você tem plano de saúde? Sim ( ) Não ( ) se não, porquê? Se sim, qual plano?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

34. Para você, o que é saúde?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

35. Para você, o que é Sistema Único de Saúde (SUS)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

36. Para você, o que é Programa Saúde da Família (PSF)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

37. Você está cadastrada no PSF? Sim ( ) Não ( ) Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

38. Em que local são realizadas as atividades do PSF?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

39. Você sabe quais são os horários de atendimento do PSF? Sim ( ) Não ( ) Quais são os horários?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

40. Você está satisfeita com o horário de atendimento do PSF? Sim ( ) Não ( ) Por que?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

41. Você tem alguma dificuldade para chegar ao PSF? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

42. Que transporte você utiliza para ir até o PSF?

---

---

43. Quanto tempo você gasta para ir de casa até o local onde são realizadas as atividades do PSF?

---

---

44. Você acha que a estrutura física do PSF é adequada para o atendimento da população? Sim ( ) Não( ) Por que?

---

---

45. Você acha que as acomodações para espera são confortáveis e espaçosas? Sim ( ) Não( ) Por que?

---

---

46. Você espera quanto tempo para ser atendida?

---

---

47. Você está satisfeita com o tempo de espera? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

48. Você tem facilidade para marcar as consultas? Sim ( ) Não ( ) Se não, por qual motivo?

---

---

49. Você acha que recebe uma boa atenção dos profissionais do PSF? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

50. Desde que começou a ser acompanhada pela equipe do PSF, quantas vezes mudou os profissionais?

ACS \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_ Enfermeiro \_\_\_\_\_ Outros \_\_\_\_\_

51. Com qual(is) o profissional(is) de saúde você está fazendo o acompanhamento pré-natal?

---

---

52. Há quanto tempo você faz o acompanhamento com este(s) profissional(ais)?

---

---

53. Você está satisfeita com este acompanhamento? Sim ( ) Não ( ) Por que?

---

---

54. Os profissionais que te acompanham no PSF te chamam pelo nome? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

55. Você consegue resolver os seus problemas de saúde no PSF? Sim ( ) Não ( ) Por que?

---

---

56. Quando você não consegue resolver os seus problemas de saúde no PSF, o que você faz?

---

---

57. Alguma vez você já foi encaminhada para realizar um tratamento com outro profissional ou em outro local? Sim ( ) Não ( ) Se sim, para onde e quantas vezes?

---

---

58. Você recebe visita domiciliar de algum profissional de saúde? Sim ( ) Não ( ) Se sim, de qual(is) profissional(is)

---

---

59. Com que frequência são realizadas as visitas domiciliares?

---

---

60. Quais ações, atividades e serviços de saúde são oferecidos pelo PSF?

---

---

61. Você costuma ser convidada para participar destas atividades? Sim ( ) Não ( ) Se sim, de que forma?

---

---

62. Você participa destas atividades? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

63. Como você classificaria o serviço do PSF? ( )Muito bom/Ótimo ( )Bom ( ) Mais ou menos ( )Ruim ( )Muito ruim ( )Não sabe

64. Com o PSF você acha que você e sua família passaram a ter mais acesso ao atendimento à saúde? Sim ( ) Não ( ) Por que?

---

---

65. Depois que o PSF começou a funcionar aqui no seu município, você acha que a sua situação de saúde, da sua família e da comunidade onde você vive: ( ) melhorou ( ) piorou ( ) não mudou nada. Por quê?

---

---

66. Se melhorou, quais foram as mudanças?

---

---

67. Se piorou, quais foram as mudanças?

---

---

68. Você está satisfeita com o serviço oferecido pelo PSF? Sim ( ) Não ( ) Por quê?

---

---

69. Para você, falta alguma coisa no PSF? Sim ( ) Não ( ) Se sim, o que?

---

---

70. Qual foi a sua sensação ao responder este questionário?

---

---

## 8.5. ANEXO V - ROTEIRO PARA ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS

1. A gestante possuía anotações no prontuário antes da gestação? Sim ( ) Não ( )
2. Já era acompanhada pela equipe de PSF? Sim ( ) Não ( ) Se sim, em que atividades?

---

3. Consta no prontuário a data de descoberta da gestação? Sim ( ) Não ( )

4. O prontuário está preenchido com letra legível? Sim ( ) Não ( )

5. O prontuário tem registro das seguintes informações:

- Data da última menstruação Sim ( ) Não ( )
- Antecedentes obstétricos Sim ( ) Não ( )
- Estatura Sim ( ) Não ( )

- Exame clínico:

- Idade gestacional Sim ( ) Não ( )
- Peso Sim ( ) Não ( )
- Exame das mamas Sim ( ) Não ( )
- Pressão arterial Sim ( ) Não ( )
- Altura uterina Sim ( ) Não ( )
- Batimentos cardíacos Sim ( ) Não ( )
- Sinais de Edema Sim ( ) Não ( )
- Vacinação antitetânica Sim ( ) Não ( )

- Exames laboratoriais Sim ( ) Não ( )

• Diabetes Sim ( ) Não ( )	• Tipo sanguíneo Sim ( ) Não ( )
• VDRL - Sífilis Sim ( ) Não ( )	• Rh Sim ( ) Não ( )
• HIV Sim ( ) Não ( )	• Urina Tipo I Sim ( ) Não ( )
• Anemia Sim ( ) Não ( )	• Toxoplasmose

- medicamentos prescritos Sim ( ) Não ( ) Se sim quais? \_\_\_\_\_

- encaminhamentos realizados Sim ( ) Não ( ) Se sim quais? \_\_\_\_\_

- retorno de encaminhamentos Sim ( ) Não ( )

- Evolução de condutas Sim ( ) Não ( )

- Assinatura ou carimbo do(s) profissional(s) Sim ( ) Não ( )

- Houve mudança de algum(ns) profissional(s) que realiza o acompanhamento? Sim ( ) Não ( ) Se sim, de qual profissional? \_\_\_\_\_

- Se mudou o(s) profissional(s), quantas vezes isso aconteceu? \_\_\_\_\_

## 8.6. ANEXO VI – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE  
Tel.: 031 3899-2542 Fax: 031 3899-2541



### CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

#### 1. Título do estudo

Atenção primária à Saúde - da assistência ao cuidado: um olhar ampliado sobre as ações realizadas pelo Programa Saúde da Família.

#### 2. Objetivos do estudo

Avaliar as ações e serviços de saúde do Programa Saúde da Família do município de Cajuri, MG, a fim de verificar se os princípios da atenção primária à saúde estão contemplados em sua prática.

#### 3. Local da execução

Os dados serão coletados no local de trabalho e/ou na residência dos entrevistados, que correspondem aos gestores e profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) e gestantes atendidas pelo programa.

Será garantido ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato: as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados. Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, congressos e reuniões científicas.

#### 4. Nomes e número do telefone dos investigadores

Rosângela Minardi Mitre Cotta - tel.: 31 3899 3732

Karine de Oliveira Gomes - tel.: 31 9294 6705

## **5. Critérios de inclusão dos indivíduos**

Todos os gestores e profissionais do PSF poderão participar do presente estudo, assim como todas as gestantes atendidas pelo programa.

## **6. Critérios de exclusão**

O único critério de exclusão será a recusa do indivíduo em participar do estudo.

## **7. Critérios de atendimento e assistência assim como responsáveis**

Os dados serão coletados por pesquisadores devidamente treinados e capacitados para a coleta dos dados.

## **8. Descrição do estudo**

O entrevistado será informado sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa, os métodos alternativos existentes e a garantia do sigilo das informações. Os esclarecimentos serão feitos em linguagem acessível e estes terão a liberdade em negar a participação.

As entrevistas serão realizadas com o auxílio de questionários semi-estruturados, sendo este espaço aberto para que os entrevistados expressem seu ponto de vista em relação ao tema estudado.

Será garantido ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato: as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados.

## **9. Benefícios para os indivíduos**

Justifica-se este trabalho considerando-se a importância da avaliação das ações e serviços de saúde no contexto do sistema sanitário brasileiro. Diante do diagnóstico, problemas e necessidades levantadas pretende-se, realizar intervenções visando garantir melhores condições de vida e saúde para a população e fortalecer o Sistema de Sanitário local.

## **10. Riscos para os indivíduos**

Não existem riscos para os indivíduos.

## **11. Direito dos indivíduos de recusar-se a participar ou retirar-se do estudo**

A participação no estudo é voluntária, sendo dado o direito à recusa, sem prejuízos ou justificativas.

**12. Direito dos indivíduos a privacidade**

Os resultados do estudo serão analisados e, aos envolvidos, será assegurada a privacidade.

**13. Publicação de informações**

Os dados obtidos estarão disponíveis para a equipe envolvida na pesquisa. Na publicação destes dados serão mantidos os direitos assegurados nos itens 8 e 12.

**14. Informação financeira**

Os indivíduos não serão remunerados pela participação, sendo esta voluntária.

**15. Dano à saúde**

Qualquer enfermidade ocorrida durante a pesquisa não é de responsabilidade da equipe, uma vez que a mesma não está associada a nenhum dano à saúde. Assim, a equipe de trabalho fica isenta da obrigação de tratamento de enfermidade durante o estudo.

## 8.7. ANEXO VII – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

---



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE  
Tel.: 031 3899-2542 Fax: 031 3899-2541



### CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa “Atenção primária à Saúde - da assistência ao cuidado: um olhar ampliado sobre as ações realizadas pelo Programa Saúde da Família”, como voluntário e sem receber nenhum incentivo financeiro. Declaro ter sido informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como sobre os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento, assistência ou tratamento.

Cajuri, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

**8.8. ANEXO VIII - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA**