

ELIZABETE BESSA DOS SANTOS

**USUÁRIOS, AGENTES COMUNITÁRIOS E REDES DE INTERAÇÃO:
CARACTERÍSTICAS, REPRESENTAÇÕES E DINÂMICAS NA PRÁTICA DO
PSF-AMORAS, VIÇOSA-MG.**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Medicina Veterinária, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Viçosa
MINAS GERAIS – BRASIL
2008

ELIZABETE BESSA DOS SANTOS

**USUÁRIOS, AGENTES COMUNITÁRIOS E REDES DE INTERAÇÃO:
CARACTERÍSTICAS, REPRESENTAÇÕES E DINÂMICAS NA
PRÁTICA DO PSF-AMORAS, VIÇOSA-MG**

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

APROVADA: 31 de março de 2008.

Prof^a. Maria de Fátima Lopes
(Co-orientadora)

Dra. Patrícia Fernanda G. da Silva
(Co-orientadora)

Prof^a Rosângela Minardi Mitre Cotta

Prof^a Marisa Barletto

Prof^a Paula Dias Bevilacqua
(Orientadora)

Sem sonhos, as perdas se tornam insuportáveis,
as pedras do caminho se tornam montanhas,
os fracassos se transformam em golpes fatais.
Mas, se você tiver grandes sonhos...
seus erros produzirão crescimento,
seus desafios produzirão oportunidades,
seus medos produzirão coragem.
Por isso, meu ardente desejo é que você
NUNCA DESISTA DOS SEUS SONHOS.
Augusto Cury

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter permitido que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais, Maria Aparecida e Paulo Roberto, pelo apoio incessante e estímulo em toda a minha trajetória de vida.

Ao Alexandre e Giovana, pela amizade e incentivo.

À minha orientadora, Professora Paula Dias Bevilacqua, pelo acolhimento, carinho, especial atenção, sugestões e orientação, sem as quais esse trabalho não se realizaria.

Às Conselheiras Maria de Fátima Lopes e Patrícia Fernanda Gouveia da Silva, pelo apoio, colaboração e disponibilidade em me auxiliar no esclarecimento de dúvidas.

A toda equipe do Programa Saúde da Família do bairro Amoras, pela valiosa colaboração, que apesar de suas atividades, sempre me receberam com carinho e amizade.

A todos os usuários e usuárias do PSF, que além de colaborarem com esta pesquisa, me receberam carinhosamente em suas casas.

À Universidade Federal de Viçosa e ao Programa de Pós-Graduação em Medicina Veterinária pela oportunidade de estudo e aprofundamento técnico-científico.

Ao Matheus, que compartilhou comigo os momentos de alegria e me apoiou naqueles de grande incerteza.

Aos amigos que acreditaram em mim, me apoiando, incentivando, presentes tanto nos momentos alegres quanto difíceis.

Agradeço, enfim, aos que estiveram ao meu lado, seja no estímulo, seja na orientação, seja na valiosíssima crítica, possibilitando a construção e aprofundamento deste trabalho.

SUMÁRIO

	página
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vii
RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	x
INTRODUÇÃO.....	1
1 O QUADRO TEÓRICO E METODOLÓGICO: problemática, referências conceituais e procedimentos empíricos	5
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: gênese, princípios e características	17
2.1 SUS: Uma reformulação da política de saúde no Brasil.....	17
2.2 Descentralização das ações e promoção da saúde: estratégias para consolidação do SUS.....	23
2.3 SUS: A busca pela integralidade e humanização no atendimento	25
2.3.1 Integralidade: um dos pilares do Sistema Único de Saúde.....	25
2.3.2 Humanização no atendimento: discurso ideológico ou ...necessidade.....	30
2.4 A formação de uma consciência sanitária com a participação da população e o controle social.....	34
3 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: histórico, implementação e atores locais	36
3.1 Características estruturais do Programa Saúde da Família.....	41
3.2 A implementação do Programa Saúde da Família: contornos nacionais e locais.....	44
3.2.1 Programa Saúde da Família no Brasil e em Minas Gerais.....	44
3.2.2 Programa Saúde da Família em Viçosa.....	46
3.3 PSF: envolvimento dos atores sociais no processo saúde-doença- cuidado.....	48
3.3.1 Conhecendo o cotidiano da saúde e da doença: a visita domiciliar.....	49
3.3.2 Agente Comunitário de Saúde e usuário: estabelecendo vínculos para o exercício da atenção básica em saúde.....	53

4 RESULTADOS E QUESTÕES: características, representações e dinâmica de funcionamento do/no PSF/Amoras.....	59
4.1 Representações da saúde, da doença e de seus determinantes: perspectivas dos usuários e profissionais da saúde.....	59
4.2 A percepção sobre o PSF na atenção primária à saúde.....	66
4.2.1 Planos privados de saúde: mediações entre a atenção pública e privada.....	69
4.2.2 Famílias cadastradas e famílias atendidas: há diferença?	70
4.2.3 Implementação e ampliação das equipes: o que mudou(a)?	72
4.3 Agente comunitário: o 'novo' profissional da saúde.....	73
4.4 A visita domiciliar como um instrumento fundamental das ações de atenção básica no âmbito do PSF.....	82
4.5 O trabalho no posto de saúde.....	84
4.5.1 Atendimento prestado pelos profissionais e sua permanência na equipe.....	86
4.5.2 Integração na rede de assistência à saúde: sistema de referência e contra-referência.....	88
4.6 População atendida e agentes de saúde: uma relação complexa em suas significações.....	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
ANEXO 1	111
ANEXO 2	113
ANEXO 3	114
ANEXO 4	119
ANEXO 5.....	120
ANEXO 6.....	121

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS.....	Agentes Comunitários de Saúde
CEP.....	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT.....	Comissão Intergestores Tripartite
CMS.....	Conselho Municipal de Saúde
CNS.....	Conferência Nacional de Saúde
CONEP.....	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COSAC.....	Coordenação de Saúde da Comunidade
ESF.....	Equipe Saúde da Família
FSESP.....	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
FUNASA.....	Fundação Nacional de Saúde
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS.....	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS.....	Instituto Nacional da Previdência Social
IPEA.....	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
MS.....	Ministério da Saúde
NIEG.....	Núcleo Interdisciplinar de Estudo de Gênero
NOAS.....	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB.....	Norma Operacional Básica
PACS.....	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAS.....	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PPGMV.....	Programa de Pós-Graduação em Medicina Veterinária
PROESF.....	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF.....	Programa Saúde da Família
SAMDU.....	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAS.....	Secretaria de Assistência à Saúde
SIAB.....	Sistema de Informação em Atenção Básica
SPS.....	Secretaria de Políticas de Saúde
SUS.....	Sistema Único de Saúde
UBS.....	Unidade Básica de Saúde
UFV.....	Universidade Federal de Viçosa
UMAM.....	União Municipal das Associações de Moradores dos Bairros e Distritos de Viçosa
USF.....	Unidade de Saúde da Família
VD.....	Visita Domiciliar

RESUMO

SANTOS, Elizabete Bessa dos, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, março de 2008. **Título: Usuários, agentes comunitários e redes de interação: características, representações e dinâmicas na prática do PSF-Amoras, Viçosa-MG.** Orientadora: Paula Dias Bevilacqua. Co-orientadoras: Maria de Fátima Lopes e Patrícia Fernanda Gouveia da Silva.

Passadas quase duas décadas após a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda persiste o desafio da sua implementação de forma integral, respeitando e operacionalizando os seus princípios. No atual modelo de atenção básica à saúde, centrado na Estratégia Saúde da Família, a prática vivenciada tanto por profissionais como pela comunidade atendida se constrói, muitas vezes, com conflitos, dificuldades e estranhamentos, sendo importante a compreensão desses fenômenos para uma atuação mais integral e humanizada. Nesse sentido, o presente estudo, de natureza exploratória, objetivou compreender a relação, apreendendo informações, atitudes e comportamentos, existente entre os diferentes atores sociais (usuários e agentes comunitários de saúde - ACS) que interagem na atuação local de uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF) do município de Viçosa-Minas Gerais. A pesquisa empírica foi realizada no bairro Amoras, localizado na periferia do município, entre fevereiro e dezembro de 2006. A metodologia utilizada compreendeu a consulta a dados secundários e documentos de referência e a análise qualitativa de dados construídos por meio da realização de entrevistas semi-estruturadas e observação direta. Os depoimentos dos distintos grupos pesquisados revelam representações associadas ao modo

como cada grupo compreende e experimenta/vivencia o processo 'saúde-doença'. Identificamos, também, uma hierarquia estabelecida entre os sujeitos – tanto entre profissionais quanto entre técnicos e pacientes - em relação à sua função exercida no PSF, diretamente relacionada à sua formação técnica e científica, ou seja, à 'detenção de conhecimento', sendo essa mais nitidamente percebida entre os ACS e os usuários. Observamos a predominância do modelo da biomedicina tradicional no exercício da atenção à saúde, demonstrada pela autoridade delegada ao médico e pela supervalorização do medicamento, indicado como o meio de resolução de problemas de doença e, até mesmo, como referência ao estado de doença. Concluímos ser pertinente uma mudança na forma de relacionamento entre profissional e paciente, integrando o saber teórico dos meios acadêmicos ao saber do senso comum das localidades. Por fim, ressaltamos a importância de dois pilares do SUS: a humanização do atendimento, que procura respeitar e valorizar a participação e a autonomia do sujeito nas ações relativas ao seu bem-estar; e o princípio da integralidade, caracterizado pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos. A concepção do processo 'saúde-doença', norteado por esses pilares, conduz à identificação dos problemas de saúde a partir do horizonte da população atendida, priorizando a relação interpessoal, o acolhimento entre os sujeitos e as habilidades de perceber as vulnerabilidades do indivíduo, nos cenários da família e da sociedade.

ABSTRACT

SANTOS, Elizabete Bessa dos, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, March 2008. **Title: Usuários, agentes comunitários e redes de interação: características, representações e dinâmicas na prática do PSF-Amoras, Viçosa-MG.** Adviser: Paula Dias Bevilacqua. Co-advisers: Maria de Fátima Lopes and Patrícia Fernanda Gouveia da Silva.

Two decades after the Unic Sistem Health (UFH) structure, we still have the dare of his implementation in one integrated way. In the present model of basic assistance health, focused on the health strategy of family, the lived practice by professionals and assisted community is built, several times, with conflicts, difficult and obstacles so that comprehension of this phenomenon is important to have more humanity and integrated action. In this way, the present studies, with explanatory nature, aimed at the comprehension of the relation that interact in the local group of action of the Family Health Program (PSF) in Viçosa borough in Minas Gerais. The empirical research was made in Amoras district, located in the outskirts between February and December in 2006. The methodology used involves a second data consults and documents and a qualitative analysis and right observation. The presentation of this distinct groups researched revels connected representation with the way of each group understand and live with the health – illness process. We also can identify a set hierarquie between the subjects. About the function done in PSF, right connected to the technical and scientific formation apprehension of knowledge was more clearly got among the ACS and usuries. The predominance of the traditional biomedicine model in the health assistance

practice, displayed by the own doctor authority and by overvalue of medicaments that was indicated as reference to the illness state was observed. We can conclude that a change of the relationship between patients and professionals is pertinent, integrating the theoretical knowledge of the academics ways to the common sense of knowledge from this areas. Finally, we lighted two important pillars from SUS: the assistance with humanity, which seeks to respect and appreciate the participation and autonomy of the subject in actions related to the well - being and the whole principle, characterized by the assistance that hopes be beyond of the sickness and the suffering manifested so that we can understand the most important wide – ranging of the subjects. The conception of that process is directed by those pillars, can conduct to the identification of sickness problems from the assisted people, understanding the importance of the interpersonal relationship, the reception among the subjects and the comprehension skills to the individual vulnerability in the family and society contexts.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem sua origem a partir da vivência, como estudante estagiária, em um programa de extensão proposto pelo Núcleo Interdisciplinar de Estudos de Gênero¹ da UFV (NIEG/UFV), intitulado *“Saúde Sexual-Reprodutiva, Extensão Universitária e Organização Local: programa de políticas públicas para inclusão e emancipação social”*. Dentre as metas do referido programa, propunha-se realizar uma agenda de treinamento que concorresse para atualizar e ampliar os serviços e programas de saúde sexual reprodutiva, entendido em suas dimensões social e afetivo-sexual, otimizando o sistema de informação, educação e comunicação para profissionais. Iniciado em março de 2004, junto à equipe do Programa Saúde da Família (PSF) do bairro Amoras, localizado na periferia de Viçosa-MG, as atividades propostas também tinham como objetivo favorecer a relação entre universidade, profissionais da saúde e cultura popular.

Ao acompanhar as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) na rotina das visitas domiciliares, notamos que a relação com a população assistida pelo programa era complexa e repleta de significados. De fato, a adoção da estratégia ‘PSF’ como política pública de atenção à saúde da população tem favorecido a equidade e universalidade da assistência. Entretanto, não se pode assumir,

¹O Núcleo, criado em 1996, vinculado à Universidade Federal de Viçosa/ MG, realiza programas, tanto no campo do planejamento participativo, da pesquisa e consultoria técnica; bem como na área da organização e do desenvolvimento social, materializando-se em projetos que discutem gênero e suas interfaces com cidadania, educação, comunicação social e saúde. Reúne profissionais e estudantes de áreas distintas do conhecimento, professores, estudantes bolsistas, voluntários, e estudantes de pós-graduação. Com base nesse conhecimento interdisciplinar, o NIEG assessora trabalhos que têm ações propositivas de intervenção social, participando da luta por inclusão social daqueles excluídos num modelo de desenvolvimento centrado na economia (NIEG, 2004).

apenas pelas estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção. Sendo assim, fazem-se necessárias outras análises, que, inclusive, incorporem a dimensão qualitativa em processos de avaliação que tenham o interesse de conhecer especificidades das práticas de saúde e dos processos de trabalho cotidianos. Com isso, não se sugere que determinadas experiências, mesmo que exitosas, passem a ser promulgadas como modelos e, assim, reproduzidas indiscriminadamente; mas que as diferentes estratégias (re)criadas no cotidiano da atenção à saúde devam ser conhecidas e divulgadas, de forma a contribuir para a constante crítica/avaliação e consolidação conseqüente do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Nesse contexto, nos propusemos a realizar um estudo de natureza exploratória, objetivando compreender a relação (que está em permanente construção) entre os diferentes atores sociais que interagem na atuação local de uma equipe do PSF, bem como as representações sobre temas afetos a esse espaço. Buscamos apreender informações, atitudes e comportamentos determinados por dois grupos de sujeitos envolvidos, ou seja, usuários e agentes de saúde.

Ao abordar o tema proposto no estudo, verificamos a amplitude de conceitos e representações envolvidos. Analisar o processo 'saúde/doença' sob perspectivas de diferentes sujeitos, revelou-se uma tarefa reflexiva bastante complexa. Os relatos sob a forma como cada grupo interpreta suas experiências de saúde/doença podem contribuir para uma maior compreensão desse processo e das dimensões que atingem a qualidade de vida dessas pessoas, estimulando a implantação de novos programas de saúde. Nesse sentido, desconhecer ou não considerar a realidade dos sujeitos e suas ações individuais constituiu-se numa das barreiras para maior eficácia de 'velhas' ou 'novas' propostas de intervenção em saúde. Essas questões apontam para a necessidade de se buscarem "novos ângulos para uma construção partilhada de conhecimentos favoráveis à saúde e à cidadania nos contextos locais", conforme relata Rozemberg (2007).

Estruturalmente, esse trabalho está composto por quatro capítulos. Considerando o tema estudado, o primeiro capítulo descreve a metodologia utilizada na pesquisa juntamente com a caracterização dos sujeitos participantes – profissionais do PSF e usuários da área de abrangência – procurando traçar o perfil dos mesmos através de variáveis sócio-demográficas e epidemiológicas. O estudo priorizou a combinação dos dois recortes metodológicos: quantitativo – com auxílio a dados secundários e documentos de referência – e da análise qualitativa que, segundo Batista (2005):

“(...) permite uma valorização dos atores em seu modo de se ver, estar e se sentir no mundo, respeitando suas individualidades num compartilhar consciente e sistemático de aspectos subjetivos, tornando um quesito fundamental na compreensão da ação humana. Nesta perspectiva, o método torna-se um meio de instrumentalização do pesquisador em sua coleta e construção de dados. Ele abrange também o conhecimento da realidade social, dando suporte à construção de categorias analíticas e empíricas que compreendam os fenômenos sociais observados.” (BATISTA, 2005).

O segundo capítulo apresenta um breve histórico da evolução do sistema de saúde brasileiro do início do século XX até a implementação do SUS. Na discussão enfatiza-se o Movimento da Reforma Sanitária e algumas de suas conseqüências políticas e legais. Mudanças econômicas, sociais e, principalmente, conceituais foram importantes nesse processo. O capítulo finaliza discutindo um dos princípios norteadores do SUS, a integralidade, e um aspecto bastante atual, que aparece tanto nas críticas como nas prerrogativas de necessidades de mudanças no SUS, que é a humanização no atendimento.

Já o terceiro capítulo aborda Programa Saúde da Família: seu histórico, sua estrutura, sua implementação - nacional, estadual e regional – e ainda, o envolvimento dos atores sociais, enfatizando a inter-relação entre as ACS's e os usuários.

O quarto capítulo discute criticamente os resultados referentes ao estudo: as representações locais, dinâmica do atendimento, perfil do ACS e expectativas do usuário.

Antes de finalizar, cabe ressaltar o 'lugar' institucional desse trabalho, o qual foi gestado como parte das exigências para obtenção do título de mestra no

âmbito do Programa de Pós Graduação em Medicina Veterinária da UFV (PPGMV/UFV). Após sua finalização, concluímos a importância do papel do(a) profissional em Medicina Veterinária na área da saúde pública, a qual sem sombra de dúvida deve ser pensada, estruturada e operacionalizada de forma multi e interdisciplinar. No que diz respeito à atenção básica, a prerrogativa da integralidade das ações sugere e demanda a participação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, a exemplo, da medicina veterinária. Também enfatizamos o pioneirismo dessa proposta no âmbito do PPGMV/UFV, ao possibilitar, não apenas uma incursão pessoal no campo teórico-metodológico das Ciências Sociais, mas a diversificação das pesquisas aí produzidas.

Finalmente, esperamos que os resultados obtidos possam futuramente contribuir, se não para o aprimoramento de políticas de saúde pública, especificamente na atenção básica, pelo menos como exemplo da necessidade de se explorar e aproximar diferentes áreas de conhecimento na reflexão de questões relacionadas à saúde das populações.

1 O QUADRO TEÓRICO E METODOLÓGICO: Problemática, referências conceituais e procedimentos empíricos

Neste trabalho, realizamos um estudo de natureza exploratória, uma observação etnográfica, objetivando compreender a relação (que está em permanente construção) entre os diferentes atores sociais que interagem na atuação local de uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF), buscando apreender informações, atitudes e comportamentos determinados pelos sujeitos envolvidos, ou seja, usuários e agentes comunitários de saúde (ACS).

O PSF tem como pressuposto democratizar a assistência à saúde, quando desloca o profissional para o espaço familiar. Essa democratização da assistência precisa ser entendida pelos sujeitos participantes como um significado social. Nesses termos o estudo procurou: descrever como o ACS e os moradores da localidade estão ora próximos/familiares, ora distantes/estranhos, revelando expectativas distintas sobre saúde, doença, atendimento, dentre outros; analisar a satisfação dos moradores da área de atuação do programa, caracterizando o modo de produção de saúde que vem sendo construído, bem como as concepções dos agentes acerca do usuário do serviço e vice-versa e avaliar como a relação entre usuário/agente de saúde determina as práticas assistenciais e interfere nos objetivos propostos pelo PSF, contribuindo para um diagnóstico da validade do Programa.

Trad *et al.* (2002) sugerem que estudos que envolvam temas como a democratização da assistência à saúde e a satisfação de usuários, obterão melhores resultados quando se permitir uma combinação de métodos de pesquisa (quantitativos e qualitativos), superando os limites associados a cada um deles. Assim, torna-se possível privilegiar espaços para análises quantitativas, buscando captar a amplitude do fenômeno; e qualitativas, permitindo aprofundar sua complexidade. Conforme atestam autores como Minayo e Sanches (1993) e Serpa (2002) as duas abordagens de pesquisa, não se encontram em situação de oposição, e sim de continuidade e complementaridade.

Nessa perspectiva, a pesquisa empírica realizada adotou/priorizou dois recortes metodológicos. Num primeiro momento realizamos a caracterização do perfil

sócio–econômico-demográfico e epidemiológico da população em estudo, recorrendo a dados secundários obtidos a partir de consulta ao Censo Demográfico de 2001 (IBGE, 2001) e ao Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), disponível na Secretaria Municipal de Saúde. Também utilizamos documentos de referência para a compreensão da inserção do PSF na área de estudo.

Já num segundo momento, o estudo caracterizou-se como uma pesquisa qualitativa, pois, segundo Minayo *et al.* (1994):

“(...) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (...)”. (MINAYO et al., 1994).

Além disso, essa abordagem:

“(...) aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (...)”. (MINAYO et al., 1994).

Trad *et al.* (2001) afirma que as pesquisas qualitativas permitem que os usuários falem sobre o serviço de saúde a partir de um leque mais amplo de posições. Dessa forma, fica mais explícito como um serviço se apresenta ao mesmo tempo em que são focalizadas interações dos atores e contempladas considerações sobre crenças, modos de vida e concepções do processo saúde - doença.

No universo de análise em questão, a aplicação da metodologia qualitativa é indicada, pois pressupõe a compreensão da não existência de um pesquisador e um pesquisado; existem sim, atores participantes do processo, sujeitos tanto agentes da realidade social, como também moldados por ela. O confronto com todas essas subjetividades pode resultar em um exercício que torna o exótico em familiar, e vice-versa.

Como sugerido por Merleau-Ponty (1994), citado por Oliveira e Spiri (2006), ao optar por um estudo qualitativo, busca-se a essência e a significação da realidade vivenciada pelos sujeitos, visando a sua compreensão. Para isto,

empregam-se três momentos distintos: *descrição* (através da coleta dos dados), *redução* e *compreensão*.

No momento da descrição utilizamos a entrevista semi-estruturada e a observação direta. A observação direta foi empregada durante o acompanhamento das visitas domiciliares e dos procedimentos realizados na unidade básica de saúde (UBS), ambos referentes às atribuições das agentes de saúde.

Uma ficha sinóptica foi elaborada contendo algumas informações dos sujeitos do estudo - 17 usuários e cinco profissionais, selecionados conforme aceitação como participantes do estudo. Os Quadros 1 e 2 (Anexo 1 e 2) apresentam a sistematização dessas informações objetivando uma melhor visualização dos dados construídos na dinâmica do trabalho de campo. Optamos por não identificar os informantes procurando evitar possíveis constrangimentos nas respostas.

Resumidamente², dentre os 17 usuários entrevistados, cinco (29,4%) eram homens e 12 (70,6%), mulheres. Com relação ao número de filhos, os entrevistados informaram não possuir filhos ou possuir até 10 filhos. A idade média desse grupo foi de 46,7 anos, e as mulheres entrevistadas eram mais jovens (média de 40 anos) que os homens (62,8 anos). Considerando a variável escolaridade, foram entrevistadas desde pessoas analfabetas (duas mulheres e um homem) até com ensino médio completo (duas mulheres). Arbitrando-se 'anos de estudo' para as categorias encontradas para escolaridade³, o tempo médio de estudo para mulheres e homens foi semelhante: 5,8 e 6,0 anos, respectivamente. Com relação à renda familiar, esse grupo apresentou média de 1,2 salários mínimos⁴ (equivalente à, aproximadamente, R\$ 410,00). O tempo médio de residência na localidade foi de, aproximadamente, 11 anos, sendo que houve relatos de pessoas que

² Esse 'resumo' tem o propósito de agregar algumas das informações referentes aos sujeitos investigados, não tendo o objetivo de dar estatuto 'estatístico' à amostra estudada.

³ Os valores arbitrados foram: zero anos para 'analfabeto'; quatro anos para 'ensino fundamental incompleto'; oito anos para 'ensino fundamental completo'; 10 anos para 'ensino médio incompleto' e 12 anos para 'ensino médio completo'.

⁴ O salário mínimo na época da realização do estudo era de R\$ 350,00.

residiam há três meses até 31 anos. Nesse grupo, a maioria (88,3%) relatou pertencer à religião católica e o restante (11,7%) era evangélico.

Dentre as profissionais do PSF entrevistadas, totalizando cinco mulheres, a idade média foi de 39 anos, sendo a maioria (80%) católica, sendo que uma não possuía religião. Todas as mulheres relataram ser casadas e ter de um a três filhos (média de dois filhos). A escolaridade relatada pelas profissionais foi de pelo menos possuírem ensino médio completo e a renda familiar média foi igual a 3,3 salários mínimos (equivalente à, aproximadamente, R\$ 1.140,00). Dentre as atividades exercidas no PSF, foram entrevistadas duas agentes comunitárias de saúde, uma auxiliar de escritório, uma auxiliar de consultório dentário e uma técnica de enfermagem, sendo o tempo médio de trabalho no Programa igual a sete anos. Com relação ao local de moradia, apenas uma profissional relatou residir na localidade há 29 anos.

As entrevistas (Anexo 3) - realizadas individualmente, entre fevereiro e dezembro de 2006 - foram conduzidas tanto com os profissionais de saúde como com os usuários, identificados a partir do acompanhamento das visitas domiciliares realizadas pelas ACS. As entrevistas foram gravadas, com posterior transcrição literal, sendo que, sempre antes de iniciá-las, foi solicitada autorização para realizar a gravação.

Durante o acompanhamento das ACS nas visitas domiciliares, inicialmente, minha intenção era contribuir com algum conhecimento técnico sob temas que tenho maior domínio – na medicina veterinária. Essa experiência se mostrou como uma grande possibilidade de estudo. A relação construída e estabelecida entre os usuários e os profissionais da saúde – principalmente as ACS – revelou-se bastante significativa. O que aparentemente parecia ser uma visita rotineira de trabalho, quando analisada sob aspectos qualitativos, demonstrou a riqueza da inter-relação entre esses atores sociais. E foi justamente isso que me instigou.

A análise do material obtido a partir das entrevistas levantou significativo volume de informações, que após sucessivas leituras e classificações foi

organizado em torno dos seguintes temas, sobre os quais procuramos apreender nosso objeto:

Profissionais de Saúde: Determinantes do processo saúde-doença. Concepções sobre o Programa Saúde da Família. Concepções sobre a população atendida. Concepções sobre o ACS. Rotina de trabalho. Visita domiciliar. Avaliação do trabalho. Resolutividade. Relacionamento com o restante da equipe.

Usuários do programa: Determinantes do processo saúde-doença. Concepções sobre o Programa Saúde da Família. Concepções sobre o ACS. Concepções sobre o trabalho no posto de saúde. Visita domiciliar. Resolutividade.

Meu processo de aproximação e de inserção no campo não representou uma etapa complicada. O trabalho realizado pelo NIEG junto as ACS's – já mencionado na Introdução – contribuiu, sobremaneira, nessa fase de contato com os profissionais. Com relação aos usuários, eram-me apresentados pelas ACS's em suas casas, nas visitas domiciliares. Isso facilitou minha 'entrada' na vida daqueles sujeitos.

O acompanhamento das vistas, desenvolvido mediante a adoção da técnica de observação direta, foi realizado procurando identificar em quais momentos/situações os sujeitos se aproximam/distanciam, além de possibilitar conhecer os atos, a dinâmica espontânea dos indivíduos, sua prática e seu cotidiano, contribuindo para aprofundar a compreensão do fenômeno investigado. Segundo Batista (2005), a observação direta da realidade empírica é um momento de suma importância para a compreensão do universo de análise (como este em questão), um momento que se materializa para além das vozes dos sujeitos envolvidos no estudo. Sem dúvida, um momento rico da prática social da pesquisa que proporciona o confronto das subjetividades; explicitando seus limites e suas potencialidades.

Na observação direta, tanto das atividades realizadas na UBS quanto durante as visitas, procuramos não interferir nos procedimentos realizados pelos profissionais. Os dados provenientes foram registrados em um diário de

campo. Os seguintes tópicos foram utilizados como orientação e foram selecionados a partir da própria vivência nas visitas domiciliares:

Diante dos(as) Profissionais de Saúde (ACS): Concepções sobre a população atendida. Relações com as famílias (e localidade), dentro e fora da UBS. Relações com as famílias (e localidade), durante as visitas domiciliares (respeito, consideração, escuta, compreensão, privacidade das informações, acolhida, gentileza por parte dos profissionais da equipe). Compromisso com a população adscrita (família como unidade de trabalho, característica da atenção prestada pelo programa, paciente como sujeito, compreensão integral do paciente, desenvolvimento da autonomia do paciente, prevenção da doença e promoção da saúde). Compartilhamento das informações relativas a um dos membros da família com os demais. Concepções sobre a equipe do PSF. Relações com a equipe, dentro e fora da UBS. Compartilhamento das informações relativas ao usuário e à família com o restante da equipe do PSF. Resolutividade dos serviços e continuidade do atendimento (acesso a medicamentos básicos e retorno dos resultados de exames laboratoriais). Estrutura na UBS para a realização das visitas domiciliárias. Rotina de trabalho. Repasse ou discussão com a comunidade⁵ dos dados obtidos no cotidiano da atenção básica no PSF.

Diante dos usuários do PSF: Necessidades, carências e demandas associadas à saúde. Concepções sobre os ACS. Relações com os ACS na UBS. Relações com os ACS durante as visitas domiciliares (respeito, consideração, escuta, compreensão, intimidade, confiança). Acesso dos(as) ACS a informações relativas à intimidade da vida familiar e conjugal. Interferência da equipe no estilo de vida das famílias ou usuários. Concepções sobre a equipe do PSF. Relações com a equipe, dentro e fora da UBS. Participação comunitária no planejamento e na tomada de decisões.

⁵ O termo comunidade trás em si diferentes significados e percepções suscitando reflexões e análises embasadas por diferentes campos disciplinares. Assim, o uso do termo em sua dimensão 'físico-espacial', como sinônimo de localidade; a dimensão política, a qual remete à conformação de uma sociedade organizada e o exercício da participação popular; a dimensão ideológica, onde aparecem, referências (auto-classificatórias ou não) a 'povo' e 'pobreza' e a dimensão acadêmica, proposta em alguns textos (para maiores detalhes consultar Wong Wu, 2002; Gouveia *et al.*, 2007). No contexto desse trabalho, o termo 'comunidade' será utilizado como referência à área de abrangência da equipe do PSF do bairro Amoras.

Após a descrição, a investigação prosseguiu-se com as etapas de redução e compreensão:

- *Redução*. Visou determinar e selecionar quais as partes da primeira etapa (momento da descrição) foram consideradas essenciais. Realizou-se a partir dos depoimentos coletados e transcritos, refletindo sobre as falas, procurando extrair sua essência.
- *Compreensão*. Revelou o 'significado' dos depoimentos que é essencial na descrição e na redução, como uma forma de investigação da experiência. Com a essência e a fala dos sujeitos, foram interpretados os temas propostos, realizando uma síntese das unidades significativas encontradas e suas convergências, divergências e idiossincrasias (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

O período de acompanhamento das visitas domiciliares e dos procedimentos realizados na UBS, aproximadamente 12 meses, caracterizando uma presença quase 'já familiar' no ambiente pesquisado, foi essencial para o estabelecimento de uma relação mais pessoal entre os sujeitos envolvidos no estudo. Esse período serviu para amenizar alguns limites nos métodos qualitativos, citados por Minayo *et al.* (1994), em relação à entrada em campo. Segundo os autores citados, entrevistas face a face costumam inibir a espontaneidade de pacientes e familiares por medo de sofrer represálias, além de consumir bastante tempo para que se estabeleça uma boa relação entre pesquisador e usuários.

Conforme Batista (2005), o processo de 'proximidade' com o campo promove maior amplitude na compreensão dos fenômenos vividos pelos sujeitos em sua totalidade, suscitando novas questões e remodelando o próprio objeto de estudo, suas hipóteses e questões, auxiliando na própria identificação dos 'informantes-chaves'. O estabelecimento de uma relação mais próxima com o 'objeto' de estudo particulariza esse processo, uma situação de interação entre subjetividades distintas que simultaneamente o observador pode modificar e também ser modificado.

A área de abrangência dessa Unidade de Saúde inclui uma zona rural e seu acompanhamento só é possível quando disponível o veículo da prefeitura –

insuficiente para atender toda a demanda, inclusive das demais equipes de PSF's do município. Na realização do trabalho de campo algumas dificuldades também apareceram. O deslocamento para o local do estudo e o acompanhamento das visitas eram dificultados e até impossibilitados devido à chuva. Apesar disso tudo, o período que permaneci no campo foi suficiente, resultando em bastante informação para posterior análise.

Um aspecto a ser considerado na pesquisa qualitativa remete à questão da alteridade. De fato, de acordo com Minayo e Sanches (1993), uma vez que a pesquisa qualitativa promove uma aproximação entre sujeito e objeto, de natureza comum, é preciso diferenciar a compreensão que se tem do outro e da realidade, da compreensão introspectiva de si mesmo. Esse aspecto pôde ser contornado com a preparação da pesquisadora para estudos onde a metodologia qualitativa é abordada. Nesse sentido, tive a oportunidade de acompanhar alguns trabalhos desenvolvidos pelo Núcleo Interdisciplinar de Estudos de Gênero (NIEG), no bairro Amoras e com a equipe de PSF local, sobre temas relacionados aos direitos e saúde sexual reprodutiva, em estágios realizados no Núcleo durante a minha graduação. Também, já como estudante de mestrado, participei do curso "Metodologia na Pesquisa Qualitativa", em 2004, promovido pelo Departamento de Economia Doméstica da UFV.

Um questionamento comumente feito a pesquisas qualitativas é sobre a representatividade da fala individual em relação ao coletivo. A esse respeito, Minayo e Sanches (1993) comentam que, ao contrário do que se possa imaginar, embora técnicas qualitativas se valham de uma amostra reduzida de sujeitos, elas não produzem, necessariamente, medidas exclusivamente individuais. Teóricos sociais têm mostrado que falas individuais são tecidas de material ideológico; são tramas de todas as relações sociais e acompanham as mudanças sociais de um grupo. Sendo assim, em apenas uma fala está contida toda a representação de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. Segundo os autores Castro e Bronfman (1997), citados por Serapioni (2000), os métodos qualitativos permitem generalizar sobre as características conceituais, sem pretender generalizar em termos numéricos.

"No estudo de processos sociais de um reduzido grupo de casos, busca-se obter informações que nos permitem teorizar sobre o processo que nos interessa, sem pretender saber quanto aqueles processos sociais são freqüentes dentro da sociedade" (CASTRO; BRONFMAN, 1997, citados por SERAPIONI, 2000).

A validade externa de uma pesquisa se baseia nos recursos do sentido comum que refletem a normalidade predominante entre os sujeitos estudados. Castro e Bronfman (1997), citados por Serapioni (2000), comentam que na mesma linguagem dos entrevistados é que se torna possível a generalização dos achados, pelo menos nas comunidades que compartilham as mesmas características socioeconômicas e culturais dos sujeitos analisados. Na mesma linha, estão as reflexões de Minayo e Sanches (1993), quando afirmam que a fala dos entrevistados:

"(...) torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos" e reproduz as *"representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas."* (MINAYO; SANCHES, 1993).

Finalmente, com relação aos aspectos éticos, toda pesquisa, conduzida em qualquer área do conhecimento e que envolva a participação de seres humanos como 'objetos' da investigação, deve necessariamente ser revisada, em seus aspectos científicos e éticos, por uma instância que tenha competência adequada e reconhecida. No Brasil, este papel cabe ao conjunto formado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP's), cuja tarefa consiste em analisar, de maneira *crítica e imparcial*, as ferramentas científicas (conceitos, teorias, paradigmas); os materiais e métodos; os valores e as crenças sobre o correto e incorreto, o justo e o errado, diretamente envolvidos pela pesquisa, seja ela pertencente ao âmbito das ciências naturais ou àquele das ciências sociais. A Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 e outras complementares (BRASIL, 1996; 1997a; 1997b; 1999; 2000a; 2000b; 2002) contêm as diretrizes para a atuação correta dos CEP's, "colegiados multidisciplinares, multiprofissionais e independentes" (SCHRAMM, 2004). O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFV tendo sido aprovado (Anexo 4). O consentimento em participar do estudo foi obtido em todos os casos,

após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 5) pela pessoa entrevistada e pela pesquisadora.

Breve descrição sobre o campo empírico

“Viçosa se caracteriza pela exacerbação dos traços de desigualdades sociais e espaciais que, nas décadas anteriores se mostravam evidentes, mas não com tanta intensidade como nesta década.” (RIBEIRO FILHO, 1997).

Localizado na Zona da Mata Mineira, o município de Viçosa ocupa uma área de 300,2 Km², com uma população de 73.121 habitantes (VIÇOSA, 2006). Esse município tem experimentado um surto de crescimento significativo nos últimos tempos, principalmente com a criação de novos empreendimentos que vêm atraindo considerável número de pessoas para a cidade. A população urbana de Viçosa vem crescendo desde os anos 50, em mais de 80% em cada década. Não obstante os benefícios daí decorrentes, impactos negativos já são percebidos em diversas áreas, sobretudo no que tange à infra-estrutura, ao meio ambiente, ao trânsito e à segurança.(CENSUS, 2006; RIBEIRO FILHO, 1997).

Os dados levantados pelo CENSUS (2006) demonstram que 55,75% da renda se concentram entre os 20% mais ricos da população urbana, enquanto, apenas 3,38% estão concentrados nos 20% mais pobres, evidenciando, claramente, a má distribuição de renda entre a população de Viçosa.

No município de Viçosa, inicialmente, foram implantadas três equipes de PSF: uma no bairro Nova Viçosa, a segunda no bairro Amoras e a terceira no distrito de São José do Triunfo. Os beneficiários diretos, os moradores dos bairros e distrito atendidos pelo PSF, representavam, aproximadamente, 3.500 moradores em Nova Viçosa, 3.200 moradores em São José do Triunfo e 2.500 moradores no bairro Amoras. Viçosa contava, também, com o PACS, formado por, aproximadamente, 20 agentes de saúde que atuavam em áreas centrais do município (NIEG, 2004). No ano de 2006, novas equipes de PSF foram estruturadas, compondo, atualmente, um total de 13 equipes atuantes no município, com 77 ACS. Os beneficiários diretos, os moradores dos bairros e

distrito atendidos pelo PSF, representam 61,3% da população total do município.

A área de abrangência do PSF de Amoras foi eleita como campo empírico para a realização da pesquisa. De acordo com pesquisa do CENSUS (2006), na região de Amoras, o grupo de pessoas com instrução inferior ao ensino fundamental completo chega a 80%. Dentro do município, a região apresenta uma das menores rendas média e per capita. Possui altos índices de analfabetismo e baixa escolaridade e mais de 13% da população economicamente ativa se apresenta desempregada.

No período referente ao estudo, o ano de 2006, a equipe do PSF de Amoras era constituída por: uma médica, uma dentista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário, uma auxiliar de escritório, uma auxiliar de serviços gerais e seis agentes de saúde. A unidade tem seu atendimento estendido à população dos seguintes bairros: Amoras, Boa Vista (Morro do Escorpião), Vau-Açu e Córrego São João sendo que cada agente assistia a um número de famílias, variando de 130 a 160 famílias. O público alvo era composto por pessoas de diferentes sexos e profissões, das mais diversas faixas etárias (0 a 80 anos).

Esses aspectos nos permitem caracterizar essa região como de grande vulnerabilidade, podendo ser considerada como um bolsão de pobreza e analfabetismo, uma dentre outras áreas periféricas no município de Viçosa. Para além da descrição a partir dos dados secundários, durante o trabalho de campo pude, de fato, constatar os aspectos mencionados, havendo predomínio de uma população visualmente carente de bens materiais, residindo em moradias com estruturas precárias.

Entretanto, mesmo para essa região específica do município, diferenças são evidentes: parte do bairro, notadamente a área 'central' apresentava boas condições de infra-estrutura urbana (ruas calçadas, esgotamento sanitário, transporte coletivo, coleta de lixo), porém a região mais periférica apresentava nítidos problemas, como falta de calçamento nas ruas, esgoto a céu aberto, ausência de transporte coletivo, dentre outros. Também pude perceber no

bairro, a existência de moradias mais bem estruturadas, onde residiam pessoas com melhores condições econômicas. Percebe-se que o bairro em questão reproduz em um menor nível, as diferenças/desigualdades percebidas no município de Viçosa, e por que não, na grande maioria dos municípios brasileiros.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: gênese, princípios e características

2.1 SUS: Uma reformulação da política de saúde no Brasil

A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, tem um conceito positivo, enfatizando os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (BRASIL, 2002a). No Brasil, esse conceito ampliado de saúde, foi constitucionalizado em 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, sua formulação é o resultado de uma extensa trajetória pela qual o sistema de saúde brasileiro tem percorrido ao longo dos anos. Neste capítulo buscamos abordar essa trajetória considerando como ponto de partida as primeiras décadas do século XX, na tentativa de possibilitar melhor entendimento a respeito da necessidade de reorientação do modelo assistencial à saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como "*estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez*" (OMS, 1946). O conceito de saúde, portanto, não é compreendido como apenas ausência de doença, e sim como um conjunto de fatores e condições que, somados, garantem uma melhor qualidade de vida ao ser humano, possibilitando uma interação favorável com o meio ambiente e com os avanços tecnológicos.

No início do século XX até 1965, o sistema de saúde transitou, em termos de modelo assistencial, ou seja, das formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde, do 'sanitarismo campanhista'⁶ para o modelo 'médico-assistencial privatista'⁷, até chegar, no final dos anos 80, ao modelo plural, hoje vigente, o SUS. Esta trajetória é determinada, de um lado, por questões estruturais e, de outro, pela própria concepção de saúde vigente na sociedade, num determinado momento.

Durante o domínio do modelo agroexportador, destacando-se a monocultura cafeeira, o sistema de saúde ficou conhecido como sanitário campanhista e

⁶ Esse modelo prioriza as ações de campanhas, programas especiais e de vigilância epidemiológica e sanitária (Teixeira *et al.* 1998).

⁷ A ênfase desse modelo é na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (Teixeira *et al.* 1998).

fundamentava-se na *teoria dos germes*, monocausal, cuja concepção de doença baseava-se em uma relação linear entre agente e hospedeiro. Os problemas de saúde só poderiam ser resolvidos através de barreiras que quebrassem esta relação. Para isto, as ações implementadas - de cunho militarista, com forte concentração de decisões e estilo repressivo de intervenções - buscavam uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação (MENDES, 1996).

A partir do Governo Juscelino, o Brasil vivenciou um processo de industrialização acelerado, provocando um crescimento dos centros urbanos e gerando uma massa operária com necessidades crescentes, principalmente em relação à saúde. Para o sistema de saúde, o foco já não era mais os espaços de circulação das mercadorias, mas o corpo do trabalhador, garantindo sua capacidade produtiva. Nesse período, observou-se um crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações campanhistas, gerando, na metade da década de 60, o modelo médico-assistencial privatista. Esse modelo foi sendo gestado paralelamente a um movimento de crescente integração e universalização da Previdência Social: das Caixas de Aposentadorias e Pensões da década de 20, aos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos anos 30 a 60, até o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). A criação do INPS, em 1966, juntamente com a promulgação da Lei 6.229 em 1975 - que institucionalizava o modelo médico-assistencial privatista - consolidaram sua hegemonia, cujas principais características eram: i) o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; ii) a criação, por meio da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial, orientada para a lucratividade. Em 1977, criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social e, com ele, a organização símbolo do modelo médico, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (MENDES, 1996).

Esse modelo assistencial, com enfoque biologicista, privilegiava uma medicina de alto custo e não considerava as dimensões sócio-econômicas e culturais

envolvidas no processo saúde-doença. Dentre outras, citam-se algumas características marcantes da época desse modelo: fracasso do modelo prestador de serviços; privatização da assistência médica; crise financeira da previdência social; altos índices de desemprego e perfil epidemiológico da população caracterizado por altas taxas de mortalidade materna e infantil, aumento das doenças infecto-contagiosas e altos índices de acidentes de trabalho (DIMENSTEIN, 1998, citado por CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005). Fortes críticas de setores acadêmicos (Universidades, Departamentos de Medicina Preventiva e Social e Escolas de Saúde Pública) e de setores da sociedade civil geraram uma grande mobilização social. Isso levou, já na década de 80, a um processo de reforma da política da saúde no Brasil - Movimento da Reforma Sanitária - tendo como atores centrais, sanitaristas reformistas, constituído por um grupo organizado e heterogêneo de profissionais, intelectuais e burocratas da área de saúde (COTTA *et al.*, 1998).

Além de representar uma mudança na compreensão do processo saúde-doença, estabelecendo um conceito positivo de saúde, essa reforma enfatizou princípios como a equidade e a eficiência, reconhecendo, igualmente, o direito à saúde de todos e garantindo uma melhor alocação e distribuição dos recursos. Segundo Viana *et al.* (2003), diante de um quadro social marcado pelas desigualdades sociais, como no caso brasileiro, ambos os termos, equidade e eficiência, podem ser traduzidos na focalização de grande parte da população: os que se encontram em condições de desvantagem social e, por isso, os que talvez mais precisem de atenção à saúde.

Teixeira (1989), citado por Goulart (1993), se refere à Reforma Sanitária tanto como um processo de transformação normativa e institucional quanto um deslocamento efetivo de poder político em direção às classes populares. Portanto, tal processo de reforma abrange a ampliação da consciência sanitária da população; a construção de novos sistemas, fundados na determinação social da saúde-doença e suas práticas, inclusive no que tange às questões éticas; e a implementação de instrumentos gerenciais que não percam a referência da democratização geral da sociedade e da luta pelos direitos em saúde.

O desenvolvimento dos conceitos da Reforma Sanitária culminou, em março de 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Podemos considerá-la, sem dúvida, como um grande marco histórico no processo de reformulação da política de saúde nacional. Nesse momento, chegou-se ao consenso que, no Brasil, uma intensa reforma, tanto administrativa, financeira e jurídico-institucional, se fazia necessária, contemplando a ampliação do conceito de saúde resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Firmou-se um conceito de saúde em que pode ser destacada a valorização do processo histórico e do estágio de desenvolvimento produtivo da sociedade, bem como dos componentes de organização e ação política da população em sua luta pela obtenção de melhores condições de vida e de saúde. Teixeira (1989), citado por Goulart (1993), ressalta que a VIII CNS se constituiu como um evento *"ao mesmo tempo resultante/indutor das formas de organização social da produção e da luta política"*. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988.

Em 03 de outubro de 1988, foi promulgada a nova Constituição Federal, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) e enunciando as seguintes garantias para sistematização das ações e dos serviços destinados à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva: i) a universalidade da cobertura e do atendimento, tendo como princípio a equidade da assistência; ii) a descentralização da gestão administrativa com garantia de participação comunitária; iii) a integração da rede pública de serviços num sistema único; iv) a possibilidade de participação complementar do setor privado de serviços no sistema público de saúde; v) o cofinanciamento dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; vi) a direção única nas esferas de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios); vii) a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo (BOSSERT *et al.*, 2000).

Em 1990, foi publicada a chamada Lei Orgânica da Saúde Brasileira, composta de duas Leis Complementares à Constituição: a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro, tratando do processo de descentralização, das competências das diferentes esferas de governo e da organização do Sistema, e a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro, versando sobre a participação da comunidade e os mecanismos de transferência de recursos financeiros às demais instâncias de gerência, estabelecendo a previsão de remessas regulares e automáticas do governo federal.

Como forma de regulamentar a transição entre o antigo modelo organizacional e o SUS, o Ministério da Saúde vem utilizando instrumentos normativos, as Normas Operacionais Básicas (NOB), com o objetivo de regular as transferências de recursos financeiros da União para os Estados e Municípios, o planejamento das ações de saúde e os mecanismos de controle social (BOSSERT *et al.*, 2000). A publicação das NOB's garante as condições de negociação para viabilizar a descentralização e, conseqüentemente, a construção do SUS.

Se quisermos utilizar apenas uma palavra para caracterizar as mudanças do Sistema de Saúde promulgadas na Constituição de 1988, poderíamos apontar a palavra inclusão. Ela permite definir a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde quando, a partir da reformulação do arcabouço constitucional, ficam inscritos os princípios de universalidade, equidade e integralidade das ações, o que garante a qualquer cidadão, em território nacional, ser atendido pela rede de serviços públicos de saúde. Tal fato - contrariamente ao modelo anterior, de cunho claramente excludente, centrado na doença e que privilegiava uma medicina de alto custo - posiciona o Brasil ao lado dos países que pautam seus sistemas de saúde em valores de solidariedade e cidadania (BRASIL, 2003).

Atender às necessidades e aos anseios da população foi a motivação básica para a criação do SUS. As dificuldades não residiam apenas no arcabouço institucional, isto é, no conjunto de leis existentes à época, que dava prioridade ao modelo em que a atenção previdenciária era o principal foco da política pública. Há que se considerar, entre as heranças recebidas pelo SUS,

em décadas de estruturação do setor saúde, a cultura organizacional, os diversos interesses financeiros e comerciais incompatíveis com o interesse público, e uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos. Esses padrões institucionais conformaram um conjunto de pressupostos e valores de difícil, e lenta, transformação, a despeito de existirem propósitos políticos de mudança da parte da maioria dos atores sociais envolvidos no setor (CAMPOS, 2003).

No que tange aos modelos assistenciais, de fato, o processo de implantação do SUS, tem revelado tentativas marcadas pela manutenção ou reprodução conflitiva de modelos hegemônicos e esforços de construção de 'modelos alternativos'. De um lado, percebe-se que modelos clássicos como o modelo médico-assistencial privatista, e, de outro, o modelo sanitarista disputam espaço com novas propostas.

Esses esforços, segundo Teixeira *et al.* (1998), têm se acumulado, primordialmente, no exercício da prática da saúde nos municípios, contemplando tentativas de articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em uma dupla dimensão, o indivíduo e o coletivo. Além dessa preocupação, os 'modelos alternativos' incorporam métodos, técnicas e instrumentos característicos dos campos de saber da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde.

Dessa forma, pretende-se a construção de um modelo de atenção à saúde voltado para a 'qualidade de vida', traduzido no que se convencionou chamar 'Vigilância da Saúde', entendida como eixo de um processo de reorientação do(s) modelo(s) assistencial(ais) do SUS. A nova perspectiva que se constrói aponta, na verdade, para a mudança do modelo de saúde centrado na doença, para o paradigma da saúde centrado na qualidade de vida e desenvolvimento global das comunidades com participação dos cidadãos.

Daí, se considerar atualmente, que o SUS estaria ainda em gestação, especialmente por existir há pouco mais de uma década. Em se tratando do setor saúde, porém, é justificável a impaciência verificada com relação à

lentidão com que se dão as mudanças, frente às urgências da população por mais saúde (CAMPOS, 2003).

2.2 Descentralização das ações e promoção da saúde: estratégias para consolidação do SUS

Segundo o artigo 198 da Constituição Federal, as ações e serviços públicos de saúde organizam-se de acordo com as principais diretrizes, dentre outras: descentralização das ações e prioridade para atenção primária, sem prejuízo para os serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

A descentralização fundamenta-se como estratégia para a consolidação do SUS uma vez que garante a participação e controle social de forma mais efetiva, e rompe com a centralização das políticas governamentais. Através dessa diretriz é possível criar condições para uma maior autonomia do nível local no uso dos recursos e na definição e implementação das políticas, com maior acesso e controle pelos setores organizados da população.

De acordo com Hortale *et al.* (2000):

"Na dimensão política, a descentralização não é considerada um valor e um fim em si mesma, mas uma condição necessária para melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a participação, a qualidade, a sustentação e a equidade no campo da saúde. Consideramos que um sistema de saúde descentralizado, em uma dinâmica de transferência de recursos e autoridade às diferentes instâncias do sistema de saúde, causa um impacto positivo na gestão e nas diferentes modalidades de atenção (...)." (HORTALE et al., 2000).

Com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde essa diretriz recebe a configuração de municipalização, onde os municípios assumem a gerência do sistema local de saúde e o papel de prestadores de serviços, com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados (MENDES, 1999). O processo de descentralização trouxe consideráveis avanços, especialmente na atenção primária⁸ à saúde, pela capacidade em atuar de forma precisa nos problemas de saúde.

⁸ A atenção primária compreende o conjunto de ações de caráter individual ou coletivo situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e voltado para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (ZOBOLI; FORTES, 2004).

Tangendo a atenção primária, a promoção da saúde representa uma possibilidade concreta tanto para fortalecer quanto para fundamentar a consolidação do SUS (BRASIL, 2002b). Promoção da saúde deve ser compreendida e operacionalizada numa perspectiva dialógica entre o 'prestador do serviço de saúde' e 'o usuário' desse serviço, na medida em que se caracteriza pelo processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Conforme explicitado no Projeto Promoção da Saúde (BRASIL, 2002a), as ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições de vida - fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos - sejam cada vez mais favoráveis.

Assim, a promoção da saúde fundamenta-se como um campo teórico prático-político, que focaliza sua atenção dos profissionais de saúde para os sujeitos, formuladores de sua própria vida, com autonomia suficiente durante o processo do cuidado à saúde. Sujeitos, estes, capazes de identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar, favoravelmente, o meio ambiente em prol de um estilo de vida mais saudável. De acordo com Campos *et al.* (2004), a promoção da saúde, como uma política, deve se comprometer com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos – usuários e profissionais de saúde – como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundos.

A elaboração de uma política de promoção da saúde deve basear-se nas especificidades da realidade brasileira. De acordo com a NOB/96, ela deve apresentar como bases para sua estruturação: i) a participação efetiva da população, favorecendo a criação de vínculos entre o serviço e os usuários; ii) as ações de saúde devem ser centradas na qualidade de vida das pessoas e no seu meio ambiente, bem como nas relações da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com as famílias; iii) o modelo epidemiológico que incorpora, como objeto de ação, as pessoas, o ambiente e os comportamentos interpessoais; iv) o uso de tecnologias de educação e de comunicação social, essenciais em qualquer nível de ação; v) a construção da ética coletiva que

possibilita modificações nos fatores determinantes, estimulando as pessoas a serem agentes de sua própria saúde; vi) as intervenções ambientais que promovam, protejam e recuperem a saúde (BRASIL, 2002b).

Nesse contexto, onde a promoção da saúde e sua descentralização são etapas fundamentais para a consolidação do SUS, o Ministério da Saúde, em 1994, propôs o Programa Saúde da Família.

2.3 SUS: A busca pela integralidade e humanização no atendimento

2.3.1 Integralidade: um dos pilares do Sistema Único de Saúde

Quando se considera a abrangência do conceito de integralidade que prevê, de forma articulada, a oferta de ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação – segundo a dinâmica do processo saúde-doença - pode parecer uma contradição a definição transcrita no texto constitucional: *Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais* (BRASIL, 1988).

A prioridade atribuída à prevenção tem, nesse particular, uma forte conotação política, e leva em consideração a trajetória da atenção à saúde no Brasil. O texto constitucional busca resgatar a enorme dívida do sistema de saúde diante da prevenção das doenças da população brasileira. Assim, o fez para dar um sentido de mudança à forma como, historicamente, se desenvolveu a assistência à saúde no Brasil. As organizações do setor sempre dividiram suas ações em médico-assistenciais e preventivas e, por sua vez, tiveram pesos distintos no sistema, e foram oferecidas de maneira desigual. Hoje, busca-se oferecer assistência integral através de uma maior articulação das práticas e tecnologias relativas ao conhecimento clínico e epidemiológico (CAMPOS, 2003).

As respostas governamentais às doenças, assim como as próprias doenças a serem incluídas na agenda governamental, tradicionalmente eram fundamentadas pelo saber técnico, particularmente pelo saber produzido pela saúde pública. Assim, caracterizavam-se pela “centralização de sua formulação, pela verticalização de sua implementação e por um caráter

autoritário" (MATTOS, 2003, citado por ALVES, 2005). Em consequência, essas respostas, que assumiam a forma de programas especiais de saúde pública, atravessavam os serviços e as práticas de saúde atropelando muitas vezes as necessidades específicas e reais da população assistida (PAIM, 2003).

Já a assistência clínica se organizou, notadamente a partir da década de 1950, em hospitais da previdência social voltados para a atenção aos trabalhadores do mercado formal. Sua tarefa primordial era o atendimento médico, especializado e individual, em termos de tratamento e reabilitação. Existiu, portanto, uma histórica dicotomia entre as ações de caráter hospitalar e curativo, de um lado, e as ações do campo da saúde coletiva, de cunho mais preventivo e coletivo, de outro. E essa divisão não se deu apenas nas estruturas administrativas. A assistência médica hospitalar contava com vultosos recursos da máquina previdenciária, enquanto a saúde pública era financiada por escassos recursos do Tesouro Nacional ou fomentos oriundos de organismos internacionais (CAMPOS, 2003).

Porém, o processo de municipalização da saúde no Brasil abriu novas perspectivas nesse campo, e é fruto da participação das comunidades e dos movimentos sociais. Leis e decretos mais recentes, relativos a novas formas de financiamento e de gestão do sistema de saúde brasileiro, melhoraram as condições para que o gestor municipal possa cumprir o preceito constitucional da integralidade. Adicionalmente, contempla com mais recursos os municípios que implantarem formas de assistência inovadoras tais como as equipes de saúde da família, a assistência ao desnutrido, a farmácia básica, os centros de controle de zoonoses, dentre outros (CAMPOS, 2003).

Neste nível, a assimilação da integralidade na organização dos serviços e das práticas repercutiu na identificação dos problemas de saúde a serem enfrentados pelas equipes a partir do horizonte da população atendida, priorizado a relação interpessoal, o acolhimento entre os sujeitos, podendo ser apreendida como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso da busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta) (SANTOS; ASSIS, 2006).

Seguindo esta lógica, a UBS passaria a organizar sua demanda, de acordo com as necessidades e prioridades – e não somente atrelada a programas verticalizados de abrangência nacional que não caracterizam o real perfil epidemiológico da região.

Um segundo aspecto ligado à integralidade refere-se à garantia de acesso, do indivíduo, aos diversos níveis de atenção, primário, secundário e terciário. A idéia de que níveis de complexidade estejam relacionados diretamente, com menor ou maior grau de especialização, leva à idéia de a atenção primária à saúde apresentar menor grau de dificuldade ou exigir menor grau de conhecimento ou habilitação. Isso é um equívoco, pois o nível de complexidade mais básico do sistema está relacionado com a necessidade de conhecimentos mais abrangentes, enquanto os níveis secundário e terciário são mais específicos ou parcelados/especializados, e usam intensivamente procedimentos baseados em aparelhos e exames. No nível primário, são utilizadas intervenções com enfoque preventivo, comunitário e coletivo, destinadas a atender aos problemas mais comuns da população. Por envolverem determinação múltipla, necessitam de um conhecimento muito diversificado dos profissionais, pois, nesse nível, trabalha-se segundo a lógica da multicausalidade (CAMPOS, 2003).

A prática em saúde, visando a integralidade das ações, introduz os aspectos singulares do indivíduo, da família e da comunidade na condução terapêutica, através do compartilhamento de saberes entre trabalhador e usuário, como forma de garantir resultados mais eficientes no processo de cura e, ou, no controle das morbi-mortalidades. As pessoas, então, são encarados como sujeitos. A atenção e o olhar profissional devem ser totalizadores e levar em conta as dimensões biológica, psicológica e social, com apreensão do sujeito não fragmentado. Esse modo de entender e abordar o indivíduo baseia-se na teoria holística, integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social, considerados separadamente (CAMPOS, 2003; ALVES, 2005).

Sendo assim, a integralidade, contrapondo a abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos, contribui para a reorientação do modelo

assistencial à medida que orienta uma intervenção integral sobre momentos distintos do processo saúde-doença. Caracteriza-se pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

Ainda em conformidade com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir à assistência curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas. A responsabilização diante dos desafios do processo saúde-doença é a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um; é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários (ALVES, 2005).

Como afirma Contandriopoulos (1995):

"A separação entre a medicina exclusivamente curativa e as ações essencialmente preventivas sobre o ambiente e sobre hábitos de vida não parece mais ter fundamentação. A melhoria da saúde da população depende, assim, em proporções desconhecidas, da qualidade do ambiente, da prosperidade geral do país e dos serviços de saúde realizados pelo sistema de tratamento"
(CONTANDRIOPOULOS, 1995).

Porém, para se alcançar a integralidade no sistema de saúde faz-se necessário que os gestores municipais, estaduais e federais passem a dar prioridade a este princípio. Implica perguntar se, na prática cotidiana da gestão e da operação do sistema de saúde, seus pressupostos têm sido respeitados. Existem diversos mecanismos os quais o gestor pode lançar mão para que este princípio seja cumprido. Nesse sentido, Giovanella (2000), citado por Campos (2003), buscou sistematizar e apresentar uma metodologia para avaliar se os sistemas municipais de saúde são mais, ou menos, integrais. Como ponto inicial, essa forma de organizar o sistema depende da vontade política, ao se definirem prioridades, e também de mudanças organizacionais e da forma de gestão do sistema de atenção. Em suma, os sistemas integrais de saúde deveriam atender a algumas premissas básicas, quais sejam: a primazia das ações de promoção e prevenção; a garantia de atenção nos três níveis de

complexidade da assistência médica; a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo e famílias.

Apesar de muito bem definida e caracterizada em textos técnicos e políticos, a discussão teórica sobre integralidade, em verdade, ainda é recente. De uma forma geral, a idéia de integralidade vem sendo veiculada em discursos de organismos internacionais e nacionais (Ministério da Saúde) e nas críticas formuladas pela academia. Também de forma geral, a integralidade é atrelada às idéias de 'atenção primária', 'promoção da saúde', 'assistência à saúde' nos espaços anteriormente citados.

A tendência massificante, conforme já pontuado, tem sido adotar a idéia de 'integralidade dos cuidados' remetendo a uma totalidade da atenção, entendendo o usuário em seu aspecto integral - bio-psico-social. A abordagem de Camargo-Borges e Cardoso (2005) é instigante, pois ao refletir sobre a inexistência de um 'conceito' de integralidade, considera esse "um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas". Também esse autor interroga se "é possível, ou mesmo desejável, um tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano", nessa condição correr-se-ia o risco de se caracterizar ou definir o repertório de necessidades, padronizando o desejo, a demanda e, conseqüentemente, a atenção.

Esse questionamento é essencial na atenção à saúde. Ainda que seja necessária a definição de 'modelos', que deveriam ser entendidos exatamente (ou apenas) como se propõem a ser: um norte, uma orientação genérica (ainda que pesem suas característica ideológica e políticas), acabam por ser aceitos (e usados) como única estratégia, uma 'receita de bolo'.

A discussão da integralidade remete também a uma outra questão que se articula com a anterior. Não existe um único profissional que dê conta da propalada 'atenção integral' à saúde. É importante o reconhecimento dos limites de cada categoria profissional, que sejam os mais básicos, o limite técnico. Assim, construir a integralidade é, obrigatoriamente, trabalhar de

forma interdisciplinar e, conseqüentemente, de forma intersetorial e multiprofissional.

2.3.2 Humanização no atendimento: discurso ideológico ou necessidade?

A desconsideração da subjetividade e da experiência de vida do paciente implica em uma série de conseqüências negativas para o relacionamento profissional - paciente/cliente. De fato, essa relação está quase sempre alicerçada na crença de que é somente o profissional de saúde, e não (ou também) o próprio usuário, que sabe a respeito do seu estado de saúde ou doença. A comunicação entre esses tende a ser insatisfatória, tanto pela limitação de tempo e conseqüente falta de disponibilidade que a maioria desses profissionais enfrenta por ter que conciliar diferentes atividades, quanto pela insuficiente preparação para escutar e dialogar com o paciente. Outro aspecto que prejudica a comunicação entre eles é o uso que o profissional faz da linguagem técnica, difícil de ser compreendida pelo usuário e o leigo, sobretudo de baixa instrução (TRAVERSO-YÉPEZ, 2004).

A principal conseqüência verificada em virtude do distanciamento observado na relação entre profissional e paciente é o denominado 'baixo comprometimento' do paciente com o seu tratamento, imposto, na maioria das vezes, de forma verticalizada. O interessante é que, apesar de óbvio, os profissionais, geralmente, têm dificuldade de entender o porquê desse baixo comprometimento. A comprovação de que esse modelo de atendimento possui limitações pode ser percebido, tanto pelas constantes críticas e reclamações dos usuários, como por sua baixa resolutividade, já que fica cada vez mais clara a complexidade do processo de adoecer, bem como a necessidade de o paciente comprometer-se com os cuidados com a sua saúde. Esse reconhecimento vem implicando a necessidade crescente do resgate da subjetividade e da relação dialógica entre o profissional e o usuário do serviço. Essa proposta parte da convicção de que, entre profissional e paciente-cliente, não existe um que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas (BRICEÑO-LEÓN, 1996, citado por TRAVERSO-YÉPEZ, 2004).

Traverso-Yépez (2001) aponta a necessidade de:

"(...) superar essa visão antropocêntrica e individualista do modelo vigente, acreditando que o agir do profissional de saúde deveria ser forçosamente mais humilde, baseado na escuta, no diálogo e não na imposição de 'receitas'" (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001).

A escuta é condição essencial na construção de novas formas de se fazer a atenção à saúde. Talvez seja condição primeira, pois ao incluir o 'outro/paciente' como ator partícipe do processo saúde-doença, rompendo com a hierarquia estruturante do conhecimento médico, possibilita a construção de uma nova prática de atenção. Na escuta do outro, as relações e práticas cotidianas são constantemente (re)construídas (ou não). A escuta perpassando todos os níveis de inter-relações é uma forma de operacionalizar as idéias de interdisciplinaridade e intersetorialidade.

Obviamente que um 'modelo' de atenção centrado na escuta (e também, obviamente, que não nos referimos à escuta 'técnica', a anamnese) passa por sua discussão a partir (desde) da formação profissional, sob pena de cair em mais um conceito desgastado. De qualquer forma, o grande cenário de 'novas' práticas de atenção se dá no espaço micro, no espaço das relações cotidianas, onde o saber científico (no caso da medicina, centrado na medicalização do indivíduo, referendado pelo modelo biomédico de atenção) é confrontado ao saber 'empírico'/'não científico, possibilitando a (re)construção de outros e diferentes saberes. As possibilidades de invenção desse caminho são múltiplas e devem ser, assim, como são múltiplas e diferentes as várias realidades: culturais, sociais, econômicas, biológicas, conforme relata Camargo-Borges e Cardoso (2005): *"(...) esta é uma construção do cotidiano, que só será possível na prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos, numa perspectiva ética e emancipatória"*.

Apesar da polissemia do conceito de humanização da assistência e da amplitude possível das práticas que se auto-intitulam como 'humanizadoras', esse projeto/processo pode propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada. Pode significar um novo modelo de comunicação entre profissionais e pacientes e quiçá novas práticas cuidadoras (DESLANDES, 2004).

Um levantamento realizado, em 1993, incluindo 124 médicos (generalistas, cirurgiões) e seus pacientes, em Oregon e Colorado (Estados Unidos), sugere que os pacientes dão valor ao interesse, à atenção, aos conselhos e à informação prestados pelo médico durante a consulta. Para os autores, um encontro acolhedor faz o paciente sentir-se como pessoa real e não apenas uma doença, aos olhos do médico (LEVINSON *et al.*, 1997, citados por PEPE; CASTRO, 2000).

Os profissionais do PSF (de nível superior, técnico e agentes comunitários de saúde) devem ser capacitados para uma abordagem humanizada da clientela. A humanização do atendimento abrange, fundamentalmente, a democratização das relações que envolvem o atendimento, um maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente, e o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Ainda, essa abordagem humanizada representa o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico.

Wong Un (2002) se refere a três discussões relativas à busca, pelos profissionais, de um estilo de prática mais humano, solidário, e relacionado a processos sociais sustentáveis:

- a ampliação da idéia de 'comunidade': elaborada a partir do entendimento de três dimensões: (i) que os sujeitos que as conformam possuem identidades complexas, múltiplas, e não fixas, transcendendo a idéia de comunidade como espaço físico delimitado, e movimentando-se em espaços simbólicos; (ii) que as formas comunitárias mudam de acordo com as grandes mudanças, materiais e não materiais (globalização); e (iii) que as comunidades devem ser consideradas sistemas complexos, com propriedades emergentes, e formas de operação distintas, resultantes da interação entre as partes;
- a compreensão de comunidades como espaços de inter-existência e de consciência plena; lugares relacionais onde os participantes buscam outras formas de apreender o mundo e seus fenômenos;

- trabalho interior consciente de alguns profissionais de saúde que poderia favorecer a construção e incorporação/apropriação/interiorização (subjéctiva e prática) de novas concepções de comunidades.

A concepção do processo saúde-doença baseada na humanização dos serviços e na prioridade da atenção básica, não é dotado apenas de identificação de padrões, sinais e sintomas, dentro de uma visão meramente curativa, mas também de habilidades de perceber as vulnerabilidades do indivíduo, nos cenários da família e da sociedade.

A humanização como valor aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde implica reiterados encontros entre subjéctividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e (re)construindo não apenas as necessidades de saúde, mas aquilo mesmo que se entende ser a 'boa vida' e o modo moralmente aceitável de buscá-la (AYRES, 2004).

Deslandes (2004) comenta que:

"(...) o desafio da humanização nas ações e serviços de saúde diz respeito à possibilidade de se constituir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo." (DESLANDES, 2004).

Isto se torna um desafio, na medida em que, conforme L´Ábbate (1999):

"(...) os trabalhadores de saúde não devem ser considerados propriamente insumos ou recursos, mas sujeitos, com potencialidade de desenvolver-se constantemente em busca da autonomia possível, capazes de aderir a projetos de transformação." (L´ÁBBATE, 1999).

O princípio da integralidade, por um lado, pode parecer de fácil operacionalização, uma vez que depende da reestruturação dos distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde, conforme assinalado por diferentes autores. Entretanto, a integralidade e, mais explicitamente, a humanização do atendimento têm ainda um grande desafio na medida em que somente são possíveis as suas execuções e, por conseguinte, os seus êxitos (ou não), na prática relacional cotidiana entre os diferentes atores sociais do SUS. Nesse sentido, a necessidade de reorientação e reformulação do processo formativo dos trabalhadores em saúde, com vista a uma formação mais sensível à percepção e compreensão das demandas e necessidades dos

diferentes grupos populacionais partícipes do modelo de atenção à saúde é necessária, sendo já realidade, porém insipiente, em algumas instituições de ensino no Brasil.

2.4 A formação de uma consciência sanitária com a participação da população e o controle social

Embora a Constituição de 88 garanta a participação da população e o controle social, Briceño-León (1998), citado por Crevelim (2005), denuncia que muitos dos programas de saúde têm sido desenhados e executados para a população, quando o mais adequado seria que fossem elaborados e aplicados com a população, quer dizer, entre os trabalhadores dos setores públicos em nível hierarquizado e a população.

Segundo Vazquez (2003), alguns autores apresentam classificações em que distinguem vários níveis de participação incluindo diferentes gradações. É indispensável compreender que o controle social se caracteriza como uma escala dentro do processo de participação comunitária. Na medida em que se avança nessa escala, o processo participativo se torna mais complexo e exigente, sendo o controle social marcado por uma participação expressiva com o exercício de poder decisório, solidário e compartilhado.

Para a democracia, esse tipo de participação afirmado pelo controle social, tem como fundamento aumentar a confiança das pessoas nelas mesmas, apresentando-se como força da população em busca de melhorias de vida e como conscientização do direito à cidadania para requisitar atenção à saúde com qualidade (BRICEÑO-LEÓN, 1998, citado por CREVELIM, 2005). A participação, também, deve aumentar o sentido de responsabilidade que toda democracia impõe, responsabilidade que significa, no caso da saúde, consciência sanitária e cumprimento de deveres e direitos. Campos (1997), citado por Traverso-Yépez e Morais (2004), define consciência sanitária como uma *"diretriz que objetiva ampliar a autonomia dos pacientes, dos grupos, da coletividade, reforçando a sua condição de sujeitos sociais, capazes de se autocuidar e de cobrar das instituições o atendimento às suas necessidades"*. A participação da população e o controle social só serão efetivamente

concretizados a partir da formação de uma consciência sanitária entre os diferentes atores sociais envolvidos.

Conforme foi observado no estudo e descrito por Briceño-León (1996), citado por Traverso-Yépez e Morais (2004), a participação não é ainda uma característica visivelmente marcante na conduta dos usuários - apesar de ser uma das principais diretrizes do atual sistema de saúde. Esse autor afirma também que tal avanço só deverá ser alcançado mediante o comprometimento de todos os agentes sociais envolvidos (usuários e profissionais incluídos) na luta pelo cumprimento das diretrizes constitucionalmente estabelecidas.

Crevelim (2005) reflete, ainda, sobre a necessidade de atividades de formação e informação para que um maior número de pessoas se envolva nessas questões e tome consciência de que o Estado tem o dever de garantir as condições adequadas para obtenção de melhorias nas condições de vida.

3 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: histórico, implementação e atores locais

Neste capítulo apresentamos o PSF como uma forma de reorganização do modelo de atenção à saúde. Procuramos descrever suas características estruturais, sua implementação, juntamente com o envolvimento dos atores sociais no processo saúde-doença-cuidado. Finalizamos discutindo a visita domiciliar como estratégia fundamental do PSF e o estabelecimento de vínculos entre profissional e usuário para o exercício da atenção básica em saúde.

Segundo Viana e Dal Poz (2005), a história do Programa Saúde da Família tem início a partir do momento em que o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, proporcionando, a partir daí, um enfoque na família como unidade de ação programática de saúde e não mais, apenas, o indivíduo, também introduzindo a noção de área de cobertura. De acordo com Brasil (2005), o programa também foi inspirado em outras experiências como o Programa Médico da Família, desenvolvido a partir de 1992 na cidade de Niterói-RJ, utilizando-se de estruturas semelhantes à medicina da família implementado em Cuba, e assessorado por técnicos desse país.

Dentre as primeiras citações sobre a mudança do modelo de atenção à saúde, referenciada na NOB/96, destaca-se o PSF como opção, inaugurando, assim, uma nova retórica na organização dos serviços municipais. Editada em 1998, a NOB/96 cita *Saúde da Família*, apontando para a reordenação do modelo de atenção centrada não apenas no financiamento, mas também nos resultados esperados; privilegia os núcleos familiares e comunidade e ressalta a integralidade das ações e necessidade de incorporar, no modelo clínico, o modelo epidemiológico (GIL, 2006). Como estratégia para a reorientação do modelo assistencial, apostava no *“estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população”* (BRASIL, 1997).

A Saúde da Família, conforme Brasil (2005), inicialmente considerado como um programa passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, propondo a

reorientação do modelo de atenção e uma nova dinâmica dos serviços e ações de saúde, tendo por objetivo:

“(...) substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade.” (BRASIL, 2005).

Destaca-se, ainda, a procura em torno do equilíbrio: “demanda espontânea” versus “oferta organizada”, com padronização de condutas e definição de protocolos e uso da epidemiologia para a priorização das ações de saúde (GIL, 2006). Muitas vezes, se desconfia ser essa forma de atuação do setor público uma política de focalização, uma espécie de cesta básica sanitária, destinada a atender, como mais um programa social, os grupos mais carentes e desvalidos da população. É importante esclarecer que dar prioridade à prevenção não é, necessariamente, uma estratégia de contenção de custos. Pois não se pode descuidar do atendimento das demais necessidades de saúde, nos níveis mais complexos do sistema, quando se tem em mente o cumprimento dos objetivos e pressupostos do Sistema Único de Saúde. Estes são, segundo a Lei Orgânica da Saúde, assegurar o acesso universal e igualitário a todos os níveis de assistência e prestar ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos (CAMPOS, 2003).

Em 1998, o PSF passa à denominação de Estratégia de Saúde da Família⁹, assim compreendida de forma a sugerir o amplo espectro de atividades e responsabilidades e voltada para a organização e fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no País. Pressupunha-se, inclusive, a inversão do modelo assistencial, ampliando a perspectiva de um programa de ações em saúde para uma proposta de reorganização do modelo de atenção. Procurava-se melhor traduzir a ‘idéia’ da proposta de se constituir em diretrizes de ações/intervenções, procurando escapar do significado tradicional do termo programa, como etapas burocráticas a serem seguidas e com data pré-determinada para expirar.

⁹ Apesar da nova denominação, optamos, em alguns momentos do texto, em manter o termo PSF, essencialmente por ser o mais conhecido.

A partir desse momento, diferentes iniciativas e ações são efetivadas de forma a consolidar o PSF no Brasil. Um evento significativo desse processo é a criação, em 2003, do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), cuja proposta prevê a elevação da qualificação do processo de trabalho e do desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros.

Além de uma reorganização do modelo de atenção, o PSF provoca alterações nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações em saúde. Dessa forma, o PSF constitui uma estratégia de reforma incremental¹⁰ do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde (superação da exclusividade do pagamento por procedimento), nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização (VIANA; DAL POZ, 2005).

De acordo com Sampaio e Lima (2002), Brasil (2003a) e Camargo-Borges e Cardoso (2005), o PSF segue as diretrizes da Atenção Primária à Saúde:

- **Primeiro Contato/Acesso:** O serviço representa um local para prover atenção à saúde, de fácil alcance, que serve como “porta de entrada” ao sistema de saúde. Sempre que um usuário apresentar um problema recorrente ou um novo problema de saúde deve utilizar esse serviço. A idéia de ‘porta de entrada’ visa ser, não somente, o primeiro acesso da população ao serviço, mas também um dispositivo de responsabilização institucional e sanitária no processo do cuidado com a saúde articulado a toda a rede de serviços.

¹⁰ Segundo France (1997) citado por Viana e Dal Poz (2005), podem-se distinguir dois tipos de reforma: ‘big bang’ e ‘incremental’. A primeira se caracteriza por introduzir modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida e pontual, sendo exemplo, no Brasil, a reforma da saúde de 1998. A reforma incremental estaria baseada em pequenos ajustamentos sucessivos, um processo caracterizado por um conjunto de modificações no desenho e operação da política. Segundo Viana e Dal Poz (2005), o conjunto de mudanças na reforma incremental “pode ocorrer, separada ou simultaneamente, nas formas de organização dos serviços (mudanças nos sistemas e nas unidades prestadoras), nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde ou, ainda, no modelo de prestação de serviços (modelo assistencial)”. O Brasil, a partir de 1995/1996, impulsionado pela ‘crise da saúde’ da década de 90, passa a vivenciar o que ficou conhecido com ‘reforma da reforma da saúde’ ou ‘reforma incremental do SUS’. Esse processo tem como eventos fortalecedores (i) a implementação acelerada e em nível nacional do PACS e do PSF; (ii) as novas práticas gerenciais e (iii) a emergência do processo de formulação da nova norma operacional (NOB/96).

- **Longitudinalidade:** Fonte regular de atenção à saúde e sua utilização ao longo do tempo, ultrapassa a continuidade das ações. Pressupõe a presença de relação pessoal, independente da existência ou não de doença.
- **Coordenação com planejamento ascendente:** Sua essência é a disponibilidade de informações sobre os problemas e serviços de saúde, o reconhecimento e a utilização de tais informações para o delineamento de estratégias de intervenção nas famílias, sejam elas individuais ou coletivas, de acordo com as necessidades da comunidade que reside no território¹¹. É o elemento integrador dos princípios e fundamental para a articulação do sistema de referência e contra-referência¹² para a população adscrita¹³.
- **Resolubilidade:** É a capacidade de resolução e encaminhamento dos problemas e demandas, individuais e, ou, coletivas, alcançada pelo sistema de saúde.

A operacionalização do PSF tem como alicerce os princípios básicos e as diretrizes do SUS - universalidade no atendimento; equidade; integralidade nas ações em saúde; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; fortalecimento dos municípios; descentralização da gestão administrativa; resolutividade e participação popular. Esses se revelam contra-hegemônicos na lógica de organização de serviços e nas práticas de saúde, destacando, ainda, a necessidade de ações com enfoque sobre problemas,

¹¹ A territorialização, conforme a Portaria nº 1.886/1997 (BRASIL, 1997), é uma das diretrizes operacionais que visa regulamentar a implementação do PSF nos municípios. Conforme esse conceito é utilizado nesse processo, o território é entendido como o 'espaço onde vivem grupos sociais definidos e onde esses estabelecem suas relações com o meio'. Partindo desse pressuposto, a proposta de municipalização das ações de saúde a partir da Constituição de 1988 (culminando com a criação do Sistema Único de Saúde), passa pelo enfoque do território como lugar primeiro de definição de prioridades e onde as ações/intervenções se darão. No contexto da municipalização, a territorialização, viabiliza a otimização de recursos e racionalização de custos. Torna-se possível delinear a realidade de saúde local, que está em permanente movimento, e organizar a atenção segundo a lógica do enfoque por problemas, atendendo às necessidades de saúde da população.

¹² O sistema de contra-referência garante a realização de exames complementares, atendimento especializado e hospitalização em serviços da rede do SUS, quando solicitados pelas equipes do PSF (SAMPAIO; LIMA, 2002).

¹³ População sob responsabilização de uma equipe da unidade de saúde (US), constituída por sujeitos que vivem na área geográfica definida para essa US, no processo de territorialização, permitindo o efetivo acesso e vínculo dessa população ao serviço (SAMPAIO; LIMA, 2002). A adscrição da clientela, a exemplo da territorialização, também é um dos princípios que orienta a implementação do PSF nos municípios.

requerendo planejamento e programação local, com ênfase na intersectorialidade¹⁴ (MENEZES *et al.*, 2005).

O PSF ampliou a oferta de ações de caráter preventivo segundo a lógica da programação em saúde, que, de acordo com Sala (1993), citado por Campos (2003), pode ser definida como:

“(...) o conjunto de práticas que, a partir de um referencial epidemiológico, toma como seu objeto de intervenção a saúde e a doença no coletivo, utilizando como instrumento de intervenção diversas atividades que são articuladas e organizadas no sentido de produzirem um efeito sobre a saúde no plano coletivo.” (SALA, 1993, citado por CAMPOS, 2003).

O conceito de saúde, que permeia todo o desenvolvimento do PSF, influi de forma decisiva na mudança da organização do processo de trabalho. Ao PSF é, então, atribuída a função de desenvolver ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde, propondo-se a uma tarefa maior do que a simples extensão de cobertura e ampliação do acesso. O programa deve promover a reorganização da prática assistencial com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema. Daí seu potencial estruturante sobre o modelo, o que justificou a decisão do Ministério da Saúde em considerá-lo como a principal estratégia de qualificação da atenção básica e reformulação do modelo assistencial (BRASIL, 2003b).

Mendes (1996) afirma que estudos realizados em onze países (EUA, Suécia, Reino Unido, Holanda, Finlândia, Espanha, Dinamarca, Canadá, Bélgica, Austrália e Alemanha) revelaram que os sistemas de saúde organizados pela atenção primária, que consiste na proposta básica do PSF, estão associados com custo menor, maior satisfação da população, melhores níveis de saúde e menor uso de medicamentos.

¹⁴ A intersectorialidade se traduz em ações coordenadas de todos os implicados: governos, setores sanitários, e outros setores sociais e econômicos, as organizações beneficentes, as autoridades locais, a indústria e os meios de comunicação, garantindo a promoção da saúde e alcançando o objetivo “saúde para todos” (SAMPAIO; LIMA, 2002).

Ao longo de sua estruturação e consolidação, o PSF se afirmou como a estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil. Esse fato aliado à necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros, foi um dos elementos balizador da edição da Portaria nº. 648/2006, a qual “aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”. A edição dessa Portaria ocorreu também em um momento em que era urgente a revisão e adequação das normas nacionais ao atual desenvolvimento da atenção básica no Brasil.

3.1 Características estruturais do Programa Saúde da Família

Como um dos princípios gerais da atenção básica, previsto na legislação, está que a mesma deva ser, segundo BRASIL (2006):

“(...) desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.” (BRASIL, 2006).

Assim, de forma operacional, o PSF está estruturado a partir da Unidade de Saúde da Família (USF) – uma unidade pública de saúde que assume a responsabilidade por uma população, desenvolvendo ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos. As ações são exercidas por meio de uma equipe multiprofissional, a Equipe de Saúde da Família (ESF), composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A equipe é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo recomendada a média de 3.000 habitantes, o que equivale à, aproximadamente, 1.000 famílias. O número de agentes comunitários de saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe (BRASIL, 2001).

A ESF deve contar ainda com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde dentro da área para o atendimento e que possua, minimamente os seguintes atributos, conforme Brasil (2006):

- a) consultório médico e de enfermagem para a ESF, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;
- b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários;
- c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à Saúde.

O Ministério da Saúde recomenda não alocar mais do que três ESF por unidade de saúde, o que significa algo em torno de 10.000 pessoas adscritas para cada USF (SAMPAIO; LIMA, 2002).

A USF atua com base nos seguintes princípios:

- **Caráter substitutivo** = não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde¹⁵.
- **Integralidade e hierarquização** = a USF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde - Atenção Básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurada a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.

¹⁵ O modelo de vigilância à saúde pretende organizar as ações de saúde tendo como prioridade a ação sobre os riscos à saúde. Desse modo, enfatiza o papel do ambiente e as ações no cotidiano (FRANCO; BASTOS, 2002).

- **Territorialização e adscrição de clientela** = trabalha com território de abrangência definido, e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas.
- O ACS deve exercer a profissão no âmbito exclusivo do SUS; residir na área de jurisdição do município onde atua; desempenhar papel de *mediador social*, sendo um trabalhador da saúde com interface na assistência social, educação e meio ambiente. Deve receber apoio das secretarias estaduais e municipais de saúde e do MS (BRASIL, 1996). A regulamentação da profissão ocorreu em 2002, pela Lei nº. 10.501, que estabelece como requisitos para seu exercício, dentre outros, a conclusão do ensino fundamental (BRASIL, 2002c).

Os critérios de seleção dos agentes comunitários de saúde variam para cada município, no entanto, segundo Trad e Bastos (1998), a realização de entrevistas permite verificar o grau de conhecimento do candidato, assim como identificar os que apresentam um perfil mais adequado para o trabalho com as comunidades. Infelizmente, ainda em alguns municípios brasileiros, a contratação desses trabalhadores é feita por escolha pessoal ou partidária (TRAD; BASTOS, 1998).

A equipe de saúde bucal foi integrada ao PSF e é composta por um cirurgião dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2002c). Outros profissionais poderão ser incorporados nas UBS ou em equipes de supervisão, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Uma UBS pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias do território de sua abrangência (BRASIL, 2001).

A composição da ESF deve ser orientada para a obtenção da melhor resolubilidade possível dentro do seu território de atuação, considerando sempre as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde da família e aquelas apontadas pelos moradores da comunidade. O trabalho da equipe constitui-se como um processo continuamente crítico, o que implica

planejamento e avaliação de suas atividades tendo como referência primordial o território onde atuam e as demandas geradas pela comunidade e usuários (SAMPAIO; LIMA, 2002).

3.2 A implementação do Programa Saúde da Família: contornos nacionais e locais

3.2.1 Programa Saúde da Família no Brasil e em Minas Gerais

A primeira etapa de sua implementação começou em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2001).

As iniciativas de caráter nacional se fundamentaram em experiências estaduais e regionais bem sucedidas. Dentre essas, referência especial deve ser feita ao PACS desenvolvido no Estado do Ceará desde 1987. Criado inicialmente como “frentes de trabalho” em uma conjuntura de seca, o programa estadual foi desenvolvido, especialmente por mulheres, que após treinamento, realizaram ações básicas de saúde. A partir de 1988, o programa abandonou o caráter emergencial adquirindo características de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde. Por meio de visitas domiciliares regulares às famílias, as agentes comunitárias de saúde passaram a atuar para melhorar a capacidade da comunidade de cuidar de sua própria saúde (SCOREL *et al.*, 2002).

Em 1991, a experiência bem sucedida do Ceará estimulou o Ministério da Saúde a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), implantado inicialmente na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte. Em 1992, denominado PACS, foi implementado por meio de convênio entre a FUNASA/MS e as Secretarias Estaduais de Saúde (SCOREL *et al.*, 2002).

Outras experiências como o Programa Médico de Família, desenvolvido a partir de 1992 em Niterói (RJ), com estrutura semelhante à medicina da família implantada em Cuba e com assessoria de técnicos cubanos, também

influenciaram a decisão do Ministério da Saúde, em 1993, a criar o Programa Saúde da Família (PSF) que, assim como o PACS, estava institucionalmente vinculado à Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC) no Departamento de Operações da FUNASA. O PSF não representava uma proposta de substituição do PACS e sua implantação privilegiava áreas de maior risco social – inicialmente, população residente nas localidades delimitadas no Mapa da Fome do IPEA (Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas) – e, posteriormente, municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil. Em 1995, PACS e PSF foram transferidos da FUNASA para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) onde permaneceram até meados de 1999, quando novamente os programas mudaram de localização institucional para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) (SCOREL *et al.*, 2002).

Em 1999, deu-se continuidade às negociações com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para viabilizar a ampliação do PACS e PSF nas capitais, regiões metropolitanas e aglomerados urbanos, além da prioridade dada aos municípios de comunidade ativa (BRASIL, 2000).

No Estado de Minas Gerais, as primeiras experiências de implantação do Programa Saúde da Família, ocorreram em 1994, após a assinatura de Protocolo de Intenções entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde. Inicialmente, 12 municípios foram contemplados com recursos financeiros do MS para a montagem de uma infra-estrutura mínima necessária à implantação do referido programa. Minas Gerais foi o primeiro estado da federação que instituiu, por lei (Lei nº. 12.428/1997) um incentivo financeiro aos municípios que assumissem o compromisso de desenvolver e manter em funcionamento programas específicos voltados para o atendimento à saúde das famílias, mediante comprovação junto à Secretaria de Estado da Saúde. Esta medida ampliou significativamente a adesão dos municípios à estratégia (MINAS GERAIS, 2006).

A partir de 1998, o estado passou também a trabalhar com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Desde 1995 tem sido meta dos governos Federal e Estadual implantarem novas equipes do PSF e PACS com a finalidade de ampliar a cobertura populacional com assistência à saúde e contribuir para a organização da Atenção Básica à saúde, priorizando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e a oferta de ações curativas de menor complexidade.

De acordo com dados do Governo Estadual o PSF está implantado em 708 municípios com uma cobertura de 83% do total dos municípios de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006).

3.2.2 Programa Saúde da Família em Viçosa

O processo de municipalização da saúde em Viçosa iniciou em 1991, formalmente com a realização da 1ª Conferência Municipal da Saúde, na qual foi elaborado o primeiro plano de saúde do município. Foi o início da mudança do pensar saúde, adotando as novas diretrizes vigentes, procurando-se ampliar o enfoque da política centrada nas ações de assistência.

Especificamente em se tratando do Programa Saúde da Família (PSF), as duas primeiras equipes foram implementadas no ano de 1997, como resultado de significativo processo de discussão no Conselho Municipal de Saúde (CMS), estando aí incluídos representantes dos usuários¹⁶. Diferentes atores que há época estiveram envolvidos nas discussões relatam esse momento, traduzindo aspectos positivos e valorizando a participação efetiva do CMS e o processo de construção participativa do Programa no município, principalmente aqueles categorizados como usuários na representação do Conselho:

“(...) Para a implantação desse programa foi tudo discutido no Conselho Municipal de Saúde desde 1995, quando começou-se (sic) a discutir essa questão da implantação do PSF em Viçosa (...) e lá no Conselho Municipal de Saúde é que foram tomadas as decisões, onde que seria implantadas (sic) (...). Tudo foi discutido, desde o início da implantação no Conselho Municipal de Saúde.” (J.M.C.F., usuário).

“(...) quando foi fundado (o PSF), quando teve as reuniões entre prefeitura e UMAM, isso tudo foi discutido dentro do conselho municipal de saúde isso começou em 96, começaram a comissão, as discussões, desde 1996.” (M.S.C., usuário).

¹⁶ Os(as) usuários(as) são entendidos como os representantes da população do município que demanda os serviços oferecidos pelo SUS. Na composição dos Conselhos Municipais de Saúde, a representação ente usuários e prestadores de serviços deve ser paritária. No município de Viçosa, o CMS está, atualmente, constituído por 22 pessoas, sendo 11 representantes do segmento ‘prestador’ e 11, do ‘usuário’.

Em 1995, no CMS, é que se pensou seriamente em implantar o PSF no município. Foi, então, feito um estudo utilizando dados do IBGE, levando-se em conta indicadores sócio-econômicos (renda do chefe de família, número de cômodos por residência, número de banheiros por residência, número de quartos por residência e pressão demográfica da região na época, representando um aproveitamento quase máximo do programa por atingir um maior número de pessoas), procurando-se avaliar as necessidades reais de cada região.

A proposta salarial na época era: 1,8 a 2,6 salários mínimos para os agentes de saúde; 1,9 a 3,0 salários mínimos para os auxiliares de enfermagem; 9,0 a 11,0 salários mínimos para o enfermeiro; 9,0 a 11,00 salários mínimos para a nutricionista; e 20,0 a 24,0 salários mínimos para os médicos.

Em janeiro de 1997, foram implementadas as duas primeiras equipes do PSF em Viçosa, uma no bairro de Amoras e outra em Nova Viçosa, ambas com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e cinco agentes de saúde, cada. O processo de seleção para os funcionários, médicos e enfermeiras foi simples e realizado pela UMAM (União Municipal das Associações de Moradores dos Bairros e Distritos de Viçosa), sendo que a procura também foi pouca.

Em 1998, Viçosa ainda não estava habilitada de acordo com a NOB/96 e, portanto, não recebia os incentivos do Programa apesar de já existirem equipes implementadas. Para resolver a situação, foi realizada a 3ª Conferência Municipal de Saúde quando foi elaborado um novo plano municipal de saúde e implantando o fundo municipal de saúde para habilitar o município.

Em janeiro de 1999, com o município já habilitado na gestão plena do sistema municipal, foi implementada uma terceira equipe do distrito de Cachoeira de Santa Cruz. A escolha desse local não seguiu os critérios anteriormente estabelecidos, mas sim o fato de ser uma área afastada do centro do município e que não contava com atendimento médico constante, apesar de existir um posto de saúde no distrito. Conforme acordado na época, a nova equipe instituída atenderia às famílias residentes nessa área e também parte das famílias de outro distrito do município, São José do Triunfo, localizado próximo

a Cachoeira de Santa Cruz. Também nessa época foi implementado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com 15 agentes que foram distribuídos em vários bairros da área urbana do município sob coordenação de uma enfermeira.

No ano de 2005, o Programa passa por nova ampliação, com a estruturação de 10 novas equipes, implementadas durante esse ano e parte de 2006.

A seleção de profissionais envolveu um processo seletivo simplificado com regras específicas como a contratação temporária dos profissionais. O salário nessa época era equivalente à: médicos - R\$ 3.000,00; enfermeiros - R\$ 2.000,00; nutricionistas - R\$ 1.000,00; auxiliar de enfermagem - R\$ 420,00; e agentes de saúde R\$300,00.

3.3 PSF: envolvimento dos atores sociais no processo saúde-doença-cuidado

A forma como o PSF está organizado, localizado num território, trabalhando em equipe, focalizando o sistema familiar, a cultura local e lidando diretamente com o cotidiano das pessoas, faz com que os atores envolvidos se deparem com questões que demandam acolhimento, vínculo, interação e são da ordem da imprevisibilidade, pois, a cada encontro, a cada situação, gera-se uma forma diferente de intervenção. Conforme caracterizam Sousa e Carvalho (2003), o território no PSF é um lugar de intensa interação e solidariedade.

O acolhimento na saúde se fundamenta como uma ética da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania. No encontro entre profissionais e usuário, dá-se uma negociação visando à identificação de necessidades, buscando a produção de vínculo, com o objetivo de estimular a autonomia quanto à saúde. O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço, devendo ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Portanto, o papel dos usuários de saúde na relação cotidiana que estabelecem com a rede dos serviços e com os profissionais que nela atuam, longe de significar a mera busca de assistência, inscreve-se numa prática pluridimensional, destacando-se a dimensão de construção dos direitos em saúde. Dois aspectos são fundamentais nesse processo: o primeiro deles, a construção de uma consciência sanitária entendida como a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa; o segundo aspecto, intrinsecamente associado ao primeiro, a participação popular como mecanismo fundamental no referido processo (BOSI; AFFONSO, 1998).

Falar em direito, cidadania e controle social em saúde, conceitos fortemente vinculados ao processo de conscientização da saúde, implica o conhecimento da dimensão subjetiva – representações, idéias, pensamentos – dos sujeitos envolvidos. Conclui-se, então, o papel estratégico das relações estabelecidas no cotidiano dos serviços para o processo de mudança social e construção dos direitos, em especial, no campo da saúde.

Algumas estratégias são postas para tentar operacionalizar esse tipo de organização, como a visita domiciliar e busca ativa, aliadas ao acompanhamento das famílias das áreas de abrangência.

3.3.1 Conhecendo o cotidiano da saúde e da doença: a visita domiciliar

O PSF tem como pressuposto democratizar a assistência da saúde, quando desloca o profissional para o espaço familiar. Espera-se, sobretudo, reordenar a atenção básica de saúde, tendo a família como núcleo de atenção. Nesse modelo, a família passa a ser objeto de atenção e é entendida a partir do espaço em que vive, denominado espaço/domicílio/comunidade. Mais do que uma delimitação geográfica, nesse espaço se constróem relações intra e extra familiares e se busca a melhoria das condições de saúde. A família, como agente sujeito do seu viver, torna-se recipiente do cuidado profissional (BRASIL, 1994). E é, através da visita domiciliar (VD), utilizada como instrumento de intervenção fundamental do PSF, que se torna possível o conhecimento das condições de vida e saúde destas famílias.

Segundo Takahashi (2001):

"A visita domiciliar constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando a promoção da saúde da coletividade" (TAKAHASHI, 2001).

E, ainda, Marques (2001), descreve a visita domiciliar como sendo:

"(...) um instrumento de assistência á saúde, com o objetivo de prestar atendimento no domicílio, orientar, educar, levantar possíveis soluções de saúde, fornecer subsídios educativos para os indivíduos, a família e a comunidade para que tenham condições para se tornarem independentes." (MARQUES, 2001).

No Brasil, provavelmente, a primeira experiência de abordagem domiciliar teria sido a desenvolvida pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), criado em 1949, ligado inicialmente ao Ministério do Trabalho, tendo sido incorporado pelo INPS em 1967 (MENDES JÚNIOR, 2000, citado por REHEM; TRAD, 2005). Outra experiência relatada por Silva (2001), citado por Rehem e Trad (2005), refere-se à Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), criada em 1960 e extinta em 1990, que desenvolvia, entre outras atividades: (i) oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade; (ii) abordagem integral da família; (iii) visita domiciliar, realizada por visitador sanitário e auxiliar de saneamento para atividades de promoção, prevenção de doenças e monitoramento de grupos de risco e (iv) vigilância sanitária.

Realizada no âmbito domiciliar, a visita proporciona uma dinâmica aos programas de atenção à saúde. Para isso, a equipe deve utilizar suas habilidades e competências não apenas para o cadastramento das famílias, mas, também e principalmente, para a identificação de suas características sociais (condições de vida e trabalho) e epidemiológicas, seus problemas de saúde e vulnerabilidade aos agravos à saúde. A família e seu espaço social são considerados como ponto fundamental para o atendimento à saúde.

De acordo com Takahashi (2001), com a caracterização dessas condições de vida e trabalho é possível compor os perfis de reprodução e produção dessa população, permitindo, por sua vez, conhecer grupos distintos no território,

homogêneos. As condições de saúde, a vulnerabilidade aos agravos e as condições protetoras compõem perfis epidemiológicos desses mesmos grupos sociais.

Essa postura assumida, fundamental da Estratégia Saúde da Família, reflete a nova percepção do processo saúde-doença, que envolve aspectos não apenas biológicos, mas também sócio-econômico-culturais. A pessoa assistida não é separada da realidade em que vive, sendo o domicílio o ambiente produtor/reprodutor das transformações; reassumindo uma posição de destaque para promoção e prevenção (MARQUES, 2001).

Certamente, tal caracterização não se esgota na visita domiciliária, pois todos os momentos de intervenção junto a essas famílias permitem aprimorar a captação desses dados. Entretanto, por se dar no domicílio, a visita possibilita compreender parte da dinâmica das relações familiares (TAKAHASHI, 2001).

Para o sucesso de uma visita domiciliar é necessário planejamento, execução, registro de dados e avaliação. Esse procedimento só se configura como parte do arsenal de intervenções de que dispõem as equipes de saúde da família, quando planejado e sistematizado. De outra forma, configura uma mera atividade social.

Marasquin *et al.* (2004) afirmam que a visita é uma estratégia que apresenta algumas vantagens e desvantagens. Dentre as vantagens, podem-se citar: (i) a presença do profissional de saúde *in loco* para levar informações de saúde ao grupo familiar, permitindo, com isso, uma visualização de condições peculiares de habitação, higiene e hábitos de vida; (ii) um planejamento das ações mais factível, já que busca atender às condições observadas no domicílio e (iii) o melhor relacionamento do grupo familiar com o profissional de saúde por ser sigiloso e menos formal, além da liberdade para se exporem os mais variados problemas, já que o tempo disponível é maior do que quando o atendimento é realizado nas dependências dos serviços de saúde. Já como desvantagens: (i) as dificuldades de acesso; (ii) a limitação dos encontros devido ao horário de trabalho e aos afazeres domésticos, que podem impossibilitar ou dificultar a sua realização e (iii) um tempo maior para o atendimento, seja pela locomoção

ou pela execução da visita, o que o torna um método dispendioso e de pouco alcance a uma parcela numericamente maior da população.

Além disso, Vasconcelos (2001), citado por Wong Un (2002), aponta a dificuldade de acesso e a frustração no entrosamento, pontos que podem prejudicar o relacionamento entre os serviços de saúde e a população. Cita também, a dificuldade:

"(...) para o profissional acostumado a atuar dentro da segurança das rotinas institucionais em que sua atenção é disputada, inverter as posições e ficar à mercê da disponibilidade e do ritmo dos moradores." (VASCONCELOS, 2001 citado por WONG UN, 2002).

De qualquer forma, esse procedimento recuperado nas ações programáticas do PSF tem contribuído para a atenção à saúde, especialmente de grupos vulneráveis. Recentes estudos sobre a família brasileira têm ressaltado a existência de algumas famílias nas classes populares, que vivem situações especiais de risco (pais doentes, desempregados, com conflitos conjugais intensos, envolvimento em atividades ilícitas e perseguidas pela polícia, dependência de drogas, distúrbios mentais, etc.) que as tornam incapazes de articular minimamente os cuidados de seus membros e por isso necessitam de atenção diferenciada do Estado para garantir os direitos de cidadania das crianças, idosos e deficientes físicos ali presentes (VASCONCELOS, 1999, citado por SENNA, 2000).

Ainda que iniciativas nessa direção, a exemplo com o que se dá na área da saúde com o PSF, possam prestar uma atenção conservadora, presa a uma cultura tutelar que nega autonomia da família, tais iniciativas têm o mérito de potencializar a adoção de políticas mais equânimes. Assim, essa modalidade de intervenção se faz necessária pela constatação, mais do que difundida, de que famílias em situação mais precária tendem a ficar à margem dos serviços que orientam seu atendimento pela demanda espontânea, promovendo, desse modo, o acesso daqueles setores populacionais excluídos do sistema e ao mesmo tempo os mais vulneráveis (SENNA, 2002).

3.3.2 Agente Comunitário de Saúde e usuário: estabelecendo vínculos para o exercício da atenção básica em saúde

O ACS possui uma situação singular em relação aos outros profissionais da equipe, uma vez que deve, obrigatoriamente, residir na área de atuação da equipe e exercer a função de elo de ligação entre a equipe e a comunidade, o que faz com que viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde (FORTES; SPINETTI, 2004). O agente trabalha diretamente com a população acompanhando-a e criando subsídios para obtenção de informações que serão transmitidos à equipe. Isso garante a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade (BRASIL, 2000a; PEDROSA; TELES, 2001).

Uma área geográfica adstrita à unidade de saúde da família geralmente é tomada como possuindo características bastante homogêneas, por se tratar de uma parte de um bairro próximo à unidade básica de saúde. No entanto, parece pertinente e oportuno negar essa hipótese da homogeneidade da situação sociocultural e econômica e de situação de saúde dessa comunidade, em razão do reconhecimento óbvio da heterogeneidade oculta por trás de indicadores em que estão embutidos os fatores determinantes do adoecimento e das possibilidades do efetivo acesso ao cuidado em saúde, e que espelham a situação média de vida (SALA *et al.*, 2004). Ainda, conforme apontado por Mendes *et al.* (1995), chama-se atenção para o fato de que os problemas de saúde não se distribuem de forma simétrica no espaço circunscrito por um serviço de saúde.

A proximidade na relação, principalmente dos agentes comunitários, levanta questionamentos quanto à interferência da equipe no estilo de vida das famílias ou dos usuários, ou seja, em que medida os profissionais podem ser coercitivos com vistas a conseguir a adesão às terapêuticas propostas e mudanças no estilo de vida da população local (ZOBOLI; FORTES, 2004).

Outros problemas decorrentes das peculiaridades que cercam as relações na saúde da família são caracterizados pela dificuldade para manter a privacidade nos atendimentos domiciliares e de definir em que medida as informações privativas dos usuários e famílias devem ser compartilhadas no âmbito da

equipe, especialmente em relação ao agente comunitário de saúde que é um vizinho dessas famílias (ZOBOLI; FORTES, 2004).

É necessário, ainda, dar especial atenção ao lugar da família nessa questão. Segundo estudo realizado por Zoboli e Fortes (2004), esse aspecto figurou dentre os problemas éticos listados: “(...) *você acaba atendendo a família, então, às vezes, você pode entrar nessa armadilha de colocar o caso na família; discutir o caso com a família, e o caso pertence ao paciente*” (depoimento de um enfermeiro). Os usuários e suas famílias buscam a resolução de um problema, de saúde ou não, que consideram importante, trazendo consigo seus segredos, medos, crenças e expectativas. As informações às quais as equipes têm acesso não dizem respeito exclusivamente a quadros patológicos dos usuários. Assim, a expectativa em relação à manutenção absoluta da privacidade das informações dentro da família, entre seus membros, também se fundamenta como um ponto importante nessa relação dos usuários com a equipe de saúde (ZOBOLI; FORTES, 2004).

É importante, também, considerar que os ACS passam a ser portadores de segredos que podem resultar em riscos à própria vida, pois dizem respeito, muitas vezes, a atos ilícitos ou moralmente reprováveis. E, se os outros profissionais da equipe, ao fim do expediente, retornam a suas residências, na maioria, distantes dos locais de trabalho, os ACS continuam no local onde vivem e trabalham. O ACS convive, em várias regiões, com a violência organizada, gangues e, inclusive, o narcotráfico (FORTES; SPINETTI, 2004).

A religião dos ACS, suas crenças pessoais podem influenciar em sua relação com a comunidade e no papel que devem desempenhar. Além disso, é sabido que o estado de saúde é determinado também por valores culturais e religiosos. É por essa razão que a forma como as pessoas promovem ou preservam sua saúde está intimamente ligada ao modo como acreditam adquirir as doenças (WALDMAN, 1999, citado por TRAD; BASTOS, 1998). Assim, ressalta-se a importância de capacitar os profissionais para o reconhecimento dos fatores culturais e religiosos que possam influenciar no comportamento dos indivíduos com relação à sua saúde. É certo que isso não

significa para o trabalhador da saúde abdicar de suas crenças e valores, mas sim a possibilidade de uma melhor articulação entre os saberes técnicos e populares. Tendo em vista que o agente vai assistir pessoas de outras crenças, é imprescindível prepará-lo para lidar com diferentes aspectos culturais da comunidade, inclusive com os seus próprios, para que possa tratar, com habilidade, de assuntos considerados como tabu em determinados grupos, a exemplo daqueles ligados à sexualidade (TRAD; BASTOS, 1998).

Em trabalho realizado por Pedrosa e Teles (2001), para os agentes era conflitante o fato de a comunidade demandar intervenções que eles não tinham competência para realizar: curativos, aplicação de injeção e aferição da pressão arterial. Os agentes comunitários de saúde se identificam com o programa pela convivência com a comunidade, e o fato da comunidade demandar intervenções fora do seu poder de resolução pode ser frustrante. Além disso, para os agentes, uma das dificuldades estava no constrangimento ao tematizar, nas palestras educativas, questões diretamente relacionadas a situações vivenciadas pela comunidade, como condições do domicílio, acúmulo de lixo e falta de saneamento.

Em estudo desenvolvido sobre o agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS/PSF, no município de São Paulo, Silva (2001), citado por Silva e Dalmaso (2002), identificou que o agente comunitário não dispunha de instrumentos e tecnologia, aqui incluídos os saberes para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho. Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum, com a religião e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade (SILVA; DALMASO, 2002).

Teixeira *et al* (2000) referem que a população pode ser exposta a riscos e os funcionários se sentem insatisfeitos por não desempenharem seu trabalho com eficiência quando não há planejamento das atividades e desempenho de funções sem treinamento.

Moura e Sousa (2002) identificaram, tendo como campo de estudo unidades básicas de saúde de uma microrregião do Estado do Ceará, o quanto é baixa a frequência das atividades de educação em saúde desenvolvidas pelas equipes

do PSF, e que, quando as realizam, fazem-nas de maneira verticalizada, com temas prontos, permitindo pouca ou nenhuma interação com a clientela. Perceberam, também, que a orientação individual oferecida por ocasião das consultas, restringe-se ao simples repasse de informações, denunciando problemas relacionados com a falta de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais à realização adequada dessa atividade. Ao final do estudo, concluíram que a baixa oferta de atividades de educação em saúde é decorrência de uma série de razões: a insuficiente cobertura da população por equipes de PSF; predomínio do modelo tradicional curativo; ausência ou inadequação de local para o desenvolvimento das atividades educativas; disponibilização insuficiente de material de apoio e despreparo e desmotivação dos profissionais.

O vínculo estabelecido pelo agente comunitário de saúde com a comunidade por meio do convívio facilita a aderência ao programa e a abordagem da equipe. Porém, pode apresentar sentimentos de impotência pelo limitado poder de resolução, como revela o seguinte depoimento em um estudo realizado por Oliveira e Spiri (2006) sobre a equipe do PSF e sua experiência multiprofissional: *"(...) o agente comunitário acaba conhecendo toda a população (...) é difícil (...) falar 'a gente não conseguiu'(...)"*. Por outro lado, o contato com a família acaba por gerar confiança em relação ao agente comunitário, permitindo que façam confidências. Nesses casos, o sigilo é sempre garantido, de acordo com a ética apreendida.

O estabelecimento do vínculo é uma proposta de destaque do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) para o PSF: *"(...) assim, o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população"*. Para o estabelecimento do vínculo, os profissionais devem conquistar a confiança da população, que surge com o reconhecimento do profissional como participante de seu tratamento, passando o paciente a tê-lo como referência, fazendo até confidências depois de compreender o seu papel (TEIXEIRA *et al.*, 2000; PEDROSA; TELES, 2001).

Em um estudo de Levy *et al.* (2004), os ACS relataram as dificuldades na construção de vínculo com as famílias de suas micro-áreas:

*"(...) 'eles ficam desconfiados, com medo da gente, umas famílias reclamam e não gostam de atender a gente, não entendem que é o nosso serviço'. 'A reclamação da visita é uma coisa que tem bastante. Tem famílias que não querem ser cadastradas, pois acham que é politicagem, xingam e falam que não fazemos nada e ganhamos dinheiro à toa'. Uma usuária dessa área confirmou a dificuldade acima: 'A ACS é muito boa, mas demorei um pouco para confiar nela, porque aqui no bairro é perigoso a gente ir abrindo a porta de casa para qualquer pessoa'". (LEVY *et al.*, 2004).*

O vínculo é consequência de uma relação mais próxima da população com a equipe de saúde por consequência das visitas domiciliares, que facilita a adesão da população ao serviço de saúde. A população sente-se melhor cuidada, pois a equipe intervém com visão mais ampliada pelo conhecimento da realidade, estimulando sua autonomia e participação no tratamento, numa relação de respeito e valorização das particularidades, inclusive co-responsabilizando a população pelo seu próprio bem-estar (TEIXEIRA; MISHIMA, 2000).

A população se compromete com as atividades propostas e permite que o vínculo seja estabelecido quando se sente satisfeita com os serviços de saúde, elevando, assim, a qualidade de vida e promovendo a disseminação do programa pelo país. Esses fatores contribuem para a promoção da saúde da comunidade e reduzem o índice de internações hospitalares (SOUSA, 2000).

Para Campos (1997), citado por Oliveira e Spiri (2006), *"(...) a recuperação da prática clínica assentada no vínculo é a maneira prática de se combinar autonomia e responsabilidade profissional"*. A assistência baseada no vínculo permite que o serviço de saúde acompanhe e identifique os resultados do trabalho de cada profissional, estimulando, também, o exercício da cidadania pelo paciente e pela família.

Matumoto (2005) relata os preconceitos e as pré-concepções dos trabalhadores em relação aos usuários:

"Por exemplo, quando ouvimos referências a usuários que procuram desnecessariamente os serviços de saúde, que estes não têm o que fazer, que só querem agredir os trabalhadores que não obedecem as orientações dada" lembrando que "os trabalhadores só estão ali porque existem os usuários a serem atendidos".

Conforme relatado no estudo de Esperidião e Trad (2005)¹⁷, a mídia, sob o aspecto de formadora de opinião pública, pôde ser identificada como uma fonte de viés, tendendo a influenciar os resultados dos estudos de modo a produzir insatisfação. No Brasil, habitualmente, os diversos conjuntos de mídia propagam uma idéia de serviço público desprovido de qualidade. Essa difusão, muitas vezes, é feita de forma explícita e agressiva (SOUZA, 1997, citado por ESPERIDIÃO; TRAD, 2005). Porém, a maioria das pesquisas revisadas apontou o contrário. Uma provável explicação para esta questão reside na observação de Gilbert *et al.* (2000), citados por Esperidião e Trad (2005), que a mídia influencia mais a opinião de não-usuários do que a de usuários. Seguindo esse raciocínio, a diferença de opinião entre usuários e não-usuários pode resultar de uma antiga e persistente impressão de que o serviço público não funciona, ao passo que tudo o que é privado é de qualidade.

Há outras explicações possíveis, como a satisfação dos usuários pelo simples fato de ter a garantia da prestação dos serviços. Outro elemento que pode influenciar as percepções dos serviços do setor público é a confiança dos cidadãos no governo, nos políticos e nos servidores públicos. A percepção quanto à honestidade e à integridade do governo afeta a avaliação do público em relação aos serviços que recebem dessas instituições (SANTOS, 1995, citado por ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

¹⁷ Neste trabalho, Esperidião e TRad (2005) buscaram, a partir de revisão bibliográfica, analisar a satisfação dos usuários com serviços de saúde.

4 RESULTADOS E QUESTÕES DO/NO PSF AMORAS: representações locais, dinâmica do atendimento, perfil do ACS e expectativas do usuário

Na construção dos resultados, procuramos seguir o planejamento adotado na elaboração do roteiro das entrevistas, assim, esse capítulo está constituído por seis partes, onde são abordados temas referentes a representações sobre saúde-doença; aos aspectos do trabalho cotidiano da equipe na comunidade e no posto e às relações e vínculos estabelecidos entre a equipe e os(as) usuários.

Entretanto, durante a elaboração desse capítulo, nos deparamos com um material muito rico e extenso, trazendo aspectos para além daqueles que tinham sido delineados no início da pesquisa. Assim, em algumas questões optou-se por um tratamento mais descritivo, postergando seu aprofundamento para uma oportunidade futura.

4.1 Representações da saúde, da doença e de seus determinantes: perspectivas dos usuários e profissionais da saúde

“Aí o doutor lá da policlínica falou pra eu ir no dentista. Porque o dente faz parte do útero.” (MASG/usuária/61 anos).

Os distintos grupos pesquisados (usuários e agentes de saúde) manifestam representações associadas ao modo como compreendem e experimentam/vivenciam o processo saúde-doença. As representações são construções do sujeito enquanto sujeito social, que não é apenas produto de determinações sociais nem produtor independente. Estas são sempre construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam. Sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação. (SPINK, 1993). A partir, então, de suas experiências – individuais e coletivas - os atores constroem suas perspectivas e seus conceitos - suas representações - a respeito da saúde, da doença, do atendimento, dentre outros.

Entre os usuários apreende-se uma concepção de saúde como ausência de algum fator psíquico ou de alguma condição que leve à doença. Saúde, de

acordo com os depoimentos, é não estar sentindo nada, não ter preocupação com nada:

“É o menino não tá sentindo nada(...).” (TMP/usuária/60 anos).

“Eu acho assim, a gente tá bem, não tá sentindo nada, tá disposta e tal(...).” (MASG/usuária/61 anos).

“A saúde, que eu conheço, é a pessoa não sentir nada na vida. Não ter preocupação com nada e não sentir nada. Isso é saúde!” (BPS/usuário/67 anos).

O conceito de saúde, para o grupo dos usuários, é identificado pela ausência da doença. A saúde é a ausência de alguma ‘coisa’; essa representada por um sinal ou sintoma que resulta de um desvio do estado ‘normal’. Martin e Ângelo (1998) definem saúde como uma condição de realização, satisfação; cada ser humano direciona-se para alguns objetivos de modo a se autodesenvolver e se realizar, sendo a saúde a condição que o leva a isso. Contudo, segundo Almeida Filho (2000), a saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não pode, de modo algum, ser definida como ‘ausência de doença’.

Em relação à representação sobre ‘o que é doença’, os usuários não apresentaram dificuldades em respondê-la. De acordo com Junior (2004), pode-se pretender que o mal-estar constitua componente essencial da condição humana parecendo ser característica dos humanos se mostrarem insatisfeitos, incapazes de completa satisfação. Porque sempre que o ser humano vê satisfeitas suas necessidades num momento, no seguinte cria outras. Por isto, segundo o autor, tem sido definido como ‘*homo insatisfactus*’. Pelo depoimento dos usuários, a doença é a denominação genérica de qualquer moléstia com sinais e sintomas perceptíveis. E, na maioria, as doenças crônicas degenerativas prevaleceram. A doença foi associada ao hábito de vida e à exposição durante o trabalho:

“Ah, os meus problema(...) é por causa do serviço que foi demais. Meu pai me punha pra trabalhá na roça(...) tinha que pegá saco de sessenta quilos(...) tive todos meus filhos na roça, sozinha. Aí então, meu organismo desceu(...). Eu carregava muita gamela de pau na cabeça. E aí eu já tenho problema na cabeça por causa disso! Eu tomo remédio diário, controlado, pra mim podê controlá! Então a minha doença foi esforço demais que eu fiz! Agora me prejudicô!” (MASG/usuária/61 anos).

"(...)uma friagem danada, a pessoa fica nesse sereno, no meio da poeira, não agasalha direito(...)." (HMLS/usuária/30 anos).

"A gente adquire a doença dependendo do hábito da pessoa. Eu, no caso, sou hipertenso. Eu adquiri essa doença porque, antes, eu alimentava muito, no excesso de açúcar e massa." (GD/usuário/44 anos).

Alguns depoimentos são ligados à retórica da pobreza, condições de trabalho; outros a uma versão mais 'normativa', 'positiva' do adoecimento.

Já nos relatos das ACS, o conceito positivo de saúde, preconizado pela OMS – um discurso mais normativo - apareceu em todas as entrevistas. Porém, os depoimentos revelaram certa dificuldade em definir doença:

"Saúde é o completo bem estar físico e psicológico. Acho muito complicado explicar o que é isso(...). Porque saúde, a gente sabe explicar, mas a doença(...). A doença é quando a gente não tá bem(...). Quando a gente não tá com saúde!" (G/ACS/mulher/39 anos).

"Saúde é quando a pessoa tá bem com tudo: dinheiro, família, trabalho(...). Ah! Não sei te responder isso! Quando a pessoa não tá com saúde, tá doente! É o contrário da saúde!" (M/ACS/mulher/29 anos).

A doença revelou-se como a ausência da saúde - e não como nas entrevistas com os usuários, onde a saúde representa a ausência da doença. Essa facilidade em definir a saúde - diferença notável entre os grupos - é facilmente compreendida quando apreendemos o papel do agente como profissional da saúde e seu promotor. A saúde e seus determinantes encontram-se presentes em seu cotidiano; ele vivencia a saúde em seu meio profissional, principalmente. Ao mesmo tempo, para os usuários, a doença é mais perceptível, mais notável, com sinais objetivos que o corpo não está funcionando adequadamente ou apresenta sinais subjetivos de mal estar ou lesão. Isso dificulta ou impede a realização de suas atividades habituais.

Apesar de concordarmos com Almeida Filho (2000), de que não devemos definir saúde como 'ausência de doença', é dessa forma que os usuários operacionalizam o conceito de saúde e é o que desencadeia a ação espontânea de busca por um serviço de atendimento. Assim, é importante que os profissionais percebam que as iniciativas, muitas vezes tardias, de procurar o

atendimento, baseadas na identificação de sinais ou sintomas, têm relação com a percepção que os usuários têm ou fazem de seu corpo são ou doente.

Outra questão interessante é o fato de que a doença para os usuários é uma construção resultante de hábitos, atividades e comportamentos adotados 'ao longo' de uma vida. São, assim, produtos da história de vida de cada um, caracterizados e individuados pelo passado das pessoas, mesmos que na manifestação da patologia apresentem sintomas e sinais semelhantes.

Nos depoimentos, tanto dos usuários quanto das agentes, nota-se o domínio do padrão do sistema biomédico. Segundo Minayo (1988) ele cria seus mecanismos de aproximação, de propaganda e de imposição. Boltanski (1984) considera que toda a sua história nada mais é que a construção de uma legitimação¹⁸.

"Saúde é não tá precisando de tomá nenhuma medicação, não tê ninguém assim, com problema sério na saúde(...). Ah é não tomá remédio(...)." (SCSA/usuária/27 anos).

"(...)é tê mais atenção do médico(...)." (HMLS/usuária/30 anos).

"(...)é ir no médico, é cuidar da saúde das crianças(...)." (ACFA/usuária/39 anos).

Uma associação que apareceu nos dois grupos (usuários e profissionais) foi a saúde vinculada à medicação, à ida ao médico¹⁹:

"A pessoa tem saúde quando ela toma os remédios que tem que tomar, vai no médico(...)." (M/ACS/mulher/29 anos).

Pepe e Castro (2000) apontaram que frente à hegemonia da medicina curativa, os medicamentos assumem importância exagerada e desempenham papéis simbólicos tanto no sistema de saúde como para os próprios consumidores. Os medicamentos passam, então, a representar a própria saúde; invertem seu papel de simples ferramentas disponíveis para promovê-la e mantê-la. Boltanski (1979) afirma que a doença está diretamente relacionada, em primeiro lugar, a um sinal, e em segundo, a um remédio; é característico dos

¹⁸ Boltanski (1979) afirma que, são nas próprias escolas primárias que os membros das classes populares aprendem que há um saber médico legítimo e que o respeito por esta ciência deve se manifestar pela consciência de sua própria ignorância, pela submissão aos detentores legítimos do conhecimento médico - os médicos.

grupos populares uma ênfase/valorização ao medicamento, ao padrão curativo. Além disso, alguns depoimentos destacam a autoridade delegada ao médico para definir o que é estar ou não doente:

“Doença é quando a gente vai no médico e ele fala que a gente tá com alguma coisa!” (TMP/usuário/mulher/60 anos).

Concordamos com Boltanski (1979) quando afirma que as características propriamente técnicas terapêuticas também contribuem nesta relação assimétrica e de dependência, onde um dos sujeitos – o doente – representa efetivamente o papel de objeto, submetido às manipulações físicas e morais do médico, obrigando aquele a reconhecer sua autoridade. É importante lembrar que os profissionais não lidam com a doença em si, mas com uma pessoa humana, um sujeito. Por isso devem estabelecer uma comunicação de consciência, penetrando e compreendendo o valor e o significado das queixas dos usuários.

Isso reforça algumas das conseqüências atribuídas por autores, dentre eles, Capra (1986), citado por Bosi e Affonso (1998), ao modelo dominante da ciência:

De acordo com o modelo biomédico, somente o médico sabe o que é importante para a saúde do indivíduo, e só ele pode fazer qualquer coisa a respeito disso, porque todo o conhecimento acerca da saúde é racional, científico, baseado na observação objetiva de dados clínicos. (...)a tendência para manter-se saudável não é comunicada, não sendo valorizada a confiança do indivíduo no seu próprio organismo. (CAPRA, 1986, citado por BOSI; AFFONSO, 1998).

Observou-se que, tanto para as agentes como para os usuários, ‘poder estar trabalhando’, ‘ter uma boa aparência’, ‘ter um bom preparo físico’ são reflexos da saúde.

“Se a pessoa tem saúde, ele tem tudo, ele trabalha, ele não preocupa com as outras coisas não(...). Que, a gente trabalhando, a gente chega lá! Sem saúde, a pessoa tá sempre um pouco pra trás. (...)a gente trabalha, a gente tem o que a gente quer!” (GOP/usuária/61 anos).

“Saúde é(...) a pessoa que não tem problema nenhum, tem uma boa aparência, não senti nada(...).” (MVC/usuária/33 anos).

¹⁹ Segundo Boltanski (1979) para os membros das classes populares, a tarefa do médico é “dar-lhes remédios”, ou melhor, “remediar” o mal de modo energético e quase instantâneo.

A capacidade de poder estar trabalhando foi bastante caracterizada, revelando a preocupação e importância que os usuários impõem a essa atividade. Porto (2004) realizou uma investigação sobre condições de vida, trabalho e saúde na qual os entrevistados, ao serem perguntados sobre o sentido do trabalho em suas vidas, responderam que o trabalho representa meio de sobrevivência, possibilidade de conquistar uma independência, forma de distração e de fazer amigos, modo de se sentir útil, único jeito de conseguir as coisas honestamente. Queiroz (1993), citado por Martin e Angelo (1998), em um amplo estudo, que também buscou identificar o significado de saúde e de doença numa comunidade do interior de São Paulo, encontrou resultado semelhante: a incapacidade para trabalhar como efeito dramático do estar doente, ameaçando à subsistência da família. Também Matinez *et al.* (2004) ressaltam que a capacidade para o trabalho é uma pré-condição para uma satisfatória condição geral de saúde. Para Boltanski (1979) a doença é o que tira a força do doente, ou seja, o que o impede de viver 'normalmente' e de fazer de seu corpo um uso (profissional, principalmente) habitual e familiar.

De acordo com as respostas encontradas nos dois grupos, fatores psíquicos também influenciam no processo saúde/doença:

"Saúde é uma pessoa está de bem com a vida! Estar feliz, tranqüila (...)." (L/ACS/mulher/32 anos).

"Hoje em dia, quase ninguém tem saúde! Uns tão doente de nervoso, que é uma doença(...). Você fica preocupada(...). Então, hoje em dia, pouca gente tem saúde! Se você não tá doente de uma coisa, tá doente de outra. E tudo é doença!" (M/ACS/mulher/42 anos).

"A pessoa fica doente quando preocupá muit(...). Com tudo assim, sabe(...). Sê pobre, pagá as contas(...)." (NCD/usuária/27 anos).

Muitas doenças físicas são explicadas pelos entrevistados, de ambos os grupos, como originadas de problemas emocionais. *"A preocupação, principalmente com a falta de emprego"*, foi bastante citada como causa freqüente de doenças. O desemprego desestrutura toda a família, não só do ponto de vista econômico, como também emocional. Essa situação afeta a auto-estima, sendo fator de agravamento da condição de saúde. Marques e Mendes (2002) consideraram que a relação entre desemprego e condição de saúde é tema extremamente

relevante pelo fato de a convivência com elevadas taxas de desemprego ser uma constante na maioria dos países.

As representações identificadas informam sobre formas de apreensão/compreensão do processo 'saúde-doença' vivenciadas pelos agentes e usuários, onde, segundo Boltanski (1979), a compreensão do processo saúde-doença não se dá apenas pela capacidade de verbalizá-lo, mas também relacionando a fala dos sujeitos à aptidão de entender, identificar e exprimir suas mensagens corporais. Doença, dor, não são respostas automáticas a discursos mórbidos, mas sua percepção relaciona-se a expectativas do sujeito e a suas experiências prévias. E mais, exige aprendizado, referidos em meios materiais e culturais. Conforme Arcanjo (2007), a saúde e a doença, inclusive a dor, são culturalmente elaboradas, interpretadas e vivenciadas, correspondendo a experiências singulares e subjetivas. E ainda, Vasconcelos (2001), citado por Arcanjo (2007), diz que a percepção do processo saúde-doença é influenciada pela posição social e pela cultura em diferentes épocas da sociedade de referência dos indivíduos.

Conclui-se que o processo saúde-doença, longe de se reduzir a uma evidência orgânica e objetiva, está intimamente relacionado com as características de cada contexto sociocultural e também com a forma como cada pessoa experimenta subjetivamente esses estados. Conforme o autor, o interessante é perceber, porém, que nas práticas cotidianas do sistema de saúde baseado no modelo biomédico hegemônico, continua-se negligenciando essa complexidade ao focar a doença e desconsiderar o valor da experiência subjetiva do paciente, além da permanente interdependência entre os condicionantes biológicos, psicossociais, culturais e ambientais relacionados ao processo saúde-doença (REMEM, 1993, citado por TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004). Há uma dimensão intra-subjetiva bastante importante entre médico e paciente, no processo de construção da própria doença e adoecimento (BOLTANSKI, 1979).

4.2 A percepção sobre o PSF na atenção primária à saúde

*"Já ouvi falar, mas não sei o que é isso."
(GOP/usuária/61 anos).*

Durante a pesquisa, notou-se que, com frequência, os usuários não conheciam a expressão: '*Programa Saúde da Família*'. Quando se referiam ao programa, usavam '*Posto de Saúde*'. Além disso, foi necessário, na maioria das entrevistas, adequar a pergunta ao '*Trabalho das agentes*' e '*Trabalho no Posto de Saúde*'. O antigo serviço, baseado nos postos de saúde, com prestação assistencialista, foco curativo e não preventivo, predomina nas representações que os entrevistados têm dos serviços de saúde

Outra situação encontrada neste grupo, foi a identificação do termo '*Programa*' como sendo episódios da programação da televisão. O PSF representa '*algo distante*'; já o posto está '*próximo*', '*identificável*' e '*familiarizado*' para os usuários:

"Ah, eu nunca assisti na televisão não! As vezes passa, mas eu não assisto televisão!" (ICML/usuária/62 anos)

"Sempre quando passa na TV, os papos dos médico, eu não gosto de perdê. Eu não gosto de perdê porque a gente não sabe lê, mas a gente ouvindo, a gente sabe." (MASG/usuária/61 anos)

As famílias entrevistadas conheciam o trabalho realizado pelas equipes do PSF, mas desconheciam a expressão '*Programa Saúde da Família*'. De acordo com Almeida (2003), essa desinformação parece estar atrelada a pouca divulgação nos meios de comunicação; à falta de respostas às necessidades da população; à própria prática do PSF, que se volta muito mais para o atendimento individual focalizado, excluindo em parte a família, como sujeito de seu viver; à situação socioeconômica e, ou, ao grau de instrução das famílias. A prática se contrapõe ao discurso normativo, à própria proposta do PSF.

Essa dificuldade em perceber o papel PSF ou identificar com precisão sua lógica de funcionamento também foi observada por Leny *et al.* (2002). O Programa, de fato, é muito mais identificado a partir da sua materialização em um 'posto de saúde' e nas ações dos seus profissionais.

As ACS's afirmaram em seus depoimentos o desconhecimento dos moradores sobre o Programa e seus objetivos. E indicaram ainda que uma maior divulgação do PSF seria essencial para sua compreensão, resultando em uma prestação de serviços mais adequada aos reais objetivos do Programa.

“Aqui nessa região as pessoas são muito simples(...). Ninguém, aqui, sabe o que é Programa Saúde da Família(...). Todo mundo, entende como Posto(...). As pessoas não sabem que esse programa é diferente, tem outra concepção; não é um simples posto de saúde que as pessoas vão procurar ajuda quando estão passando mal! As pessoas têm que entender melhor o PSF(...) Acho que, quando o PSF foi implantado pelo governo, não foi explicado para as pessoas o que ele era realmente. Não foi explicado que ele é baseado na prevenção e não no tratamento, quando as coisas já estão mais sérias(...). O governo deveria criar propagandas de TV explicando o que é o PSF, para que serve esse programa, que ele não é um simples atendimento de pessoas que estão se sentindo mal. A televisão é o melhor meio(...)” (G/ACS/mulher/39 anos).

As ACS demonstraram estar bem informadas sobre o Programa Saúde da Família, seus princípios e diretrizes baseados na atenção primária.

“O Programa Saúde da Família é baseado na prevenção. Esse programa busca a prevenção das doenças(...). É um programa do Ministério da Saúde para o atendimento preventivo das pessoas, fazendo o acompanhamento do desenvolvimento das crianças, o acompanhamento dos grupos de hipertensos e diabéticos, das pessoas com tuberculose e hanseníase, o exame preventivo nas mulheres. É um programa que tem as agentes de saúde que vão nas casas das pessoas acompanhar o tratamento dessas doenças, acompanhar o crescimento das crianças(...)” (G/ACS/mulher/39 anos).

“(...)a gente passa as informações para as pessoas: como evitar problemas maiores, tomando remédios, seguindo a dieta, pesagem das crianças, a época da vacinação, o preventivo, o pré-natal(...). Esse programa cuida da criança, do hipertenso, do diabético, da gestante(...)” (M/ACS/mulher/29 anos).

Além do acompanhamento periódico de crianças e doentes crônicos e a distribuição gratuita de medicamentos, as respostas indicaram a importância do Programa como porta de entrada aos serviços de saúde, reduzindo a demanda pelos hospitais e atendimentos especializados.

“(...)a prevenção deve vir antes da doença, antes do aparecimento da doença ou das complicações da doença. É o cuidado que as pessoas têm que ter para evitar a doença. E esse programa é baseado, justamente, nisso. Tem as agentes de saúde, o posto de saúde e o médico, tem a distribuição de remédios(...). Tudo isso para desafogar

os hospitais. As pessoas, ao invés de irem primeiro nos hospitais, vêm nos postos de saúde. E, se for necessário, são encaminhadas para o hospital.” (G/ACS/mulher/39 anos).

O Programa iniciou, na escola da região, um trabalho de prevenção às cáries. A importância desse trabalho também foi citada nos depoimentos, ressaltando-se a referência às atividades de educação e orientação e não apenas de atendimento.

“O PSF é a prevenção mesmo. (...)é instruir as pessoas, conversar, dar palestras. É orientar a maneira correta da escovação, porque não adianta tá escovando de qualquer maneira. E, principalmente, a escovação antes de dormir, que é essencial. Às vezes, tem muitas pessoas que a gente pergunta: ‘quantas vezes você acha que tem que escovar os dentes por dia?’, aí a pessoa fala: ‘ah, três vezes!’. E a resposta nunca poderia ser essa. A resposta certa seria: ‘escovar os dentes toda vez que comer ou beber alguma coisa!’”. (L/ACS/mulher/32 anos).

Um depoimento de uma ACS referiu-se a formação mais generalizada dos profissionais do PSF, desvinculando-se do modelo tradicional baseado na especialização, ressaltando o atendimento a toda família.

“É um programa que assiste à família. A família inteira, desde a criança até o idoso que tivé na casa. Acompanha, né. O médico da família não tem uma especialidade, só dos rins, só da garganta(...). Ele tem que entendê de tudo um pouco. Ele tem que atende desde criança até o mais idoso. Aí, depois que ele vai encaminhar pra um específico.” (A/ACS/mulher/52 anos).

Todavia, a procura pelos serviços de saúde quando o quadro clínico já está estabelecido apareceu com certa freqüência nos depoimentos dos trabalhadores demonstrando a necessidade de uma maior conscientização da população da importância na prevenção aos agravos que podem acometê-la. É indispensável uma maior divulgação, junto à população, das atividades propostas pelo Programa, com ênfase na atenção primária, na prevenção e promoção da saúde.

“Só que já era pra tá funcionando a mais tempo (...). Pra você vê, a parte dentária, tem muita gente precisando de ir no dentista. Já tem muita gente com cárie! Já tá demais! (...)não tamos dando conta de tanto dente estragado. Tem que ser a parte curativa, não tem que ser prevenção. Então já não é coisa de PSF. PSF não é isso! Mas tem que fazê!” (M/ACS/mulher/42 anos).

Por outro lado, o relato acima, também explicita as necessidades prementes da população. Não obstante à importância das ações de caráter preventivo, não se pode negligenciar a carência histórica de serviços na área da saúde imposta a determinados grupos populacionais, demandando, de forma crítica, inclusive, ações de caráter curativo/intervencionista.

4.2.1 Planos privados de saúde: mediações entre a atenção pública e privada

“Meu marido fez porque tem hora que precisa, né. Me desculpa falar, mas tem hora que a gente é mais bem atendido.” (AFPA/usuária/26 anos)

Uma questão relevante identificada foi em relação aos planos privados de saúde. Muitos usuários eram vinculados a um plano de saúde, que abrangia a família toda ou, no mínimo, as crianças. Conforme os depoimentos, o plano de saúde particular possui vantagens: melhor atendimento, rapidez na marcação das consultas e existência de profissionais mais capacitados:

“(...)eu fui no consultório do médico porque no posto, a médica não sabia o que o meu filho tinha! (...)Porque eu tava tomando esses remédios que o médico aqui do posto receitou e não tava resolvendo nada. Aí eu fui no doutor (vinculado ao plano de saúde) e resolveu” (AFPA/usuária/26 anos).

“Mas quando eu faço exame na policlínica, tem que marcar (...). Às vezes demora, tem muita gente(...). Pra fazer depressa, eu faço pelo meu plano(...)”. (AS/usuário/66 anos).

A maioria dos planos de saúde era vinculada ao trabalho formal e não tinha cobertura total. Isso resultava na demanda pelo atendimento no posto, mesmo das pessoas associadas a planos de saúde:

“Eu e meu marido temos plano(...). Quando eu vô lá no posto, eles faz exame de diabetes, de pressão. Meu marido nem vai no posto. Só os meus filhos que vão consultar no posto, que o plano nosso não vale mais pra eles.” (TMP/usuária/60 anos).

“Eu fui lá porque meu filho tava dando febre, aí eu fui lá depressa(...). Mas eu quase não vou no posto. Tem hora que eu tenho que ir no posto, porque eu pago aluguel e tem mês que aperta e não dá pra consultá no plano. As vezes, eu vô no posto fazer uma consulta, dá uma geral, fazer um preventivo. Mas a consulta do menino é mesmo pelo plano.” (AFPA/usuária/26 anos).

No depoimento acima parece claro a maior confiança depositada no atendimento prestado pelos planos privados de saúde.

Uma agente relata, em seu depoimento, que mesmo sendo vinculado a um plano privado de saúde, todo cidadão tem direito aos serviços do SUS:

“Eles procuram porque, você sabe como é os convênios hoje, é difícil, tem limite de consulta. Às vezes, deixam de pagar, também. E o PSF não é só pra quem não tem convênio, só pra gente carente, não. É pra todos. O PSF é uma complementação do SUS. O SUS é um direito de todos. Então todo mundo tem direito ao PSF. A pessoa tem plano, mais tem direito.” (A/ACS/mulher/52 anos).

De acordo com pesquisa realizada pelo CENSUS – Centro de Promoção do Desenvolvimento Sustentável – resultando na publicação Retrato Social de Viçosa, a situação da população urbana do município, em termos da cobertura por planos de saúde complementar, quando comparada com os dados nacionais, reflete a seguinte posição: enquanto no Brasil apenas cerca de 20% das pessoas estão protegidas por esse tipo de seguro, em Viçosa, aproximadamente, 40% das pessoas possuem algum tipo de plano de saúde. Uma análise desagregada por Região Urbana de Planejamento²⁰ evidencia a desigualdade existente quanto ao uso desse serviço. Na região Centro²¹, mais de 60% das pessoas possuem plano de saúde complementar, enquanto na região de Amoras²², por exemplo, essa proporção não chega a casa dos 20%. Cerca de 60% da população urbana de Viçosa conta apenas com a cobertura do SUS (CENSUS, 2006).

4.2.2 Famílias cadastradas e famílias atendidas: há diferença?

Nos depoimentos das ACS, um assunto, também, bastante mencionado foi sobre o cadastramento e o atendimento das famílias pelo Programa. De acordo com as agentes, todas as famílias da região de abrangência do PSF Amoras são cadastradas. Porém, não são todas que recebem visitas periódicas:

²⁰ O município está dividido em dez Regiões Urbanas de Planejamento, definidas pelo CENSUS, com base na agregação dos setores censitários. Entende-se por setor censitário a unidade territorial criada para fins de controle cadastral da coleta de informações utilizada pelo IBGE.

²¹ Região Urbana de Planejamento composta pelos seguintes bairros e setores censitários: Rua Nova, Acamari, Romão dos Reis, Jardins do Vale, Clélia Bernardes, Ramos, Centro, Campus, Lourdes (parte) e Fátima.

²² Região Urbana de Planejamento composta pelos seguintes bairros e setores censitários: Amoras (Arduino Bolívar), Boa Vista, Laranjal, Barrinha, Vau-Açu, Floresta e Inácio Martins (parte).

"É, porque eu tenho 148 famílias porém tem umas duas ou três, ou mais, que tem mês que a gente não vê ninguém daquela casa. Aí depende! Eles podem estar pra roça, viajando(...). Então existe isso! A gente não faz 100% de cobertura. Não tem jeito. Pode não ter ninguém em casa ou a casa tá fechada." (M/ACS/mulher/42 anos).

E certos procedimentos são extensivos à:

"(...)até gente que não é cadastrado. Por exemplo, na vacinação eu não posso escolher, né. Curativo também, né. O serviço de enfermagem que me procuram, não é cadastrado, mas eu atendo assim mesmo. (...)gente de outras áreas, né! Aquelas que não moram nessa região deste PSF. Mas pra vacina, olhá a pressão, eu nem vejo se é cadastrada." (A/ACS/mulher/52 anos).

A mesma agente relata que a distribuição dos remédios também é específica para famílias cadastradas:

"Agora que tá sendo mais rigorosamente assim. Os remédios vêm mais a conta, né. De acordo com o pessoal cadastrado. Mas antes, não era não. A pessoa vinha com a receita, que consultô pelo SUS. Com receita particular, eles não gostavam que a gente dá, não. A não ser que seja caso especial assim, igual por exemplo, uma pessoa que é cadastrada aqui, mas ele precisou de uma consulta particular, foi um caso de emergência, às vezes ele foi atendido até por caridade. Aí, a gente sabe que se ele ganhou a consulta, se a gente não der o remédio ele não vai tomá. Mas, são poucos casos assim." (A/ACS/mulher/52 anos).

A distribuição de remédios pelo Programa é gratuita. Até o início do ano de 2006, era exigida apenas a receita, independente de sua origem: de um consultório particular ou do SUS. Porém, durante a realização do trabalho, a Secretaria de Saúde enviou um informativo a todas as equipes de PSF condenando esta ação e reformulando novas regras para a distribuição dos medicamentos. Somente receitas de outras Unidades Básicas de Saúde, da Policlínica, do Centro de Saúde da Mulher e da Criança e dos hospitais, poderiam ser atendidas. Seriam rejeitadas desse benefício, receitas de consultórios particulares e do posto de saúde localizado dentro da Universidade.

"(...)minha pressão é controlada porque eu tomo remédio diariamente(...). E eu só vou no posto pra pegá os remédios, eu não consulto lá não(...). Mas as vezes eu tenho que comprá porque nem sempre eu tenho a receita pra pegá. Porque eles não entregam sem receita não. Aí, eu compro na farmácia, que eu compro sem receita!" (EMMP/usuária/34 anos).

4.2.3 Implementação e ampliação das equipes: o que mudou(a)?

De acordo com os depoimentos de ambos os grupos, a implantação do PSF trouxe vários benefícios para a comunidade:

“Antes era uma fila enorme nos hospitais(...). Agora, só é atendido lá, casos que foram encaminhados pelo médico do posto de saúde ou casos de emergência. As pessoas têm que passar, primeiro, pelo médico do posto(...). E quase sempre, no posto do próprio bairro já se resolve o problema. Não tem a necessidade de tumultuar os hospitais. E, ainda, tem a distribuição dos remédios e o acompanhamento de diabéticos, hipertensos e das crianças.” (G/ACS/mulher/39 anos).

“As pessoas, agora, são acompanhadas nas suas casas (...). A gente vai e vê as crianças, se tão tomando os remédios, se tem alguém com diarreia(...). Tudo isso a gente acompanha(...). Porque antes, tudo tinha que ir na policlínica ou no hospital. E as pessoas também, não se cuidavam. As pessoas não tinham o acompanhamento para tomar os remédios(...). Só iam de vez em quando ao médico (...). Esperavam passar mal para consultarem.” (M/ACS/mulher/29 anos).

“Mudou muita coisa(...). A gente não precisa ir lá na rua(...). Aqui mesmo, no bairro, é atendido.” (JCN/usuário/65 anos).

“(...)a gente agora é mais bem atendido.” (AS/usuário/66 anos).

Apesar desses benefícios, alguns depoimentos, tanto de usuários quanto dos profissionais denunciaram a super lotação, principalmente dos que não faziam parte da área de abrangência da UBS, impedindo o atendimento satisfatório dos moradores da área de cobertura do PSF Amoras. Conseqüentemente, o aumento no número das equipes de PSF na cidade tem sido favorável, facilitando o atendimento a outras áreas carentes e reduzindo a procura pelos serviços, por exemplo, na unidade Amoras. Com isso, segundo os próprios relatos, os usuários que realmente pertencem àquela unidade poderão ser atendidos com maior eficiência.

Segundo Silva e Dalmaso (2002), o Programa Saúde da Família encontra-se, atualmente, em fase de expansão, tanto em áreas rurais como em centros urbanos. Além disso, esse modelo vem sendo cada vez mais implementado em grandes cidades e áreas metropolitanas, mantendo entre seus pressupostos e estratégias de intervenção básicos, as perspectivas de ampliação do acesso e de extensão de cobertura por serviços de saúde para parcelas específicas da população brasileira, de racionalidade técnica e econômica, de integralidade e

humanização do atendimento, de participação popular em saúde, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

Contudo, algumas entrevistas descreveram que o aumento do número das equipes seria interessante se fosse oferecido a essas novas equipes estrutura, tanto física quanto de pessoal e de serviços, para um atendimento de qualidade. Além disso, certa insatisfação foi percebida com relação ao fato de que antes de aumentar o número de equipes, seria necessário melhorar a estrutura das que já existem.

"(...)agora eles tão fazendo muito posto, e quase não existe médico, nem enfermeira e nem ninguém pra tomá conta deles. E quando tem, também é um controle que eles tão fazendo lá. (...)é igual esse posto aqui(...). Ele tá sendo um dos postos que tá tendo mais população de gente! (...)então a gente chega lá e tá aquele sacrifício: de médico, só temos uma doutora pra assumir o cargo(...). Então tá um sacrifício nessa parte!" (BPS/usuário/67 anos).

"(...)quem precisa e tá sempre precisando de consulta, reclama porque vai pegar ficha de madrugada e não acha(...)." (EMMP/usuária/34 anos).

"Acho que, antes de aumentarem as equipes, tinha que melhorar as que já existem. Por exemplo, o transporte. Muitas áreas rurais tem que ir de carro, e quase sempre a kombi tá estragada! Assim fica difícil fazer o acompanhamento dessas famílias!" (M/ACS/mulher/29 anos).

Segundo os depoimentos, o cadastramento das pessoas no Programa foi realizado logo no início de sua implementação, com as agentes indo em cada domicílio. O cadastramento também serve como referência para obtenção do benefício bolsa-família, uma política social de transferência de renda do governo federal. Todos os entrevistados eram cadastrados no Programa.

4.3 Agente comunitário: o 'novo' profissional da saúde

"Atender as casas, né. O trabalho delas é só esse, né." (SCSA/usuária/27 anos).

Como o 'Programa', a expressão 'Agente Comunitário de Saúde' também era desconhecida por alguns entrevistados. Foi necessário explicar quem era aquele profissional. O fato de todas as entrevistas serem realizadas após a visita da agente à casa, contribuiu para facilitar sua identificação.

Os usuários, quando não conheciam todos os funcionários da equipe de saúde, conheciam, pelo menos, a agente responsável pela área onde localizava sua residência. Também era freqüente o reconhecimento da agente pelo fato dela residir na comunidade, ser vizinha, conhecer os familiares ou ter laços de parentescos.

“Não conheço todo mundo(...). Só conheço essa que veio aqui, é minha vizinha. O sogro dela mora logo ali(...).” (JCN/usuário/65 anos).

Uma agente não mora na região, mas como trabalha a alguns anos nessa profissão, já era reconhecida por todos.

Diante do próximo relato, verificamos a importância do agente se identificar e se reconhecer perante os moradores/usuários do PSF:

“Eu gosto demais das visitas das agentes(...). Só que a gente nem sabe conversá direito, mas eu gosto porque eu aprendo muito. (...)aprende o modo de viver. A gente não tem leitura, mas ouvido a gente tem. Eu não entendo muito bem, mas pela minha maneira de pensar é assim: que se não tivé uma higiene direito, se não tivé uma alimentação direito, se a pessoa convive em muita sujeirada(...). Isso aí trás doença também.” (MASG/usuária/61 anos).

Silva e Dalmaso (2002) concluíram que ser agente comunitário de saúde é, antes de tudo, ser alguém que se identifica, em todos os sentidos, com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem, costumes; precisa gostar do trabalho. Por serem pessoas do povo, os agentes não só se assemelham nas características e anseios, como também preenchem lacunas, justamente por conhecerem as necessidades dessa população. Silva (2001), citado por Silva e Dalmaso (2002), conclui que, quando se considera o plano objetivo do Programa, o agente se vê como educador para a saúde, organizador de acesso (cadastrador e orientador do uso de serviços) e “olheiro” da equipe na captação de necessidade, identificação de prioridades e detecção de casos de risco para intervenção da equipe. Se o agente não se identifica com a população envolvida, os objetivos do programa não poderão ser alcançados.

Ao se questionar sobre a ACS pertencer à comunidade, os entrevistados declararam que:

“É bom, que ela pega umas informação, né. E quando a gente não vai lá, ela dá umas informação, que mudou o horário da médica(...). Mas pra marcar consulta tem que ir lá no posto. Tem que agendar numa sexta pra ir na segunda.” (AS/usuário/66 anos).

“(...)ela é da família. (...)eu tenho mais costume(...)tenho intimidade(...)fico mais tranqüila, à vontade. A gente fica mais saída pra conversar.” (MVC/usuária/33 anos).

“É bom(...). Só que eu não amolo elas na casa delas(...). Eu preciso delas, eu procuro elas no posto!” (GOP/usuária/61 anos).

Levy (2004) afirmou que o fato da agente comunitária de saúde residir na comunidade é de fundamental importância para a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para falar sobre os seus problemas com uma pessoa que compartilha da mesma realidade. Segundo a autora isso deixa as fronteiras entre ele e os outros habitantes muito mais porosas, criando expectativas e julgamentos específicos, além de definir posições e papéis muito particulares. Em algumas respostas percebemos claramente que além da relação profissional estabelecida entre os sujeitos, amizade e intimidade são nitidamente construídas:

“Ela (agente de saúde) fala muita coisa boa! A gente conversa outros assuntos além da saúde. A gente tem assunto(...). A gente fala da minha casa, das minhas plantas, da minha horta(...). Da minha vida!” (GOP/usuária/61 anos).

“Ela (agente de saúde) chega e me chama(...)eu respondo: ‘Pode entrar!’. Aí, já sabe, já tá acostumada, já vai entrando. (...)ela fica uns dez minutos conversando(...).” (MVC/usuária/33 anos).

“Ela chega, bate, entra pra casa(...). Tem dia que nós vamos pra cozinha, tem dia que nós fica na área mesmo. Quando é pouquinho coisa, ela fala do portão, pra não demorar, porque ela tá trabalhando(...).” (ICML/usuária/62 anos).

“Chega e pergunta se tá tudo bem com a gente(...). Teve um dia que eu tava muito nervosa. Aí ela viu eu com o cigarro na boca, e ela brigou comigo: ‘Não pode(...). Para com isso!’. E eu gostei porque tem muita gente que fala que eles não preocupa com a gente(...). E eles mostra que preocupa com a gente. Igual, ela vai e pergunta se a gente fez o exame(...). Eu tava com o preventivo marcado e não pude ir(...). Ela veio aqui em casa, e eu não pude ir de novo, não deu pra mim ir de novo(...). Aí, quando foi ontem, ela foi e marcaram tudo de novo, com a maior paciência(...). Se fosse eu, já tinha estourado(...)” (KLP/usuária/20 anos).

O relacionamento estabelecido entre os usuários e as agentes foi mencionado como sendo agradável:

“(...)eu tinha uma sogra(...) e a agente tava sempre medindo a pressão, conversando, mandando ela procurar o posto(...). O trabalho delas é muito bom, cria uma amizade, por elas tá sempre freqüentando a casa da gente(...). São muito boas pra tratar com a gente! (...)é mais fácil pra gente conversar, quando a agente é nossa amiga! Lá no posto de saúde da rua a pessoa não te conhece e é tão seca com você.” (EMMP/usuária/34 anos).

“É um trabalho bom porque, as vezes, a gente pode se preocupá com outras coisas e se esquece daquele medicamento, esquece também da dieta(...). E ela passa sempre pra lembrá a gente. Ela também passa pra avisá o dia que tem que pesá as crianças.” (GD/usuário/44 anos).

No seguinte depoimento, nota-se o carinho e respeito estabelecidos entre os sujeitos envolvidos nessa atividade:

“(...)mesmo quando tô meio mau humorada, porque eu acho assim, que as pessoas que vem na casa da gente e procura a gente, eles ‘evem’ pela gente. Então a gente não vai colocá os ‘pobrema’ da gente no ombro do pobre coitado(...). Igual um dia que ela (agente) chegô aqui, eu tava com maior coisa com meu marido, aquele safado(...). Aí ele falô: ‘Não vai chegar com grosseria, não!’ Aí eu falei: ‘Oh, meu filho! Não tenho leitura não, mas sei pensá!’ Aí ela chegô toda alegre(...) e a gente conversou e eu nem lembrei daquele safado do meu marido!” (MASG/usuária/61 anos).

A maioria das respostas concluiu ser, o trabalho das agentes, uma tarefa difícil - do ponto de vista das condições materiais para sua execução. Principalmente durante a visita domiciliar, onde o profissional percorre várias distâncias, independente das condições climáticas. Outro ponto mencionado foi a dificuldade, possivelmente encontrada, quando o trabalho envolve diversos ‘tipos’ de pessoas e personalidades.

“É difícil mexê com o povo(...). Tem pessoas que são muito atenciosas, enquanto outras, não são!” (GOP/usuária/61 anos).

“É difícil demais(...). Ficar andando de casa em casa(...). A pessoa idosa não tem como ir no posto, e a agente tem que andar uma distância longa pra buscar ou pra trazer(...).” (MVC/usuária/33 anos).

“Tê que anotá tudo, não é fácil(...). Pode tá chovendo, tá frio, tá quente, e elas têm que saí andando por esses morros afora(...). Enfrenta até casa de gente complicada(...). Elas entra(...).” (ICML/usuária/62 anos).

“Porque, eu sei que trato eles bem, mas nem todo mundo trata(...). A gente sabe que não. As vezes, eles pode chegar num lugar e as pessoas maltratá eles ou até mesmo não atendê. Acontece isso, de chamá, e a pessoa não atendê, porque tá mal humorada. Então, eu acho que não é fácil não. É a convivência! Nem todo mundo é igual!” (KLP/usuária/20 anos).

Neste depoimento evidenciamos como o usuário percebe o compromisso que as agentes dedicam às suas atividades:

“Às vezes, a pessoa não tá em casa e elas (agentes de saúde) voltam mais tarde(...).” (JCN/usuário/65 anos).

Todavia, essa aproximação pode trazer também alguns problemas. O ACS tem ‘livre acesso’ às famílias e acaba ‘penetrando’, mesmo sem sua vontade, na intimidade dessas famílias, podendo se expor a situações constrangedoras. É importante que ele saiba discernir qual realmente é sua função como profissional de saúde.

“Igual um dia que ela (a agente) chegô aqui, eu tava com maior coisa com meu marido, numa briga só! Aquele safado tá me traindo com minha vizinha!” (MASG/usuária/61 anos).

“Eu fui numa casa, sexta-feira, foi a primeira casa que eu entrei(...). A mulher falou comigo que não agüentava, que o marido tinha ligado o som, que tinha falado isso, que tinha falado aquilo(...). E que não tava agüentando mais, que tava com vontade de largar a casa e ir embora. As pessoas me contam tudo(...). Acho que porque já acostumou(...).” (M/ACS/mulher/42 anos).

Nota-se a dimensão da confiança – o acolhimento e aconselhamento são imprescindíveis à função do(a) agente.

Porém, a exposição a certas situações, a outras pessoas, não familiares, profissionais ou não, pode caracterizar-se como invasão de privacidade e desrespeito. Além disso, o tratamento recebido por essas profissionais varia

entre os moradores e entre as diversas situações cotidianas. Lidar com o outro, com o mundo do outro, pode representar uma tarefa arriscada. Antes de tudo é necessário saber respeitar a individualidade de cada um, reconhecendo no outro um mundo repleto de inconstâncias, com qualidades e defeitos. No próximo depoimento, uma agente relata essa dificuldade:

“Existem pessoas de todos os tipos. Têm aquelas super simpáticas e boazinhas, mas também têm aquelas que te tratam mal e não tão nem aí pro seu trabalho. Acho que elas não sabem que a gente tá ali pra ajudar(...). Muitas, quando a gente vai nas casas, fingem que não tão. Mas a gente sabe que tão, porque dá para escutar a televisão ou a conversa. Tem umas que nunca tão em casa e quando tão, reclamam que tão cansada e nem recebem a gente. A gente fica do lado de fora, atendem a gente pela janela e só respondem com muita grosseria. Mas, como a gente tem que ir, a gente finge que tá tudo bem e segue pra outra casa. Mas tem muita gente que trata muito bem: recebe a gente com toda boa vontade, oferece café e tudo. Quando vê a gente na rua, já chega pedindo pra passar na sua casa, pra tomar um café e conversar. Tem muita gente assim!” (M/ACS/mulher/29 anos).

É importante, também, considerar que os ACS passam a ser portadores de segredos que podem resultar em riscos à própria vida, pois dizem respeito, muitas vezes, a atos ilícitos ou moralmente reprováveis. E, se os outros profissionais da equipe, fim de expediente, retornam a suas residências, na maioria, distantes dos locais de trabalho, os ACS continuam no local onde vivem e trabalham. O ACS convive, em várias regiões, com a violência organizada, gangues e, inclusive, o narcotráfico (FORTES; SPINETTI, 2004). Em um depoimento, a agente relata a dificuldade em realizar o seu trabalho:

“Eu tenho duas casas: uma, a mulher me trata muito bem na rua, com o marido. Otimamente bem, na rua. Mas a gente chega lá, as janelas tão tudo aberta e a gente grita: ‘Oh Fulano! Oh, Fulano!’ E ninguém responde. Mas eu sei que tá lá. Então, eu só entrei nessa casa, uma vez. E eu tenho uma outra casa que eu não vô porque eu tenho medo do homem(...). Porque ele mexe com as mulhê na rua(...). Eu tenho medo dele.” (M/ACS/mulher/42 anos).

Outras dificuldades também são percebidas nesse modelo. Fernandes (1992) concluiu que, por um lado, os agentes de saúde apresentam uma característica positiva de interligação entre a equipe profissional e a comunidade, por outro, servem, freqüentemente, como anteparo das cobranças e insatisfações da população com relação ao serviço. Absorvem, ainda, uma forte pressão de

peças da comunidade para obter favorecimentos e driblar normas no atendimento, o que provoca um grande desgaste para estes profissionais.

“Quase todo mundo da minha área é da minha família e isso, as vezes, dá muita falação. Tem gente que fala que eu só fico passeando nas casas dos meus parentes, que eu não trabalho. Tem gente que fala, também, que eu consigo as coisas mais rápido para os meus parentes: consultas, remédios, exames(...). É muita falação!” (M/ACS/mulher/29 anos).

A partir das entrevistas, concluiu-se também que, apesar das dificuldades, a ACS realiza um trabalho muito importante para a população:

“Eu acho um trabalho muito bom pro pessoal(...). Como se a área de saúde tá evoluindo mais(...). Porque antes, não tinha visita, não tinha nada(...). Ninguém sabia o dia certo de idosos, de crianças, de cada um tê a sua consulta(...). Agora, parece que é tudo organizado: tem o dia da criança, tem o dia do adulto, tem o dia do hipertenso! Eu acho esse trabalho delas muito legal! Antes não tinha essas visitas.” (SCSA/usuária/27 anos).

A confiança depositada nas agentes, no seu conhecimento e nas instruções dadas à população, foi claramente notada. A maioria indicou que, para exercer essa função, provavelmente a agente passou por uma preparação:

“Acho que elas (agentes) são bem orientadas para orientá a gente também(...). Que tem as pessoas que são doentes e não tem informação(...)precisa de ir no posto, precisa de ir no médico e não vão! E elas (agentes), vindo nas casas, serve de um alerta(...). Não precisa ficar, toda vida, doente dentro de casa, porque a pessoa tem médico por perto! (...)tudo que tem pra falar com ela, eu falo. Porque elas é que são a nossa saúde, ué! Elas fala pra mim fazê caminhada, fazê alimentação correta(...). Porque, se não, a pressão não fica normal. Então eu sigo!” (GOP/usuária/61 anos).

“(...)ela é uma agente de saúde e ninguém ia colocá, por exemplo, eu, que não tenho estudo nenhum, pra podê fazê esse tipo de trabalho que elas fazem! Ou então mesmo, que não precisa tê estudo, mas que tenha sido instruída pra fazê isto, que tenha sido preparada pra fazê esse tipo de trabalho(...).” (SCSA/usuária/27 anos).

“Confio(...). Ela é preparada (...).” (ICML/usuária/62 anos).

Não restam dúvidas de que os usuários expressam um alto grau de satisfação em relação à dimensão relacional, em todos os seus atributos: respeito, consideração, escuta, compreensão, acolhida, gentileza por parte dos profissionais da equipe. No bojo dessa satisfação, todos os profissionais da equipe são citados, porém os mais destacados são os agentes de saúde. Vale

notar que esses são o primeiro dado concreto referido pelas famílias quando perguntadas sobre o PSF. Entretanto, a desconfiança em relação ao trabalho das agentes foi destacada. Em uma entrevista cujo usuário ressalta a importância concedida ao médico em detrimento aos demais profissionais da equipe, ele discerne a medicina com enfoque biologicista, centrado no saber técnico:

"(...)quando eu tô com problema eu procuro logo o médico, nem falo nada com as agentes, não." (JCN/usuário/65 anos).

Além disso, em alguns depoimentos nota-se a contradição em relação à aferição da pressão arterial: alguns entrevistados disseram ser essa, uma das atividades realizadas pelas agentes durante as visitas. Outros concluíram que:

"Ela (agente de saúde) mede pressão(...). Mas agora ela não tá medindo mais. (...)tem que ser lá (no posto de saúde)." (AS/usuário/66 anos).

"Mas agora, pra medir mesmo a pressão tem que ser no posto! Isso já tem um tempo(...)." (GOP/usuária/61 anos).

Esses relatos indicam a importância de uma discussão - já existente: *"Quais as ações que devem e podem ser realizadas pelo agente comunitário, como profissional de saúde?"*

Em 1997, a Portaria nº 1.886 definiu as atribuições do ACS, além de exigir escolaridade mínima (reduzida a 'saber ler e escrever') e a condição de residir, no mínimo, por dois anos na comunidade em que atuarão. Por meio da Lei 10.501 de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2002c), a profissão foi reconhecida e regulamentada estabelecendo, como um dos requisitos, a conclusão do ensino fundamental. Além disso, a lei definiu as atribuições específicas do ACS: (i) realizar mapeamento de sua área; (ii) cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro; (iii) identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; (iv) identificar área de risco; (v) orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário; (vi) realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básicas; (vii) realizar, por meio da visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias

sob sua responsabilidade; (viii) estar sempre bem informado e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco; (ix) desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; (x) promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; (xi) traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites e (xii) identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possa ser potencializados pela equipe.

Considerando o contexto no qual o PSF foi criado, Silva e Dalmaso (2002) identificam dois componentes ou dimensões principais da proposta de atuação do ACS: um mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outro, mais político, porém não apenas de solidariedade à população, da inserção da saúde no contexto geral de vida mas, também, no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições.

Segundo os mesmos autores, esse componente político expressa duas expectativas diversas ou complementares: o agente como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a comunidade dos problemas de saúde e de apoio ao auto-cuidado. Nogueira e Ramos (2000), citados por Silva e Dalmaso (2002), identificam, no trabalho do agente, a dimensão tecnológica e a dimensão solidária e social, as quais consideram que têm, sempre, potenciais de conflitos. Esse talvez seja um dilema permanente do agente: a dimensão social convivendo com a dimensão técnica assistencial.

4.4 A visita domiciliar como um instrumento fundamental das ações de atenção básica no âmbito do PSF

"Tá chovendo, tá sol(...), elas têm que sair." (ICML/usuária/62 anos).

A relação instituída entre ACS e usuário durante a visita domiciliar também foi objeto de investigação nesse trabalho. Os depoimentos concentraram-se em atividades realizadas pelas agentes durante as visitas domiciliares: acompanhar o tratamento, principalmente a medicação controlada de diabéticos e hipertensos, conferindo se a administração/posologia indicada pelo médico estava sendo seguida; investigar a saúde dos moradores, principalmente das crianças (caso de diarreia, vômito, febre, ou algum outro sinal/sintoma); aconselhar sobre hábitos alimentares e prática de exercícios; informar sobre alguma atividade no posto (uma consulta específica, pesagem das crianças, um exame preventivo).

Vários entrevistados indicaram como principal atividade dos agentes a visita domiciliar, relatando ser o trabalho externo às atividades no posto, *"percorrendo as ruas dos bairros e visitando as casas"*. Inclusive, segundo depoimentos das próprias agentes:

"(...)o principal é a visita domiciliar(...). O trabalho certo do agente é a visita domiciliar e tentar resolvê aquilo que a gente consegue, que a gente tenta conseguir." (M/ACS/mulher/42 anos).

A visita domiciliar é a atividade mais destacada no Programa, tanto pelos usuários quanto pelos profissionais. Leny *et al.* (2002) afirmam que a visita ao domicílio, de fato, implica uma nova forma de relação profissional/paciente, diferente daquela estabelecida nos limites dos serviços mais formais de assistência, indicando uma conduta de maior qualidade do profissional de saúde. A visita domiciliar oferece também aos profissionais de saúde novas portas de entrada na vida cotidiana das pessoas e um maior poder de influência quanto às medidas e aos comportamentos de saúde a serem adotados pela população.

Apesar de a grande maioria indicar ser muito boa essa atividade realizada pelo 'posto' (Programa), uma entrevistada relatou que esse procedimento não estava sendo adequadamente cumprido no seu caso:

"(...)elas (agentes de saúde) não passam aqui em casa pra ver como é que tá as crianças, pra ver como é que tá a gente. Não vêm fazê visita(...), elas não vêm aqui avisa nada, nem quando tem dentista, nem reunião. E a gente precisa do trabalho delas!" (ACFA/usuária/39 anos).

Na época da realização do trabalho, a agente de saúde responsável pela visitação nessa área estava sendo substituída. No município de Viçosa, o Programa, no ano de 2006, sofreu uma reformulação com o aumento do número de equipes, incluindo novas áreas cobertas. Novas famílias estavam sendo incluídas e as já existentes estavam sendo redistribuídas para as agentes. Este foi o motivo apresentado para o episódio descrito acima.

As agentes realizavam visitas periódicas às casas, normalmente mensais. Porém, conforme a necessidade dos moradores - adoentados, debilitados, recém-nascidos - essa periodicidade podia tornar-se menor: semanal ou até diária.

Os usuários reconhecem, como elemento impactante, a visita domiciliar do médico, alguém que representa grande status em sua 'humilde' moradia:

"Até o médico vem na nossa casa!" (ICML/usuária/62 anos).

Segundo Bosi (1994) nota-se uma vinculação direta entre a concepção de saúde que orienta a população e o modelo hegemônico centrado na biomedicina. Sendo a saúde definida em termos de "reparação na máquina corporal", esse papel é repassado aos técnicos (médicos) não cabendo aos usuários outro lugar que o de 'pacientes' neste processo.

Concluiu-se que a maior parte dos entrevistados discute com seus vizinhos assuntos referentes às visitas e às agentes:

"No início eles (outros moradores vizinhos) perguntavam: porquê? Agora todo mundo já entendeu(...)." (ICML/usuária/62 anos).

"Meus vizinhos gostam das visitas. Tem uma vizinha do lado que tem uma menina(...)paralítica(...)com deficiência(...). E elas (agentes) gostam muito dela." (GOP/usuária/61 anos).

"Essa dona que morava aqui(...). É igual a eu mesma: não gosta de ficá indo no posto não. Aí elas (agentes) vinha aí(...). Se tivesse o remédio lá (no posto) elas trazia pra ela. Ela gostava demais delas!" (MASG/usuária/61 anos).

Nas respostas sobre os aspectos específicos do atendimento envolvendo a ACS, os entrevistados expressaram uma maior quantidade de respostas positivas. Ao se questionar qual o melhor dia/horário para a visita domiciliar, a grande maioria concordou que o turno da tarde de qualquer dia é o melhor momento para atender as agentes. Todavia, uma vez que a visita é tida como um 'favor' oferecido à população, um serviço beneficente prestado pelo posto de saúde, todos afirmaram que a qualquer hora estão prontificados para receber as ACS. No discurso dos usuários, perceberam-se também expressões de conformismo e aceitação passiva dessa população diante do atual quadro da assistência à saúde, provavelmente pelo desconhecimento dos seus direitos como cidadão e sua reivindicação por melhorias; a população não reconhece o Programa como um direito garantido a todo cidadão.

4.5 O trabalho no posto de saúde

*"Sexta-feira é o dia de agenda. Aí, agenda pro dia, durante a semana."
(NCD/usuária/27 anos).*

Ao se questionar sobre o trabalho realizado no posto de saúde foi observado o entendimento em relação aos serviços voltados ao atendimento assistencialista, visando o tratamento e cura das doenças. Nesse modelo, o posto de saúde ocupava (e ainda ocupa) um espaço especial, responsável pelos atendimentos de urgência e emergência.

Para a maioria dos usuários, o trabalho no posto se resume às consultas de hipertensos, diabéticos e consultas de emergência.

Alguns entrevistados responderam que procuram o posto quando estão indispostos ou sentindo-se mal: para aferir a pressão arterial ou medir a temperatura. A indisposição infantil foi uma das causas mais citadas de procura pelo atendimento de emergência.

De acordo com informativo para tomadores de decisão em saúde pública produzido por Sampaio e Lima (2002), o PSF deve desenvolver sete áreas estratégicas mínimas em todos os municípios, definidas pela NOAS (Norma Operacional da Assistência à Saúde) consonantes às diretrizes da política nacional de saúde e aprovadas pela CIT (Comissão Intergestores Tripartite) e

CNS (Conselho Nacional de Saúde): Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Controle da Hipertensão, Controle do Diabetes Mellitus, Ações de Saúde Bucal, Ações de Saúde da Criança e Ações de Saúde da Mulher. Os autores defendem que não há qualquer restrição, e ao contrário, consideram louvável, o esforço dos municípios em agregar outras áreas estratégicas de atuação, tendo por base, o perfil demográfico e epidemiológico das suas populações.

A maioria dos entrevistados era portador de diabetes e hipertensão. Isso, provavelmente, contribuiu para o fato de, a grande maioria das respostas citar o trabalho realizado no posto para controle dessas doenças crônicas (incluindo consultas periódicas e distribuição de medicamentos controlados).

No período de estudo, observou-se que o posto de saúde também era procurado por: gestantes, para consultas de pré-natal; pais, no acompanhamento nutricional das crianças; mulheres, para fazer exame preventivo e para o atendimento dentário. Algumas atividades educativas, como palestras e reuniões, especificamente para hipertensos e diabéticos, também eram realizadas no posto de saúde. Para cada dia da semana havia um atendimento específico (Anexo 6).

Esses serviços prestados à população configuram ações de atenção primária em saúde, enfocando a prevenção e a educação. Uma gestante relatou como é o atendimento prestado pelo posto:

“Elas sempre recebe a gente com um sorriso, trata a gente bem, conversa com a gente(...). Agora, eles dividiram(...), nas quinta-feira é o pré-natal. Então, a gente não tem que pegá fila, marcá exame, marcá ultra-som. Esses negócio, tudo é eles. Uma colega minha tá doida pra fazê o pré-natal aqui(...), que ela tá fazendo lá na rua, e ela não consegue ficha. (...)ela mora perto da minha casa(...). Ela é cadastrada aqui, só que ela achava que, no posto lá da rua, ia ser melhor(...). Só que agora, ela tá vendo que, eu tô grávida de quatro meses e já fiz ultra-som e meus exames tudo. (...)e ela não. Ela tem que ficá indo lá, marcando retorno pra médica(...). É ela que tem que ficá na fila. E aqui não! Eles já pega e já marca pra gente. A gente não tem que pegá fila.” (KLP/usuária/20 anos).

Alguns entrevistados denunciaram a dificuldade quanto às consultas: disputa no momento da distribuição das fichas, fila para atendimento médico e agenda

médica lotada. Estes problemas tornaram-se constantes durante todo o período da pesquisa. E já eram conhecidos por todos, usuários e trabalhadores do programa. Ao longo do trabalho de campo, foi proposto e colocado em prática três sugestões para abrandar esse problema: i) marcação das consultas pela manhã, todos os dias; ii) marcação das consultas pela manhã, somente na sexta-feira; iii) marcação das consultas à tarde. Em todas as sugestões, o número das fichas para consultas mantinha-se inalterado. Contudo, nenhum alcançou bons resultados; o problema continuou existindo.

“Ah, porque chegando lá (no posto de saúde), a ficha já acabou. Por exemplo, eu tô precisando fazê preventivo, aí eu chego lá e já tá cheio o caderno.” (ACFA/usuária/30 anos).

Conforme encontrado por Schimith e Lima (2004), a organização do processo de trabalho da equipe de PSF mantém o sistema de fornecimento de senhas para o acesso à consulta médica. Com isso pode-se afirmar que a estratégia do PSF vem mantendo a forma excludente de atendimento, no qual a prioridade é de quem chegar primeiro. Além disso, a população tem que enfrentar filas em horário impróprio, podendo não conseguir a ficha para a marcação da consulta.

4.5.1 Atendimento prestado pelos profissionais e sua permanência na equipe

“A médica atende muito bem! Mas toda vez, troca de médico, né!.” (NCD/usuária/27 anos).

A inconstância do médico no posto de saúde foi mencionada, evidenciando um problema sério na prestação dos serviços:

“(...)os médicos tão sempre trocando(...). Mês passado eu fui lá e tinha um médico(...). Esse mês tem uma médica.” (NCD/usuária/27 anos).

“Primeiro, o doutor fazia visita nas casas da gente(...). Mas agora parô de fazê! Ele receitava remédio pra gente nas casas(...), falava que a gente tinha que tomá remédio direitinho(...), pedia pra vê os remédios, pedia pra vê tudo. Até o adoçante. Pra vê se a gente tava tomando. Agora, ele não vem mais nas casas porque quase não tá parando médico no posto. Fica um tempo e vai embora!” (TMP/usuária/60 anos)

Sampaio e Lima (2002) também apontaram em seu estudo um problema enfrentado pelos gestores: a ausência ou insuficiência e a dificuldade de

fixação de profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, em alguns municípios brasileiros - particularmente aqueles de pequeno porte. Outros pontos destacados são o tempo, a permanência e a constância dos profissionais, principalmente médicos, nas comunidades. Os motivos, segundo os autores, variam desde questões de inadequada formação para atuarem como 'provedores de atenção primária', bem como a fragilidade de vínculos empregatícios que dificultam a adesão desses profissionais. Afirmam ainda que a formação do médico deverá sofrer adaptações buscando articular conhecimentos de diversos campos de saber; torna-se necessário ampliar as abordagens multidisciplinares, superando-se a simples agregação de disciplinas.

O descontentamento em relação ao atendimento médico prestado no posto de saúde também foi relatado no estudo:

"(...)teve até um comentário que teve gente lá (no posto de saúde), brigando e xingando ela (médica), querendo que ela atendesse mais rápido! Ela faz aquele atendimento sem correria, sem pressa(...) e teve gente que falou que, se ela atendesse mais rápido, ela atenderia mais gente por dia! Só que eu acho ótimo o jeito que ela atende. Quando a gente paga um médico particular(...). Ele consulta igual ela consultô aqui. Porque(...) dependendo do médico, nem põe a mão na criança." (EMMP/usuária/34 anos).

O grande problema centra-se no fato de serem poucas consultas realizadas para atender a população cuja demanda não era por prevenção e sim pelo tratamento de doenças já manifestadas. Mas uma vez, nota-se que o verdadeiro propósito do Programa Saúde da Família ainda não foi assimilado. Segundo Boltanski (1979), os membros das classes populares julgam insuficiente o tempo dedicado ao exame médico e consideram o fato de dedicar tempo bastante ao doente é uma das qualidades mais importantes do médico.

Em relação a essa questão, Bosi (1994) lembra que a população pode e deve ter uma 'conduta preventiva', ou seja, buscar os serviços antes da 'doença' se mesmo na emergência e na dor o atendimento é muitas vezes impossível. Esse impasse estrutural, ao lado de outros condicionantes, como a própria concepção de saúde que orienta o grupo, parece ser um elemento decisivo na perpetuação dessa postura.

Nota-se, mais uma vez, que a ausência de uma consciência sanitária leva o(a) usuário a querer o mínimo, ou seja, identificar o direito à saúde como direito ao serviço nos moldes em que lhe é oferecido, sem sua participação e contribuição para a melhoria. Assim, a maioria das queixas e expectativas da população se refere a questões diretamente vinculadas ao atendimento (BOSI, 1994).

Essa questão também pode, em parte, ser explicada pela inadequação do perfil profissional ao trabalho na atenção básica. Diferentes autores, a exemplo de Fagundes e Fróes Burnham (2005), vêm constatando a necessidade de uma discussão mais global dos currículos da área da saúde, inerentes à prática profissional, incluindo-se, aí, a multiprofissionalidade, intersetorialidade e interdisciplinaridade, posto que elas estão diretamente relacionadas às formas de se conceber saúde e educação. É necessário articular conhecimentos de diversos campos de saber, superando a simples agregação de disciplinas na formação dos profissionais de forma a atender aos princípios do SUS e, conseqüentemente, da atenção básica à saúde.

4.5.2 Integração na rede de assistência à saúde: sistema de referência e contra-referência

"Ah, não sei! Eu vô direto no hospital(...) nem passo no posto." (MASG/usuária/61 anos)

Na USF de Amoras não são realizados atendimento de emergência e urgência, consultas específicas e exames (somente o preventivo). Nesses casos, o(a) usuário deve procurar outras instituições, públicas ou particulares, em geral os hospitais ou a policlínica. A estrutura física, os equipamentos e a capacitação de recursos humanos da USF são indispensáveis para o atendimento de urgência/emergência. A Unidade de Amoras não oferece as condições necessárias que garantam bons resultados nesses eventos. De acordo com Sampaio e Lima (2002) a integração na rede de assistência à saúde é fundamental, garantindo o sistema de referência e contra-referência. O gestor municipal deve desenvolver planos de ação estimulando todos os envolvidos (centrais de marcação de consultas especializadas, internações de apoio

diagnóstico e terapêutico, maternidades) a cumprirem suas funções alcançando, assim, resultados desejáveis.

A disponibilidade de estrutura física e de materiais, de forma contínua para as equipes e a avaliação de encaminhamentos às especialidades e, ou, a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, são essenciais para a garantia da resolubilidade da atenção básica.

“Eles mandam a gente na policlínica pra carimba(...) ali a gente marca. Se fô da cidade mesmo, daí uns dias sai. Se fô de fora, leva bem tempo, mas sai, tem que sair.” (ICML/usuária/62 anos).

“Se acontece algum acidente aqui, tem que ir de qualquer jeito pro hospital, encaminhado pelo posto ou não. Porque o posto não tem condição de fazê. Porque o posto é um outro tipo de tratamento.” (BPS/usuário/67 anos).

Sampaio e Lima (2002) afirmam que essa fragmentação pode prejudicar o trabalho das ESF, se as famílias/usuários não utilizarem esse serviço como porta de entrada, acessando diretamente outros pontos do sistema, propiciando barreiras para os outros níveis da atenção, e impedindo ou retardando o acesso a consultas especializadas, exames, internações e outros tratamentos, sobrecarregados com demandas inadequadas. Por outro lado, é papel fundamental da gestão local, por meio de mecanismos de regulação, garantir a continuidade desse cuidado para não romper a proposta da integralidade vertical do sistema de saúde.

4.6 População atendida e agentes de saúde: uma relação complexa em suas significações

“Mexê com o povo, tem que tê muita paciência.” (M/ACS/mulher/42 anos).

De forma geral, os relatos das agentes apontam para a existência de uma relação agente-usuário distanciada. O status adquirido pelo profissional diante do usuário é característico nesse tipo de relacionamento onde a detenção do conhecimento promove essa distância social relativa. Fernandes (1992) indica que os agentes de saúde passam a ocupar um lugar de poder que os discrimina do restante da população, o que gera, algumas vezes, conflitos pessoais e problemas. Ressalta-se porém, que a integralidade do atendimento

e os objetivos do PSF ficam prejudicados quando não se considera o usuário enquanto sujeito, portador de direitos e, principalmente, de opções de vida.

Este distanciamento entre usuário e ACS também foi citado por Nunes et al. (2002) em trabalho realizado com famílias atendidas pelo PSF em áreas urbanas e rurais de cinco municípios do Estado da Bahia. Em sua pesquisa, concluiu que um primeiro aspecto que sobressai das falas dos ACS é a nova responsabilidade que assumem ao compor a equipe de saúde da família, de dominar certos conteúdos e práticas referentes à biomedicina. O autor observou que a formação que recebem, lhes dá um sentimento orgulhoso de diferenciarem o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular que dispunham previamente, conferindo, assim, um prestígio social, uma vez que o saber biomédico situa-se numa escala superior na hierarquia de saber da sociedade.

Para os profissionais, ser um ACS carrega um papel de destaque diante do status que essa posição representa perante a comunidade. O ACS é repleto de representações que o diferencia da maioria da população – e o destaca - cujo ‘poder’ está centrado no acesso direto aos serviços de saúde e na detenção de um saber técnico.

“É interessante, porque a gente orienta as pessoas. A gente ajuda na prevenção das doenças! A gente acompanha o desenvolvimento das crianças, se as pessoas estão tomando os remédios direitinho. A gente avisa quando tem consulta, reunião, leva os resultados dos exames. Vê se teve algum caso de diarreia na criança da casa. E eu sinto que as pessoas confiam na gente. Quando eu tô passando na rua e as pessoas falam pra gente passar lá na casa delas, pra falar sobre uma consulta, como marcar. Ou para falar de algum problema que ela tá sentindo. Isso tudo, me faz sentir que eu tô sendo útil! Eu gosto muito do que eu faço. Eu acho que é importante pra caramba. Tem muita gente que não sabe lê e não sabe tomá o remédio direito. Aí, a gente vai na casa dela e explica tudo. Tem umas até que a gente desenha um sol e uma lua pra facilitar, pra vê o horário de tomar o remédio.” (M/ACS/mulher/29 anos).

“(...)é tentar ajudar alguém! Eu sempre tento ajudar alguém!” (M/ACS/mulher/42 anos).

Segundo Wong Un (2002), nesse processo, o profissional corre o risco de se considerar auto-suficiente, superior e separado do outro lado da equação do encontro – os usuários - podendo gerar um impasse que afetaria o resultado

dos processos coletivos de saúde, diminuindo as possibilidades de 'sucesso' das ações, e a qualidade dos seus resultados e impactos.

Outra questão relevante apareceu nos depoimentos das agentes - a preferência pelo atendimento na zona rural. Segundo os relatos, essa população é estigmatizada como sendo mais simplória e atenciosa:

"Na minha área, também tem zona rural. É muito melhor fazer visita na zona rural(...) porque eles tratam a gente muito melhor. Eles recebem a gente com toda educação. A gente entra, eles sempre oferecem alguma coisa: café, suco. Eles conversam com a gente direitinho, responde tudo com a maior satisfação. Se tiverem fazendo alguma coisa, param na mesma hora pra atendê a gente. (...)tudo na zona rural é mais difícil, tudo é mais difícil de fazê: a escola fica longe, o mercado fica longe, o posto de saúde fica longe, então quando a gente vai lá, eles ficam muito agradecidos. É um serviço da prefeitura que tá sendo feito pra eles!" (M/ACS/mulher/29 anos).

"O que acontece é que na zona rural todo mundo pensa que esse programa é pra ajudar as famílias carentes, uma espécie de favor que a prefeitura tá oferecendo. E como eles não são acostumados com nada disso, eles ficam satisfeitos demais com as visitas, principalmente do médico. Por isso que eu prefiro ir na zona rural. Lá eles não olham pra gente com cara feia, sempre atendem a gente. Aqui na cidade, não. Quantas vezes as pessoas fingem que não estão em casa só pra não atendê a gente." (L/ACS/mulher/32 anos).

É necessário compreender as representações simbólicas e ideológicas que se formaram ao longo dos tempos em relação ao homem e a mulher do campo. Nascimento (2003) afirma que um grande desafio a ser vencido na realidade social do meio rural são os muitos conceitos que qualificam ou desqualificam os habitantes do campo. Tais conceitos podem ser valorativos ou depreciativos, além de muitos serem pejorativos. O mesmo autor cita como exemplo a concepção pejorativa concebida aos camponeses(as) com estereótipos de atrasados, preguiçosos, ingênuos e incapazes, porque tal postura só vem demonstrar uma espécie de racismo rural disfarçado e camuflado.

A esse respeito, ao refletir sobre a ênfase dada na estruturação do PSF na grande maioria dos municípios brasileiros, cujo foco de atenção é o atendimento a populações marginalizadas, desprovidas do acesso adequado aos serviços de saúde, é importante problematizarmos essas 'categorias' populacionais. Conforme, aponta Nunes (1989), citado por Wong Un (2002),

estamos acostumados a pensar nos setores populares com a categoria carência – população carente. Por ser esta a ótica, diz Nunes, *“nos concentramos em tentar preencher os vazios – deles. Ao ser carentes, são também passivos”*, compreensão essa que acaba por orientar a conformação unidirecional e verticalizada dos programas da área da saúde.

A consideração desse universo e suas especificidades – com seus valores e vivências - é imprescindível à promoção da saúde, pois *“possibilita identificar/compreender e considerar, no encaminhamento de práticas profissionais, elementos dinamizadores da realidade vivida – de conformação, recusa e reelaboração de construções historicamente oficializadas no campo da saúde”* (MANDÚ; SILVA, 2000).

Torna-se indispensável uma mudança na forma de relacionamento entre profissional e paciente, ambos assumindo posição de sujeitos que fazem e refazem o mundo e não simplesmente reproduzem saberes e práticas científicas, frutos de um discurso monológico, concebido como verdadeiro e definitivo (ALVIM; FERREIRA, 2007). Essa mudança de perspectiva no pensar e fazer saúde tem como consequência direta o estímulo à participação e ao exercício da cidadania e implica em uma proposta intervenção dialógica e que intermedia práticas e saberes de diferentes ‘origens’.

Por fim, uma agente, em seu depoimento, relata que os usuários são desinformados sobre o PSF e os(as) julga como desinteressados(as). A demanda pelos serviços de saúde está historicamente relacionada à procura por soluções imediatas e eficientes. E essa concepção não será rapidamente, nem tão pouco facilmente, desvinculada, principalmente pela maioria da população, cujo acesso à informação é precário.

“Eu acho que o pessoal ainda não sabe o que é o PSF. A gente fala com eles: ‘vai lá, vai tê palestra!’, e eles não vêm. Quem vem é gente mais interessada, mas a maioria não. Muita gente confunde com posto pra consultá e pronto. Fala que tem uma palestra aqui, não vem ninguém. Eu acho que no fundo, ninguém quer nem sabê! Por mais que isso é falado! Eles querem é consultá e se a consulta do médico demora, eles reclama: ‘Ah não! O médico tá muito ruim! Demora demais!’. Se faz rápido: ‘A médica nem examinou a gente!’.”
(M/ACS/mulher/42 anos).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir como o processo saúde-doença é compreendido/vivenciado pelos dois grupos de sujeitos estudados – usuários e profissionais do PSF – nos permitiu entender que suas representações são construídas de maneira diferenciada, a partir de suas experiências socioculturais e econômicas. Nessa perspectiva, concluímos que as representações estão intimamente relacionadas às características de cada contexto e também à forma como cada pessoa experimenta, subjetivamente, esses estados.

Essas representações não são compreendidas, apenas, através das falas e discursos dos sujeitos; é imprescindível relacionar essas falas às mensagens corporais que as acompanha, entendendo e identificando-as. Por esse motivo foi imprescindível a utilização da metodologia qualitativa neste estudo.

O trabalho permitiu identificar a predominância do modelo da biomedicina tradicional influenciando a prática da atenção básica à saúde exercida pelo PSF, privilegiando a cultura científica e a verticalidade da relação profissional com o sujeito cuidado, onde as ações em saúde não são constituídas ‘com o grupo’, mas ‘para o grupo’. Os discursos demonstraram o relativo desprestígio do atendimento no ‘posto’ e de seus técnicos, valorizando o ‘saber de fora’ (planos privados de saúde).

A supervalorização do uso dos medicamentos foi outra questão identificada. Além disso, os discursos tornam explícita a dicotomia quanto às diferentes expectativas no/do atendimento: medicina mais instrumental (por exemplo,

com o aparelho para aferir a pressão) *versus* medicina mais afetiva, mais pessoal (proposta no PSF).

Uma constatação relevante diz respeito à hierarquia estabelecida pelos profissionais em relação à função exercida no PSF – diretamente relacionada à sua formação técnica e científica, exemplificada pela autoridade delegada ao médico para definir o que é estar ou não doente. Essa hierarquia é, em parte, explicada pela distância social entre os grupos (os profissionais são altamente escolarizados e detentores de um saber específico) e é incrementada pela distância lingüística (uso de um vocabulário especializado). A detenção de ‘saberes científicos’ estabelece uma assimetria, gerando uma vantagem estratégica de um sujeito sobre o outro, sendo essas questões mais nitidamente percebidas, no âmbito da pesquisa, entre os ACS’s e os usuários.

Constatamos que para uma atuação ideal da Estratégia Saúde da Família é necessária a formação de uma consciência sanitária e o controle social, com a participação de todos os atores envolvidos: profissionais, moradores e poder público. Os usuários têm uma grande responsabilidade, não só demandando ações, mas propondo e exigindo resultados. Entendemos que a participação - em qualquer processo - só é possível quando se tem conhecimento sobre o mesmo. Contudo, durante a realização do trabalho, notamos o não conhecimento do PSF; muitos dos atores envolvidos – tanto usuários quanto profissionais – não souberam explicitar qual o objetivo do PSF como estratégia fundamental da atenção primária.

O relativo ‘desconhecimento’ pelo usuário, da ACS e sua função, revela expectativas diferenciadas em relação ao atendimento. A relação estabelecida entre esses dois sujeitos - marcada pela pessoalidade *versus* impessoalidade, principalmente nas visitas domiciliares – é regada por dimensões de confiança/confidência.

Uma consideração não deve ser negligenciada: em vários depoimentos, as práticas de trabalho do PSF e das ACS’s se contrapõem ao discurso normativo/ideológico do Programa. O Programa não é entendido com sua abordagem preventiva, que valoriza o sujeito em todo seu contexto – cultural,

econômico, social – promovendo sua saúde e prevenindo possíveis agravos. Ainda há uma valorização da doença, do doente; a prática é bem diferente da teoria. O PSF se encontra ‘distante’ do usuário.

A partir dos resultados encontrados, ressaltamos dois importantes pilares do SUS: a humanização do atendimento, procurando respeitar e valorizar a participação e autonomia do sujeito nas ações relativas ao seu bem-estar, e o princípio da integralidade, caracterizando-se pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto e busca apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos. A concepção do processo saúde-doença norteado por esses pilares, conduz à identificação dos problemas de saúde a partir do horizonte da população atendida, priorizando a relação interpessoal, o acolhimento entre os sujeitos e as habilidades de perceber as vulnerabilidades do indivíduo, nos cenários da família e da sociedade. Assim, a mudança de perspectiva no pensar e fazer saúde – princípio do PSF – incorpora uma importante possibilidade que é o papel educativo das ações em saúde, principalmente se concebida e executada de forma participativa, dialógica e considerando práticas e saberes locais.

Outra questão a destacar em relação ao trabalho realizado, foi a escolha da temática e da metodologia utilizada. Pesquisas na área da saúde coletiva fazem uso desse tipo de metodologia, assumindo a idéia que não há um pesquisador e um pesquisado, mas sim, uma inter-relação entre esses dois atores. Confesso que, como aluna do Departamento de Medicina Veterinária onde predominam pesquisas científicas no campo das Ciências Naturais, cujo ‘objeto’ é ‘positivamente’ definido e delineado, e utilizam-se análises precisas (estatísticas e quantitativas) para a sua compreensão, a experiência com o campo da subjetividade representou uma dificuldade a ser enfrentada. Buscar apreender uma visão do mundo sob outro ângulo, diferente do que estamos ‘acostumados’, revelou-se um empreendimento muito difícil. Lidar com o outro, transformando o ‘exótico em familiar’, representou, sem dúvida, meu maior desafio.

Esperamos que esse estudo possa contribuir para a avaliação da Estratégia Saúde da Família implementada tanto no município de Viçosa, como também

em outras regiões do país. Acreditamos também na importância desse tipo de pesquisa, onde se tem não objetos a serem analisados e sim, sujeitos que interagem e que assim, constroem 'conhecimentos compartilhados'. Tentar compreender o relacionamento entre as ACS e os usuários, tão rico e subjetivo, exige mais que o uso de equações e fórmulas prontas. Notar a importância de determinadas falas e gesticulações, aparentemente tão simples e inocentes, podem nos revelar sua total significância, obtendo assim um resultado mais próximo da realidade como ela é.

Recomendamos que todo resultado obtido seja repassado à comunidade – profissionais e usuários – e possa ser discutido e avaliado pelos mesmos, influenciando de maneira positiva em suas próximas ações.

Enfim, tendo em vista a complexidade do tema, cujo estudo envolveu sujeitos com diferentes pontos de vista e diferentes representações sobre saúde-doença, SUS, PSF, atuação dos ACS, participação da comunidade; diferentes frentes de trabalho se descortinam, com o intuito de aprofundar e aperfeiçoar a compreensão dessa realidade. Na relação entre os profissionais e os usuários, pudemos identificar diversas categorias analíticas indicando possíveis desdobramentos que apontam outros universos reflexivos, outras dimensões, tornando-se importantes à manifestação e compreensão do fenômeno tratado e colocando em relativa suspensão a distância/diferença entre os dois grupos analisados. Assim, como questões possíveis de serem exploradas apontamos:

- *"Nossa compreensão de 'grupos populares' nos remete à 'carência' e, conseqüentemente, à 'passividade'?"*
- *"O relativo desprestígio do trabalho das ACS teria relação com marcadores de 'gênero', com a naturalização do cuidar; ou até mesmo com questões de 'classe'?"*
- *"Os serviços de saúde são vistos como 'direito' da população ou como um 'favor' prestado pelo governo?"*
- *"O 'conhecimento técnico' traz 'status', 'poder', gerando uma hierarquia entre os sujeitos?"*
- *"A relação é marcada pela 'confiança/confidência' ou pela 'privacidade/discriminação'?"*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. 2000. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 3: 1-3.

ALMEIDA, M.I. 2003. Modalidade de conhecimento socialmente elaborado: atores sociais no Programa de Saúde da Família. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, 25(2):27-235, Maringá.

ALVES, V.S. 2005. 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**, 9(16):39-52, set/fev.

ALVIM, N.A.T.; FERREIRA, M.A. 2007. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, 16(2): 315-9, abr/jun, Florianópolis.

ARCANJO, G.N. *et al.* 2007. Saber popular sobre dores nas costas em mulheres nordestinas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):389-397.

AYRES, J.R.C.M. 2004. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, 8(14):73-91.

AYRES, J.R.C.M. 2005. Hermenêutica e humanização das praticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(30):549-560, set.

BARRETO, I.S.; MEDEIROS, M.; SILVA, O.V. 1999. Tendências da política de saúde no Brasil e os desafios para a solidificação do Sistema Único de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 1(1), out-dez, Goiânia. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista> (acessado em 27/06/2005).

BATISTA, A.B. 2005. Caserna - lugar de homens': um olhar de gênero na formação do jovem militar. **Dissertação (mestrado)** - Universidade Federal de Viçosa. Viçosa: UFV.

BOLTANSKI, L. 1979. **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro. Graal Editora.

BOSI, M.L.M. 1994. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Caderno de Saúde Pública**, 10 (4): 446-456, out/dez, Rio de Janeiro.

BOSI, M.L.M.; AFFONSO, K.C. 1998. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Caderno de Saúde Pública**, 14(2): 355-365, abr-jun, Rio de Janeiro.

BOSSERT *et al.* 2000. Decentralization of health systems in Latin America. **Rev Panam Salud Publica**, 8(1:2).

BRASIL. 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 292p.

BRASIL. 1994. Ministério da Saúde. **Saúde dentro de casa: programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. 1996. Ministério da Saúde. **Cadernos de saúde da família: construindo um novo modelo**. v. 1. Brasília: MS.

BRASIL. 1996a. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, MS/CNS. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996**. [Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos].

BRASIL. 1997. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.

BRASIL. 1997a. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, MS/CNS. **Resolução n. 240, de 5 de junho de 1997**. [Define o termo "usuário" para efeito de participação nos Comitês de Ética em Pesquisa].

BRASIL. 1997b. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, MS/CNS. **Resolução n. 251, de 7 de agosto de 1997**. [Estabelece as normas para a área temática de pesquisa com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos].

BRASIL. 1999. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, MS/CNS. **Resolução n. 292, de 8 de julho de 1999**. [Estabelece as normas para a área temática especial de pesquisas coordenadas do exterior ou com participação estrangeira e pesquisas que envolvam remessa de material biológico para o exterior].

BRASIL. 2000. Ministério da Saúde. **Programas: Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde: atividades 1999**. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde.

BRASIL. 2000a. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família**. cad. 1. Brasília: MS.

BRASIL. 2000b. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, MS/CNS. **Resolução n. 303, de 6 de julho de 2000**. [Estabelece as normas para a área temática especial de pesquisas em reprodução humana].

BRASIL. 2000c. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, MS/CNS. **Resolução n. 304, de 9 de agosto de 2000**. [Estabelece as normas para a área temática especial de pesquisa com populações indígenas].

BRASIL. 2001. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família - PSF**. Ministério da Saúde. – Brasília, DF: Ministério da Saúde.

BRASIL. 2002. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília.

BRASIL. 2002a. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde

BRASIL. 2002b. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

BRASIL. 2002c. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.501, 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. 2002d. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos síntese dos principais resultados**. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica; elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna. – Brasília: Ministério da Saúde, 228 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. 2003. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. INFORMES TÉCNICO-INSTITUCIONAIS Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil**. 3(1), jan./mar, Recife.

BRASIL. 2003a. Ministério da Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília.

BRASIL. 2003b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, 3(1).

BRASIL. 2004. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 140 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRICEÑO-LEÓN R. 1996. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Caderno de Saúde Pública**, 12:7-30 *appud* TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N.A. 2004. Reivindicando a subjetividade dos usuários. **Caderno de Saúde Pública**, 20(1):80-88, jan/fev., Rio de Janeiro.

BRICEÑO-LEÓN R. 1998. El contexto político de la participación comunitaria em América Latina. **Caderno de Saúde Pública**, 14(2):141-147 *appud* CREVELIM, M.A. 2005. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(2):323-331.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C.L. 2005. A Psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**; 17(2):26-32; mai/ago.

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

CAMPOS, G.W. 1997. **Agir em saúde: um desafio para um público**. São Paulo: Hucitec *appud* OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. 2006. PSF: experiência da equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, 40(4): 727-33.

CAMPOS, G.W.; BARROS, R.B.; CASTRO, A.M. 2004. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):745-749.

CAPRA, F. 1986. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix *appud* BOSI, M.L.M.; AFFONSO, K.C. 1998. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Caderno de Saúde Pública**, 14(2):355-365, abr/jun, Rio de Janeiro.

CASTRO, R.; BRONFMAN, M.N. 1997. Algunos problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud. **Trabalho apresentado no IV Congresso Latinoamericano de Ciências Sociais e Medicina**, Cocoyoc, México. (Mimeo) *appud* SERAPIONI, M. 2000. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5:187-192.

CENSUS – Centro de Promoção do Desenvolvimento Sustentável. 2006. **Retrato Social de Viçosa**. Tancredo Almada Cruz, Sonia Coelho Alvarenga, Maria Inês do Carmo, coordenadores. Viçosa, MG. 105p.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. 1995. Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um *status quo* inaceitável. **Saúde em Debate**, 49(50):53-64, 1995/1996.

COSTA, N.R. 1996. **Inovação política, distributivismo e crise: a política de saúde nos anos 80 e 90**, 39(3):479-511, set/dez, Rio de Janeiro.

COSTA, R.C.R. 2002. Descentralização, Financiamento e Regulação: A Reforma do Sistema Público de Saúde no Brasil durante a década de 1990. Universidade Federal Fluminense **Revista Sociologia Política**, 18:49-71, jun, Curitiba.

COTTA, R.M.M.; MENDES, F.F.; MUNIZ, J.N. 1998. **Descentralização das Políticas Públicas de Saúde: do imaginário ao real**. Viçosa: UFV.

CREVELIM, M.A. 2005. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(2):323-331.

DESLANDES, S.F. 1997. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, 13(1):103-107.

DESLANDES, S.F. 2004. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):7-14.

DIMENSTEIN, M.D.B. 1998. O Psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): Perfil profissional e perspectivas de atuação nas unidades básicas de saúde (UBS). **Tese (Doutorado)**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro *appud* CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C.L. 2005. A Psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**; 17(2):26-32; mai/ago.

ESCOREL, S; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H; MAGALHÃES, R; SENNA, M.C.M. 2002. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos síntese dos principais resultados**. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde.

ESPERIDIÃO, M; TRAD, L.A.B. 2005. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(sup):303-312.

FAGUNDES, N.C.; FRÓES BURNHAM, T. 2005. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 9(16):105-114.

FERNANDES, J.C.L. 1992. Agentes de Saúde em Comunidades Urbanas. **Caderno de Saúde Pública**, 8(2):134-139, abr/jun, Rio de Janeiro

FORTES, P.A.C.; SPINETTI, S.R. 2004. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. **Caderno de Saúde Pública**, 20(5):1328-1333.

FRANCE, G. 1997. Introduzione. La Sanità in trasformazione. L' Assistenza Sociale. **Rivista Trimestrale sulle Prospettive del Welfare**, Roma, s/p, *appud* VIANA, A.L.D'ÁVILA; DAL POZ, M.R. 2005. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Coletiva**, 15, Rio de Janeiro.

FRANCO, A.L.S.; BASTOS; A.C.S. 2002. Um Olhar sobre o Programa de Saúde da Família: A perspectiva ecológica na psicologia do desenvolvimento segundo Bronfenbrenner e o modelo da Vigilância da Saúde. **Psicologia em Estudo**, 7(2):65-72, jul/dez, Maringá.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. 2001. Projeto REFORSUS – CNPq **Determinação e Avaliação do custo do Programa de Saúde da Família – PSF**. Relatório Final. Versão Revisada – junho/2001. Volume I/III março/2001. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

GIL, C.R.R. 2006. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, 22(6):1171-1181, jun, Rio de Janeiro.

GILBERT, R.G.; NICHOLLS, J.A.F.; ROSLOW, S. 2000. A mensuração da satisfação dos clientes do setor público. **Revista do Serviço Público** 51(3):26-40 *appud* ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L.A.B. 2005. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(sup):303-312.

GIOVANELLA L *et al.* 2000. Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção. **Relatório de Pesquisa**, Rio de Janeiro. ENSP/Fiocruz, Mimeo *appud* CAMPOS, C.E.A. 2003. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(2):569-584.

GOULART, F.A.A. 1993. Representações Sociais, Ação Política e Cidadania. **Caderno de Saúde Pública**, 9(4):477-486, out/dez, Rio de Janeiro.

GOUVEIA, P.; COELHO, B.S.; TEIXEIRA, K.M.D. 2007. **Uma favela cordial: imagens discussões, experiências em comunidades**. Viçosa: Ed.UFV.

HORTALE, V.A.; PEDROZA, M.; ROSA, M.L.G. 2000. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, 16:231-9.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2000. **Censo demográfico 2000: resultado do universo** – São Paulo. Disponível: <http://www.ibge.com.br> (acessado em 20/08/2006).

JUNIOR, L.S.M.S. 2004. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)**, jul/ago/set. Disponível: <http://www.portalmédico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecaJornalJulAgoSet2004> (acessado em 27/06/2005).

L'ABBATE, S. 1999. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacidade dos profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, 15(Sup 2):15-27.

LENY, A.B.T. *et al.* 2002. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3):581-589.

LEVINSON, W.; ROTER, D. L.; MULLOOLY, J. P.; DULL, V. T.; FRANKEL, R. M. 1997. **Physician-patient communication**. *JAMA*, 277:553-559 *appud* PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O. 2000. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes. **Cadernos de Saúde Pública**, 16(3):815-822, jul/set, Rio de Janeiro.

LEVY, F.M. *et al.* 2004. PACS: percepção de usuários e trabalhadores. **Caderno de Saúde Pública**, 20(1):197-203, jan/fev, Rio de Janeiro.

LEVY, F.M.; MATOS, P.E.S., TOMITA, N.E. 2004. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, 20(1):197-203.

MANDÚ, E.N.T.; SILVA, G.B. 2000. Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares. **Revista Latino-americana de enfermagem**, 8(4):15-21, Ribeirão Preto.

MARASQUIN, H.G.; DUARTE, R.V.C.; PEREIRA, R.B.L.; MONEGO, E.T. 2004. Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte. **Revista da UFG**, 6(n.º especial), dez, Palmas(TO). Disponível: <http://www.proec.ufg.br> (acessado em 27/06/2005).

MARQUES, P.F. 2001. Práticas de saúde da mulher no espaço domiciliar: Análise a partir de agentes comunitários de saúde. **Dissertação (Mestrado)** Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 143p.

MARQUES, R.M.; MENDES, Â. 2002. Saúde e desemprego. **Revista da Associação de Medicina Brasileira**, 48(1):1-25.

MARTIN, V.B.; ANGELO, M. 1998. Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. **Revista latino americana de Enfermagem**, 6(5):45-51, dez, Ribeirão Preto.

MARTINEZ, M.C. *et al.* 2004. Satisfação no trabalho e saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**; 38(1):55-61.

MATTOS, R.A. (Org.) 2003. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO *appud* ALVES, V.S. 2005. 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**, 9(16):39-52, set/fev.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M. *et al.* 2005. Supervisão de equipes no programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, 9(16):9-24.

MENDES JÚNIOR, W.V. 2000. Assistência domiciliar: uma modalidade de assistência para o Brasil. **Dissertação (Mestrado)**. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro *appud* REHEM, T.C.M.S.B.; TRAD, L.A.B. 2005. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(sup):231-242.

MENDES, E.V. (org.). 1993. **Distrito Sanitário**. "O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde". São Paulo - Rio de Janeiro – Hucitec – ABRASCO.

MENDES, E.V. 1996. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: HUCITEC.

MENDES, E.V.; TEIXEIRA, C.F.; ARAÚJO, E.C. *et al.* 1995 **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO, p.159-185.

MENESES, E; ROCHA, A.A.R.; TRAD, L.A.B. 2005. A trajetória aleatória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 9(17):303-16, mar/ago.

MERLEAU-PONTY, M. 1994. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes *appud* OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. 2006. PSF: experiência da equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**,40(4): 727-33.

MINAS GERAIS. 2006. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, **Programa Saúde da Família - PSF**. Disponível: <http://www.saude.mg.gov.br/programas/psf/>; (acessado em 25/02/2006).

MINAYO, M.C.S. 1988. Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, 4(4):363-381, out/dez, Rio de Janeiro.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; NETO, O.C. *et al.* 1994. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**, 7.ed. Petrópolis: Vozes, 80p.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. 1993. Quantitativo -qualitativo: Oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, 9(3):239-262.

MOURA, E.R.F., SOUSA, R.A. 2002. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cadernos de Saúde Pública**, 18(6).

NASCIMENTO, C.G. 2003. Educação do campo e escola família agrícola de Goiás: o caminhar da teimosia de um movimento social educativo. **Revista Diálogo Educacional**, 4(8):79-95, jan./abr, Curitiba.

NIEG. 2004. Núcleo Interdisciplinar de Estudo de Gênero. **Projeto de Extensão**: Saúde reprodutiva-preventiva em comunidades populares: um programa de extensão. UFV/CCH.

NIEG. 2005. Núcleo Interdisciplinar de Estudo de Gênero. **Projeto de Extensão**: Informação, Educação e Comunicação – IEC: projeto de formação de profissionais e agentes comunitários de saúde para inclusão e emancipação social no âmbito do Programa de Saúde da Família – PSF. UFV/CCH.

NOGUEIRA, R.; RAMOS, Z.V.O. 2000. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde. **Texto para discussão**, 735. 33p. Disponível em [http:// www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br) (acessado em 14/06/2000) *appud* SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. 2002. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 6(10):75-96, fev.

NUNES, E. 1989. **Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos**. Lua Nova, 17:67-91 *appud* WONG UN, J.A. 2002. Visões de comunidade na saúde: comunidade, interexistência e experiência poética. **Tese (Doutorado)** – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

NUNES, M.O.; TRAD, L.B.; ALMEIDA, B.A.; HOMEM, C.R.; MELO, M.C.I. 2002. Agente Comunitário de Saúde: personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, 18(6):1639-1646, nov/dez, Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. 2006. PSF: experiência da equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**,40(4):727-33.

OMS. 1946. **Constituição da Organização Mundial da Saúde** Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal. Disponível: <http://www.onuportugal.pt> (acessado em 19/04/2006).

PAIM, J.S. 2003. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL. M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p.567-86.

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. 2001. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, 35(3):303-311.

PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O. 2000. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes. **Cadernos de Saúde Pública**, 16(3):815-822, jul/set, Rio de Janeiro.

Portaria nº. 1.886 de 18 de dezembro de 1997. **Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde**

da Família. Diário Oficial, Brasília, DF, 22 de dez. 1997. Seção 1. p. 11. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/Portaria%20n1886%20-%20original%2018dez1997.doc> (acessado em 10/01/2007).

PORTO, M.F.S. *et al.* 2004. Lixo, Trabalho e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(6):1503-1514, nov/dez, Rio de Janeiro.

QUEIROZ, M.S. 1993. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Caderno de Saúde Pública**, 9(3):272- 282 *appud* MARTIN, V.B.; ANGELO, M. 1998. Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. **Revista latino-americana de Enfermagem**, 6(5):45-51, dez, Ribeirão Preto.

REHEM, T.C.M.S.B.; TRAD, L.A.B. 2005. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(sup):231-242.

REMEM, R.N. 1993. **O paciente como ser humano.** São Paulo: Summus *appud* TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N.A. 2004. Reivindicando a subjetividade dos usuários. **Caderno de Saúde Pública**, 20(1):80-88, jan/fev., Rio de Janeiro.

RIBEIRO FILHO, G.B. 1997. A formação do espaço construído: cidade e legislação urbanística em Viçosa – MG. **Dissertação (mestrado)** – Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. 245p.

ROZEMBERG, B.O. 2007. Saber local e os dilemas relacionados à validação e aplicabilidade do conhecimento científico em áreas rurais. **Caderno de Saúde Pública**, 23(1):97-105, Rio de Janeiro.

RUNES, DD (ed.) 1985. **Diccionario de Filosofia.** Ed. Grijalbo, Barcelona *appud* AYRES, J.R.C.M. 2005. Hermenêutica e humanização das praticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(30):549-560, set.

SALA, A 1993. A avaliação de programas de saúde. **Programação em Saúde Hoje.** Hucitec, São Paulo *appud* CAMPOS, C.E.A. 2003. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(2):569-584.

SALA, A.; SIMÕES, O; LUPPI, C.G. *et al.* 2004. Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde. **Caderno de Saúde Pública**, 20(6):1556-1564.

SAMPAIO, L.F.R.;LIMA, P.G.A. 2002. **Apoio ao Programa de Saúde da Família**, São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 75 p.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. 2006. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de

Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(1):53-61.

SANTOS, M.P. 1995. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Dissertação (Mestrado)**. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador *appud* ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L.A.B. 2005. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(sup):303-312.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. 2004. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(6):1487-1494, nov/dez, Rio de Janeiro.

SCHRAMM, F.R. 2004. A moralidade da prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):773-784.

SENNA, M.C.M. 2002. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, 18(supl.). Rio de Janeiro.

SERAPIONI, M. 2000. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5:187-192.

SERPA, L.F. 2002. Qualidade - quantidade na pesquisa educacional. **Á gere – Revista de Educação e Cultura**, 6(6):165-174.

SILVA, A.B.F. 2002. A Supervisão do Agente Comunitário de Saúde: limites e desafios para a Enfermeira. **Dissertação (Mestrado)** - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

SILVA, J.A. 2001. O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade? São Paulo. **Tese (Doutorado)** Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo *appud* SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. 2002. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 6(10):75-96, fev.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. 2002. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 6(10):75-96, fev.

SILVA, M.J.; RODRIGUES, R.M. 2000. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2(1), jan/jun, Goiânia. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista> (acessado em 14/05/1996).

SOUSA, M.F. 2000. A enfermagem reconstruindo sua prática: uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 53(n esp):25-30.

SOUZA, E.M. 1997. A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, DF. **Dissertação (Mestrado)**. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília *appud* ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L.A.B. 2005. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(sup):303-312.

SOUZA, R.A.; CARVALHO, A.M. 2003. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, 8(3):515-523.

SOUZA, R.R. 2001. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2):451-455.

SPINK, M.J.P. 1993. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**, 9(3):300-308, jul/set, Rio de Janeiro.

TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M.A.C. 2001. A visita domiciliar no contexto da saúde da família In BRASIL. **Instituto para o Desenvolvimento da Saúde**. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. 1998. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 2:7-28.

TEIXEIRA, R.A.; MISHIMA, S.M. 2000. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 53:386-400.

TEIXEIRA, R.A.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B. 2000. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 53:193-206.

TEIXEIRA, S.F. (Org.), 1989. **Reforma Sanitária: em Busca de uma Teoria**. São Paulo: Cortez/Abrasco *appud* GOULART, F.A.A. 1993. Representações Sociais, Ação Política e Cidadania. **Caderno de Saúde Pública**, 9(4):477-486, out/dez, Rio de Janeiro.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. 1998. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**, 14(2):429-435, abr-jun, Rio de Janeiro.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S.; SANTANA, E.M.; NUNES, M. 2001. A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos. **PNEPG, CNPq**.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S.; SANTANA, E.M.; NUNES, M.O. 2002. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(3):581-589.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. 2001. A interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em Estudo**, (6):49-56.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N.A. 2004. Reivindicando a subjetividade dos usuários. **Caderno de Saúde Pública**, 20(1):80-88, jan/fev., Rio de Janeiro.

VASCONCELOS, E.M. 1999. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Editora Hucitec *appud* TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N.A. 2004. Reivindicando a subjetividade dos usuários. **Caderno de Saúde Pública**, 20(1):80-88, jan/fev., Rio de Janeiro.

VASCONCELOS, E.M. 2001. **A saúde nas palavras e nos gestos - reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec *appud* ARCANJO, G.N. *et al.* 2007. Saber popular sobre dores nas costas em mulheres nordestinas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):389-397.

VASCONCELOS, E.M. 2001. **A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da rede de educação popular em saúde**. São Paulo: Hucitec *appud* WONG UN, J.A. 2002. Visões de comunidade na saúde: comunidade, interexistência e experiência poética. **Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública**.

VAZQUEZ, M.L. *et al.* 2003. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 19(2):579-591, mar/abr, Rio de Janeiro.

VAZQUEZ, M.L. 1999. Expresión de la participación social en los sistemas de salud de Latinoamérica. In: Foro Internacional. La Reforma del Sector Salud, p. 255-261, Ciudad Guatemala: **Proyecto de Apoyo a La Reforma del Sector Salud en Guatemala** *appud* VAZQUEZ, M.L. *et al.* 2003. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 19(2):579-591, mar/abr, Rio de Janeiro.

VIANA, A.L.D'ÁVILA; FAUSTO, M.C.R; LIMA L.D. 2003. Política de Saúde e Equidade. **São Paulo em Perspectiva**, 17(1):58-68.

VIANA, A.L.D'ÁVILA; DAL POZ, M.R. 2005. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Coletiva**, 15, Rio de Janeiro.

VIÇOSA, 2006. **Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais**. Disponível: <http://www.almg.gov.br/munmg/m71303.asp> (acessado em 19/08/2006).

WALDMAN, E.A.; MELLO JORGE, M.H. 1999. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(1) *appud* TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. 1998. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**, 14(2):429-435, abr/jun, Rio de Janeiro.

WONG UN, J.A. 2002. Visões de comunidade na saúde: comunidade, interexistência e experiência poética. **Tese (Doutorado)** – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

ZOBOLI, E.L.C.P.; FORTES, P.A.C. 2004. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 20(6):1690-1699, nov/dez, Rio de Janeiro.

ANEXO 1

Quadro 1 – Características sócio-demográficas dos atores da pesquisa – usuários do PSF, Viçosa-MG, 2007

(continua)

IDENTIFICAÇÃO	SEXO	IDADE (anos)	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	ESTADO CIVIL	FILHOS	OCUPAÇÃO	RENDA MÉDIA DA FAMÍLIA ⁽¹⁾	TEMPO DE MORADIA NA COMUNIDADE (meses)
JCN	masculino	65	ensino fundamental completo	católica	casado	4	aposentado	+/- R\$1.000,00	+/- 348
AS	masculino	66	ensino fundamental completo	católica	casado	7	aposentado	Aposentadoria	+/- 372
GOP	feminino	61	ensino fundamental completo	católica	casado	4	aposentado	Aposentadoria	43
MVC	feminino	33	ensino fundamental incompleto	católica	separado	3	do lar	+/- um salário	24
NCD	feminino	27	ensino médio completo	católica	casado	2	do lar	+/- um salário	-(2)
SCSA	feminino	27	ensino médio incompleto	católica	casado	2	do lar	+/- um salário	+/- 3
HMLS	feminino	30	ensino fundamental incompleto	católica	casado	3	do lar	+/- R\$200,00	3
ICML	feminino	62	ensino fundamental incompleto	evangélica	casado	10	do lar	ajuda dos familiares	60

Notas: (1) Salário mínimo equivalente à época do estudo igual a R\$ 350,00. (2) não foi respondido.

Quadro 1 – Características sócio-demográficas dos atores da pesquisa – usuários do PSF, Viçosa-MG, 2007
(continuação)

IDENTIFICAÇÃO	SEXO	IDADE (anos)	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	ESTADO CIVIL	FILHOS	OCUPAÇÃO	RENDA MÉDIA DA FAMÍLIA ⁽¹⁾	TEMPO DE MORADIA NA COMUNIDADE (meses)
TMP	feminino	60	analfabeto	católica	casado	6	do lar	+/- um salário	312
MACG	feminino	61	analfabeto	católica	casado	5	do lar	+/- um salário	_(2)
KLP	feminino	20	ensino fundamental completo	católica	separado	não possui	_(2)	+/- um salário	144
BPS	masculino	67	ensino fundamental incompleto	evangélica	casado	2	aposentado	aposentadoria	144
AFPA	feminino	26	ensino fundamental incompleto	católica	casado	1	do lar	um salário	216
EMMP	feminino	34	ensino médio completo	católica	casado	4	comerciante	+/- R\$500,00	36
ACFA	feminino	39	ensino fundamental incompleto	católica	casado	2	doméstica	um salário	120
GD	masculino	44	ensino médio incompleto	católica	casado	2	auxiliar ambiental do IEF	dois salários	60
VLS	masculino	72	analfabeto	católica	casado	8	aposentado	aposentadoria	+/- 132

Notas: (1) Salário mínimo equivalente à época da coleta de dados igual a R\$ 350,00. (2) O(A) informante não respondeu a pergunta ou a mesma não foi feita devido à limitação de tempo para realização da entrevista.

ANEXO 2

Quadro 2 – Características sócio-demográficas dos atores da pesquisa – profissionais do PSF, Viçosa-MG, 2007

(continua)

IDENTIFICAÇÃO	SEXO	IDADE (anos)	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO	ESTADO CIVIL	FILHOS	RENDA MÉDIA DA FAMÍLIA ⁽¹⁾	TEMPO DE MORADIA NA COMUNIDADE	TEMPO DE TRABALHO NO PSF (meses)	ATIVIDADES NO PSF
G	feminino	39	ensino médio completo	não possui	casada	2	+/- dois salários	não mora na comunidade	96	auxiliar de escritório
M	feminino	29	ensino médio completo	católica	casada	2	+/- dois salários	29 anos	96	ACS
L	feminino	32	ensino superior completo	católica	casada	1	+/- R\$ 1.800,00	não mora na comunidade	36	auxiliar de consultório dentário
M	feminino	42	ensino médio completo	católica	casada	3	+/- R\$ 1.800,00	não mora na comunidade	96	ACS
A	feminino	52	ensino profissionalizante	católica	casada	2	+/- dois salários	não mora na comunidade	96	técnica em enfermagem

Nota: (1) Salário mínimo equivalente à época da coleta de dados igual a R\$ 350,00.

ANEXO 3

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

❖ *Agentes Comunitários de Saúde (ACS)*

Nome

Sexo: *feminino/masculino*

Faixa Etária

Escolaridade

Religião: *católica/espírita/evangélica/protestante/outras/não tem religião*

Estado Civil

Filhos (*número*)

Renda média da família

Tempo de moradia na comunidade

Tempo de trabalho no Programa Saúde da Família (PSF)

Atividades desenvolvidas no PSF (*visita domiciliar; educação em saúde; acompanhamento de grupos de risco; incentivo e participação na formação dos grupos; controle vacinal; cadastramento; busca ativa de faltosos; trabalho comunitário; controle e participação nos programas de saúde; atividades burocráticas do posto*)

Período do dia mais favorável para visita domiciliar (VD): *manhã/tarde/ambos os turnos*

Média de VD por dia de trabalho/ACS

Número de famílias atendidas/ACS

I) DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O que é saúde? O que é estar com saúde ? O que é ter saúde para você? O que faz uma pessoa ter saúde?

O que é doença? O que é estar doente? O que é estar doente para você? O que faz uma pessoa ficar doente?

II) CONCEPÇÕES SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O que é, para você, Programa Saúde da Família (PSF)? O que faz o PSF?

Você sabe como surgiu o PSF de Amoras?

Depois que o PSF começou, mudou alguma coisa? O que mudou?

Você sabe que as equipes do PSF estão aumentando? O que você acha disso?

Esta equipe, de Amoras, é composta por quem?

III) CONCEPÇÕES SOBRE A POPULAÇÃO ATENDIDA

Quem são as pessoas que você atende no programa? Como são essas pessoas? Quais os tipos de "problemas"?

Quem vem ao posto? Como é essa pessoa?. Ela vem sozinha ou acompanhada? Tem mais mulher ou homem? Criança, adolescente, adulto ou idoso? Por que você acha que isto acontece?

Por que eles vêm ao posto?

Você gosta das pessoas que você atende? Por quê?

IV) CONCEPÇÕES SOBRE O ACS

O que é ser um ACS ?

Por que você é um ACS? Como isso começou?

O que você faz como ACS?

O que você acha do trabalho do ACS? Você gosta deste trabalho?

O que você acha que as pessoas pensam sobre você, ACS? Como elas te tratam?

O seu trabalho é fácil? Por quê?

V) ROTINA DE TRABALHO

Como é a rotina do teu trabalho? Como você vem para o posto? Que horas? O que você faz pela manhã? E na hora do almoço, como você faz, almoça aonde? Depois do almoço, que horas você vem trabalhar? O que você faz a tarde? Trabalha até que horas?

O que você faz no posto? Como?

Que tipo de atendimento é feito no posto?

VI) VISITA DOMICILIAR

O que você acha da visita domiciliar? Como elas são feitas?

O que você faz durante a visita domiciliar? Você conversa com todos da casa?

Qual a área que você é responsável? Como são as pessoas da tua área?

Tem um dia melhor para visitas? Por quê?

Como você é recebido pelas pessoas? Elas te dão atenção?

Você acha que elas fazem o que você recomenda? Por quê?

As famílias que você atende gostam das visitas? Por quê? Como você percebe isso?

VII) AVALIAÇÃO DO TRABALHO

No trabalho de vocês, são coletados dados sobre os usuários? O que é feito com estes dados? São mandados para onde?

E depois, o que acontece com esses dados? São repassados para a comunidade? Como?

VIII) RESOLUTIVIDADE

Quando precisa de um exame que não tem no posto, o que é feito? E o resultado, volta para o posto?

E quando surge um caso de emergência que não pode ser tratado no posto, como faz?

Quando o caso precisa de um especialista, o que é feito?

IX) RELACIONAMENTO COM A EQUIPE

Como é sua relação com as outras ACS? Vocês já se conheciam antes de trabalharem juntas?

Como você se relaciona com o restante da equipe?

Você repassa os dados das visitas para o restante da equipe (outras ACS, enfermeira, técnica em enfermagem, médico,...)? Como isso é feito? Que tipo de informação você repassa?

❖ ***Usuários do Programa***

Nome

Sexo: *feminino/masculino*

Faixa Etária

Escolaridade

Religião: *católica/espírita/evangélica/protestante/outras/não tem religião*

Estado Civil

Filhos (*número*)

Renda média da família

Tempo de moradia na comunidade

Vínculo empregatício

I) DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O que é saúde? O que é estar com saúde ? O que é ter saúde para você? O que faz uma pessoa ter saúde?

O que é doença? O que é estar doente? O que é estar doente para você? O que faz uma pessoa ficar doente?

II) CONCEPÇÕES SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O que é, para você, Programa Saúde da Família (PSF)? O que faz o PSF?

Você sabe como surgiu o PSF de Amoras?

Depois que o PSF começou, mudou alguma coisa? O que mudou?

Você sabe que as equipes do PSF estão aumentando? O que você acha disso?

Você sabe quem trabalha no PSF?

III) CONCEPÇÕES SOBRE O ACS

O que é ser um ACS ? Qual o trabalho do ACS?

O que você acha do trabalho do(a) agente comunitário(a) de saúde?

Você já conhecia a ACS? De onde?

Você confia no ACS? Por quê?

Você acha que é fácil ser um ACS? Por quê?

Você costuma fazer o que ela recomenda? Por quê?

O fato da ACS morar perto da tua casa é bom? Por quê?

IV) CONCEPÇÕES SOBRE O TRABALHO NO POSTO DE SAÚDE

Você costuma ir ao posto? Para que você vai ao posto? Que tipo de atendimento tem lá?

Quando precisa de um exame que não tem no posto, como é feito?

E quando surge um caso de emergência que não pode ser tratado no posto, por exemplo uma perna quebrada, como faz?

Como você é atendido (tratado) no posto? Quem te recebe?

Sempre que você vai se consultar com o médico, você consegue? E quando precisa conversar com outro profissional, você consegue?

V) VISITA DOMICILIAR

O que você acha da visita domiciliar? Como elas são feitas?

Quando a ACS vem à tua casa? E depois, quando ela volta?

Tem um dia melhor para visitas? Por quê?

Quem recebe a ACS na tua casa?

O que a ACS faz na tua casa?

Como é a conversa da ACS? Ela conversa com todos juntos, ou, de vez em quando, chama um para conversar separado? Quando?

E dentro da tua casa, como você se relaciona com a ACS?

A ACS te trata diferente quando está no posto? Como? Por que você acha que isso acontece?

Teus vizinhos gostam das visitas? O que eles falam?

VI) RESOLUTIVIDADE

Quando precisa de um exame que não tem no posto, o que é feito? E o resultado, volta para o posto?

E quando surge um caso de emergência que não pode ser tratado no posto, como faz?

Quando o caso precisa de um especialista, o que é feito?

ANEXO 4



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS




Of. Ref. N° 034/2006/Comitê de Ética

Viçosa, 26 de junho de 2006.

Senhora Professora:

Informamos a V. S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, reunido em 23-6-2006, analisou e aprovou, sob o aspecto ético, o projeto de pesquisa intitulado: *Limites e possibilidades da interação do agente comunitário de saúde com o usuário: estudo de caso com a equipe do Programa Saúde da Família do Bairro Amoras, município de Viçosa - MG.*

Atenciosamente,


Professor Gilberto Paixão Rosado
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Presidente

Professora
Paula Dias Bevilacqua
Departamento de Veterinária

ANEXO 5

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

DEPARTAMENTO DE VETERINÁRIA/DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA

Projeto: Limites e possibilidades da interação do agente comunitário de saúde com o usuário: estudo de caso com a equipe do Programa Saúde da Família (PSF) do bairro Amoras, município de Viçosa – Minas Gerais.

Professores responsáveis:

Paula Dias Bevilacqua (DVT): telefone (31) 3899-1467

Maria de Fátima Lopes (DED): telefone (31) 3899-1638

Patrícia Fernanda Gouveia da Silva (DED): telefone (31) 3899-1999

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Aos _____ dias do mês de _____ de 2006, eu, _____, carteira de identidade nº _____, fui procurado(a) pelo(a) Sr(a) _____, carteira de identidade nº _____, participante do presente estudo, no endereço _____, meu local de _____ (residência ou trabalho). Na ocasião, fui solicitado a colaborar para com o projeto acima referido, permitindo a realização de entrevista sobre temas relacionados ao Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de compreender a relação entre usuários e agentes comunitários de saúde na atuação local de uma equipe do PSF, além de analisar a satisfação dos moradores da área de atuação do programa e avaliar como essa relação interfere nos objetivos propostos pelo programa.

Conforme esclarecimento do(a) pesquisador(a), serão acompanhadas visitas domiciliares juntamente com os(as) agentes de saúde e entrevistas particulares, devidamente agendadas, com os(as) agentes e usuários(as).

A participação no estudo é voluntária, portanto não existe remuneração ou vínculo empregatício, e poderei me recusar a participar ou me retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo ou justificativa. Qualquer enfermidade ocorrida durante a pesquisa não é de responsabilidade da equipe, uma vez que os procedimentos adotados não estão associados a qualquer dano à saúde. Assim, a equipe de trabalho fica isenta da obrigação de tratamento de enfermidade durante o estudo.

Terminado o trabalho de coleta dos dados, e tendo garantido o material necessário ao desenvolvimento do projeto, foi-me garantido que toda e qualquer referência que permita a identificação nominal de cada entrevista ou registro será destruída, garantindo assim sigilo absoluto das informações. Os resultados da pesquisa serão analisados e foi-me assegurada total privacidade. Em contrapartida, cedo ao(à) pesquisador(a) o direito de utilizar as informações prestadas e os resultados dos exames para a realização do trabalho e publicação de seus resultados, direito limitado única e exclusivamente para este fim, não sendo permitido qualquer outro tipo de uso das mesmas.

Viçosa, aos _____ dias de _____ de 2006.

Assinatura do entrevistado

Responsável pela entrevista

ANEXO 6

Cronograma semanal de atividades

DIA DA SEMANA	MANHÃ	TARDE
SEGUNDA-FEIRA	Consulta Vacina	Hipertensos Curativo
TERÇA-FEIRA	Zona rural Vacina Pesagem	Visita domiciliar (médico) Curativo Pesagem
QUARTA-FEIRA	Consulta Curativo	Puericultura Vacina
QUINTA-FEIRA	Diabetes (15 em 15 dias) Vacina	Gestante Curativo
SEXTA-FEIRA	Consulta Vacina	Resultado de exames Reunião da equipe Curativo