

Modalidade de conhecimento socialmente elaborado: atores sociais no Programa de Saúde da Família

Maria Irismar de Almeida

Universidade Estadual do Ceará, Rua Dr. Rabisbona, 279, Bairro de Fátima, 60411-220, Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO. O estudo tem como objetivo apreender as representações sociais elaboradas por 9 enfermeiras, 54 agentes de saúde e 75 famílias sobre o Programa Saúde da Família (PSF), em Aquiraz, município da região litorânea, localizado a 29km de Fortaleza, estado do Ceará, Brasil. Trata-se de estudo com eixo teórico na Teoria das Representações Sociais. Os dados foram coletados nas unidades de saúde na sede, nas áreas rurais e nas famílias. Utilizamos a observação direta e a entrevista semi-estruturada. Os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo. Os resultados apresentam conhecimentos socialmente elaborados por enfermeiras e agentes de saúde sobre o programa de saúde da família, com posicionamentos favoráveis, representando-o como um espaço de atendimento à comunidade, favorecendo uma comunicação mais eficaz a partir do trabalho em equipe. No entanto, as famílias constroem representações sociais negativas, denotando desconhecimento da expressão PSF. A dimensão informação para as famílias parece estar atrelada à pouca divulgação dos 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.

Palavras-chave: atores sociais, Programa Saúde da Família, representações sociais.

ABSTRACT. Modality of socially elaborated knowledge: social actors in Family Health Program. This study has as objective to apprehend social representations elaborated by nine nurses, fifty-four health agents and seventy-five families about Family Health Program (FHP) in a coastline municipal, sited 29km far from *Fortaleza*, state of *Ceará*, Brazil. Study with theoretical axis in theory of social representations. The data were collected in health centers in the main place, countryside areas and with families. We used direct observation and semi-structured interview. The data were submitted to the technique of content analysis. The results showed socially elaborated knowledge by nurses and health agents about the Family Health Program, with favorably positions, representing it as a community attending space, favoring a more accurate communication from team work. Nevertheless, the families build negative social representations, showing lack of information about the FHP expression. The dimension of information to the families seems to be attached to fewer media divulgence, lack of answers to the needs of the population, to the self-praxis of FHP that turns to an individual and focused attendance, excluding in part the family as subject of its living.

Key words: social actors, Family Health Program, social representations.

Introdução

Na década de 70, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e organizações internacionais, como a Fundação Kellogg, difundiram em toda a América Latina, por meio de seminários, publicações e assessorias, os benefícios que as políticas de saúde pautadas em saúde da família poderiam proporcionar à população.

O contexto brasileiro, naqueles anos, foi propício à difusão de tais idéias, via questão epidemiológica

(piores indicadores, sobretudo mortalidade infantil), histórica, política e anseios dos trabalhadores de saúde ditos de esquerda. Outro fato influenciador foi o debate provocado pela conferência do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, no Afeganistão, cujo reflexo levou o Brasil a rever suas práticas mais necessárias e a criar uma estratégia política de atenção primária de saúde,

visando a atingir a meta de saúde para todos no ano 2000 (OMS, 1978).

O setor de saúde também foi influenciado por lutas externas às instituições do setor saúde, como a organização popular provocada pela Igreja Católica, por meio das Comunidades Eclesiais de Base-CEBS, pastorais sociais e suas parcerias com as outras formas organizativas da sociedade, de onde provinham críticas e sugestões para o setor. Dentre essas destaca-se a assistência à saúde direcionada às famílias brasileiras, além do apoio constitucional referido no Capítulo VII, Art.º. 226/227, da Constituição Brasileira, que assegura os direitos civis e sociais à família (Brasil, 1988).

A década de 80 recebe o Sistema Nacional de Saúde e dá início à defesa dos diferentes modelos básicos de organização dos serviços de saúde. Além disso, propõe outros modelos, a exemplo do PREVSAÚDE (Versões 1, 2 e 3), Racionalização Ambulatorial (Conasp), Ações Integradas de Saúde (AIS), Programa de Atenção Integral à Saúde (Pais), VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), Sistema Único Descentralizado de Saúde (Suds), Sistema Único de Saúde (SUS) e Carta Magna - Constituição Brasileira, out/88 - (Brasil, 1988). O resultado dessa década é um legado das lutas empreendidas no setor de saúde, na direção de que saúde é um direito de todos e também uma luta por cidadania.

Nos anos 90, toda a sociedade brasileira foi mobilizada para a compreensão da saúde e da cidadania, como uma proposta dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das IX e X Conferências Nacionais de Saúde, obrigando as instituições públicas e a sociedade a identificar, com clareza, suas fragilidades. E assim ocorreu a expansão da infra-estrutura de saúde, voltada para a promoção da vida humana, associada ao cotidiano de saúde, notadamente à atenção da família.

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu no Brasil a partir da iniciativa do trabalho de assistência à saúde comunitária de um município cearense, quando, em 1993, em Quixadá, o Secretário de Saúde da época, e também Presidente do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (CONESEMS), com o apoio do Prefeito Municipal, promoveu o Fórum de Debates de Sistema Locais de Saúde (SILOS) e modelos assistenciais vigentes no Brasil, como o programa Médico de Família, em Niterói, implantado em 1992 e em outros países, a exemplo de Cuba e da Inglaterra (World Health Organization, 1994; Goya, 1996; Niterói, 1996).

As discussões, conduziram o grupo à elaboração, em outubro de 1993, de um projeto intitulado Saúde da Família, tendo como base o Programa Médico da Família de Cuba, destacando as diferenças em relação às diretrizes operacionais, principalmente quanto à composição das equipes e ao número de famílias a estas vinculadas. No modelo cubano, a equipe é composta por um (1) médico e por um (1) auxiliar de enfermagem, atendendo em consultórios, que também são suas residências, e sendo responsáveis por 120 a 140 famílias -600 a 700 pessoas (Ordoñez, 1995).

O PSF tem como proposta básica a organização da atenção primária. 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 estão associados com custo menor, maior satisfação da população, melhores níveis de saúde e menor uso de medicamentos.

A implementação do PSF no Brasil ocorreu em março de 1994, lançado oficialmente pelo Ministério da Saúde, cujo gerenciamento e organização estavam sob a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), subordinada à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) que, na ocasião, firmou convênios com quatorze municípios de vários estados brasileiros, aí incluídos Quixadá e Beberibe, no Ceará (Andrade, 1998).

Assim, os pressupostos da Reforma Sanitária e do paradigma sanitário, respaldados nos princípios e diretrizes do (SUS), tendo como base operacional os princípios organizativos do distrito sanitário e a prática de vigilância à saúde, foram tornando-se realidade.

Ressalta Fonseca (1997) que várias iniciativas foram materializadas no Ceará, com destaque para o desenvolvimento estratégico de um novo modelo de atenção, baseado na saúde da família, como operação estruturante de ações conjugadas, capazes de permitir novos e consistentes avanços do SUS e de seus princípios. A missão do Programa de Saúde da Família, acrescente-se, é melhorar a qualidade de vida e a saúde das famílias com base territorial definida e que tenham vinculação clara a uma rede de atenção.

O modelo de atenção à família, nos seus aspectos geopolíticos, aponta para uma revisão prática do setor de saúde, voltado, tradicional e predominantemente, para a cura das doenças e recuperação da saúde. O PSF visa a melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na

promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade (Brasil, 1994).

Para Cordeiro (1996), o modelo de atenção do PSF pressupõe o reconhecimento da saúde como um direito à cidadania, sendo a família e seu espaço social o núcleo básico de sua abordagem. Preconiza a prestação da atenção integral, contínua e de boa qualidade, a humanização das práticas de saúde, o estímulo à organização da comunidade para o exercício do controle social e o estabelecimento de parcerias no desenvolvimento de ações intersetoriais.

O Programa propõe a criação de equipes que deveriam ser estruturadas em base territorial, funcionando teoricamente como porta de entrada para os sistemas de saúde e tendo como objetivo “melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência, voltado à família e à comunidade, incluindo desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças” (Brasil, 1994).

As equipes devem ser integradas por um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde responsáveis por uma área territorial com abrangência de 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4500 habitantes (população adstrita). Tais profissionais devem residir no município e trabalhar em tempo integral. O agente comunitário de saúde deve residir na área de jurisdição do município onde atua e receber apoio das secretarias estaduais e municipais de saúde e do Ministério da Saúde (Brasil, 1996).

Mendes (1998: 143-152) assinala que

...a proposta contemplada nesse modelo de atenção, implica em mudanças significativas na organização dos serviços e na prática gerencial. O modelo de atenção baseado na família, com ênfase na vigilância e saúde, pressupõe o desenvolvimento de um processo organizacional, capaz de se configurar como estratégia para consolidação dos sistemas locais de saúde, assumindo os seguintes princípios organizacionais: impacto, orientação por problemas, intersetorialidade, planejamento, programação local, autoridade sanitária local, co-responsabilidade, hierarquização, integralidade, adscrição, heterogeneidade e realidade.

Nesse novo 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 constroem relações intra e extrafamiliares e se desenvolve a luta pela melhoria das condições de saúde. A família, como agente sujeito do seu

processo de viver, torna-se recipiente do cuidado profissional (Brasil, 1994).

Esse novo campo do saber não deve ser 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. Por conseguinte, uma assistência à família exige uma ação interdisciplinar, para a qual a enfermagem traz a sua contribuição.

O PSF tem como pressuposto democratizar a assistência da saúde, quando desloca o profissional para o espaço familiar. Essa democratização da assistência precisa ser entendida pelos sujeitos participantes como um significado social.

Nesse constante movimento de olhar a família, tentando compreender suas características, necessidades, expectativas e relações, a enfermagem aprenderá que caminhos deverá seguir para o cuidado da família. Além disso, poderá voltar-se para si própria como profissão, enfrentando desafios, possibilidades e limitações, além de se inter-relacionar com as demais áreas de conhecimento.

O estudo sobre os atores sociais do PSF tem contribuído para repensar as políticas públicas, bem como a mudança de atitudes relacionadas à prática da equipe, elaborando novos conceitos, que proporcionam novas maneiras de desenvolver as ações propostas pautadas nos princípios do Sistema Único de Saúde.

Ao adentrar no objeto de estudo – o PSF – entendemos que este se coaduna com a Teoria das Representações Sociais (TRS), uma vez que buscamos apreender informações, atitudes e comportamentos determinados pelos sujeitos sociais. Essas representações são veiculadas pela mídia e construídas pelos grupos em seu cotidiano.

Diante do exposto, o estudo buscou apreender as representações sociais elaboradas por enfermeiras, agentes de saúde e famílias sobre o PSF.

Eixo teórico: teoria das representações sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) teve sua origem na França na década de 60 com Moscovici (1978). Nessa perspectiva, Nóbrega (1990) considera as representações sociais como modalidades de conhecimento particular circulante no cotidiano, tendo como funções apriorísticas as de formação de condutas e orientação das comunicações sociais.

Nesse sentido, as representações sociais circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente por meio de uma fala, um gesto, um encontro no cotidiano dos sujeitos. Elas se encontram impregnadas nas

relações sociais estabelecidas, nos objetos produzidos e consumidos e nas comunicações trocadas. Por um lado, as representações sociais correspondem à substância simbólica que participa da elaboração do objeto e, por outro, constituem a prática responsável por essa substância.

Vala (1996) indica que os indivíduos não se limitam apenas a receber e processar informações, uma vez que eles constroem significados e teorizam sobre sua realidade. Estudar as representações sociais possibilita conhecer como o homem comum constrói um mundo significativo, definido pelas teorias das representações sociais, sob dois olhares distintos: o primeiro refere-se ao sentido de compreender o fenômeno no aspecto particular; o segundo envolve o aspecto mais geral ou universal: análise dos processos por meio dos quais os indivíduos, em interação social, constroem teorias sobre os objetos sociais, determinando a comunicação e a organização dos comportamentos.

Dessa forma, a TRS torna-se um referencial teórico instigante para se realizar uma leitura da realidade do PSF, proposto por Jodelet (1989 p. 36), que afirma ser esta [...] *“uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e compartilhada, com um objetivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social [...]”*.

Nesse aspecto, para entender as representações sociais, conforme Jodelet (1989), é interessante reportar ao pensamento de Moscovici (1981), por seus aspectos constitutivos, em que discute serem as Representações Sociais um conjunto de conceitos, proposições e explicações produzidas no cotidiano a partir da comunicação interindividual. Na nossa sociedade, elas são equivalentes aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, ou a uma versão contemporânea do senso comum. Evocar tais conceitos possibilita estudar o PSF de modo contextualizado, apreendendo-o e verificando como ele é veiculado e absorvido pelos profissionais e usuários no seu cotidiano.

Por sua vez, Nóbrega (1990) considera que os processos sociocognitivos compreendem a articulação entre conteúdo cognitivo e as determinações sócio-históricas em que surgem e circulam as representações, servindo, respectivamente, para explicar as condições de emergência da concretude e da atribuição de significação dos objetos sociais, que são construídos pelos sujeitos que buscam a sintonia de suas práticas com as comunicações, na orquestração da sociedade. Para tanto, metodologicamente, foram utilizados os processos de objetivação e de ancoragem na apreensão das representações sociais.

A objetivação e a ancoragem são processos específicos em que as representações sociais estabelecem mediações, trazendo para um patamar quase material o *plano simbólico*, que favorece a produção de **conhecimento**, seja de um sujeito individual ou coletivo, a respeito de um objeto representado por **atitudes** registradas em **campo de representação** (imagens) que determinam as três dimensões das RS. No *plano social*, elas são distribuídas obedecendo a três aspectos: **pressão à inferência, engajamento e dispersão da informação** de uma comunicação, ficando à mercê da realidade concreta das representações sociais na vida social (Moscovici, 1978).

A instrumentalização do saber ocorre, segundo Jodelet (1984: 487), *como uma “modalidade que permite compreender como os elementos da representação não somente expressam relações sociais, bem como contribuem para constituí-las”*. Nesse sentido, atribui valor à representação, transformando o objeto novo em saber útil para grupos ou indivíduos.

Material e métodos

O estudo de natureza descritiva tem como marco teórico a Teoria das Representações Sociais por lidar com os aspectos psicossociais do cotidiano.

O campo de investigação da pesquisa foi o 1º Departamento Regional de Saúde - DERES, cuja denominação atual é Microrregião de Saúde I, com sede em Fortaleza, onde se verificou a adesão ao PSF dos primeiros municípios da jurisdição daquela região. Posteriormente, foi feito contato com a coordenação do PSF do Município de Aquiraz, escolhido para a pesquisa. A escolha desse município atendeu a uma série de critérios, tais como: está com o PSF implantado há mais de um ano; está relacionado com organização do modelo de assistência voltado para vigilância e promoção da saúde, enquadrando-se na Gestão Plena de Atenção Básica.

O Município de Aquiraz fica localizado na zona litorânea, é parte integrante da Área Metropolitana de Fortaleza, distando 29 km da capital, com acesso pelas rodovias BR 116 e CE 040, ocupando uma área de 471 km². Apresenta destacado potencial turístico, com praias bastante conhecidas e freqüentadas, como: Iguape, Prainha, Presídio e Beach Park (Ceará, 1997). Dividido em oito áreas administrativas, sua distribuição é feita de acordo com o crescimento populacional de cada localidade, colocando-se o Distrito-Sede em primeiro lugar, seguido dos demais: Justiniano de Serpa, Tapera, Camará, Caponga da Bernarda, Iguape, Tapuiú e Patacas.

Para conhecermos o quantitativo de enfermeiras e agentes de saúde, realizamos um levantamento junto à Coordenação do PSF, que informou contar, em média, com 10 enfermeiras e 94 agentes de saúde.

O trabalho ensejou a constituição de três grupos amostrais de representantes: 9 enfermeiras (grupo I); 54 agentes de saúde (grupo II) e 75 famílias (grupo III).

Para inclusão dos grupos de enfermeiras e de agentes de saúde, foram estabelecidos os seguintes critérios: participam os que atuaram nas equipes do PSF, da zona rural; aqueles com tempo de serviço de seis meses a um ano no PSF e os que aceitam as exigências da pesquisa. Para a constituição do grupo de famílias, foram consideradas aquelas que tinham sido beneficiadas com ações do PSF; as que tinham sido atendidas pela enfermeira; as que estavam disponíveis; as que aceitaram a participação na pesquisa e as residentes na zona rural. A opção pela zona rural deveu-se à necessidade de saber se as ações do programa estavam atendendo à comunidade.

Para coleta das informações, buscamos apoio na técnica da entrevista, na observação livre e no diário de campo. A coleta ocorreu no período de setembro de 1999 a junho de 2000. O roteiro de entrevista para os sujeitos da pesquisa contemplou as seguintes questões: **Fale sobre o PSF. Descreva sua experiência com o PSF. O que é PSF para você? O que o PSF é para os outros? Qual a perspectiva do PSF?**

Todas as entrevistas realizadas foram gravadas com o consentimento dos informantes, em condições de privacidade. A duração foi de trinta a oitenta minutos, estendida, em determinadas situações, a 120 minutos.

A pesquisa ensejou também a observação livre, com o acompanhamento da dinâmica de trabalho da enfermeira e dos agentes de saúde. O objetivo foi compreender os determinantes implícitos e explícitos das práticas desempenhadas por eles e suas relações com a família, assim como as peculiaridades do cotidiano dos profissionais inseridos na investigação.

O diário de campo foi utilizado para registrar todo e qualquer fato ou questões julgadas relevantes, em todas as fases de coleta das informações, para consecução dos objetivos propostos pela investigação.

A formalização da entrada no campo deu-se por meio de ofício remetido ao Secretário de Saúde do Município pesquisado, cabendo a este fazer os devidos encaminhamentos ao subsecretário e à

coordenadora do PSF (Programa de Saúde da Família). Foram observados todos os princípios legais e éticos, conforme o disposto na Resolução nº 196/96, que estabelece normas de pesquisa em seres humanos.

Os dados foram interpretados conforme a técnica de análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (1977): construção do *corpus* (entrevista, diário de campo e observação livre). Na organização dos dados realizamos a leitura flutuante de cada descrição contida nas falas dos investigados. Ao realizar a análise, optamos pela unidade de registro (frase) e pela unidade de contexto (o parágrafo); a seguir, realizamos o recorte das falas, com a finalidade de construirmos as sub-categorias, as categorias e, finalmente, as unidades temáticas.

Resultados e discussão

Os resultados são apresentados, considerando as características dos informantes e as categorias temáticas apresentadas a seguir.

Características dos Informantes

Agentes de Saúde

Dos 54 agentes de saúde que atuavam na equipe do PSF, à época da pesquisa, na zona rural, e que se dispuseram a participar da pesquisa, 51 eram do sexo feminino, e, apenas três, do masculino. A idade variou de 20 a 61 anos.

Quanto ao estado civil eram: trinta casados, quinze solteiros, sete separados e dois viúvos.

A religião que prevalece entre eles é a católica, professada por cinquenta e dois agentes; entre estes, apenas dois são evangélicos.

A situação de escolaridade apresenta o seguinte quadro: relativo ao 1º grau completo, 42,7%; incompleto, 22,2%. Referente ao 2º grau: completo, 27,7%; incompleto 7,4%. Todos os agentes de saúde entrevistados residiam na área de trabalho e eram provenientes, na sua maioria, de áreas circunvizinhas. Apenas seis eram de municípios mais distantes, como: Pentecoste, Aracoiaba, Quixeramobim, Alto Santo, Umirim e Canindé.

A jornada de trabalho é de quarenta horas semanais.

Enfermeiras

As enfermeiras participantes do estudo, em número de nove, encontravam-se na faixa etária compreendida entre 25 e 44 anos. Em relação à escola onde concluíram a graduação, oito graduaram-se pela Universidade Federal do Ceará e uma pela Universidade Estadual do Ceará. Do total, oito são solteiras e uma é casada. Todas residem em

Fortaleza e cumprem uma jornada de trabalho de 40 horas semanais. Acerca do aperfeiçoamento profissional, todas concluíram cursos de especialização em Saúde da Família e participam ou participaram de cursos de aperfeiçoamento de pequena duração, ofertados pela Instituição, em articulação com a Secretaria de Saúde e Escola de Saúde Pública do estado do Ceará. O tempo de trabalho das participantes em saúde pública variou entre 3 e 18 anos de atividades.

Famílias

O casamento, na estrutura familiar das entrevistadas, predomina como instituição regular. Em sua maioria, prevalece a família nuclear, destacando a presença da mulher, marido e filhos, embora tenham sido encontradas na pesquisa mulheres que residiam com pais e/ou sogros. Há tendência de organização de espaço com famílias multigeracionais, como foi observado no momento da aplicação das entrevistas nos domicílios.

Nas famílias investigadas, 25 das mulheres têm de 1 a 3 filhos, o que é muito freqüente na área urbana; o predomínio (42) é das mulheres com 4 a 10 filhos, e as 8 restantes têm entre 11 e 23 filhos, caracterizando o meio rural com a presença de famílias com prole numerosa.

Sobre o estado civil, 54 mulheres afirmaram que são casadas, 15 mantêm união consensual, cinco são solteiras e uma é viúva.

A idade das mulheres variou de 17 a 70 anos.

Quanto à religião, 63 das mulheres afirmaram ser católicas, nove são evangélicas, uma é índia e cultua o deus Tupã; duas afirmaram não praticar religião. O número de evangélicas vêm crescendo em razão da presença de igrejas e ampliações em vários pontos da zona rural, tendo em vista que, à época da pesquisa, havia um projeto para a construção de cinco igrejas e a insistência na evangelização cada dia mais dinâmica.

Em relação ao nível de escolaridade das mulheres, a maioria declarou ter iniciado o 1º grau, mas atingiram no máximo a 5ª série, com exceção de duas que iniciaram a 8ª série, mas também não concluíram o 1º Grau. O índice de analfabetas é 22,8% (17), o que é preocupante pelo fato de a mulher ser a nucleadora no seio da família e da comunidade e ser a presença mais constante nos serviços de saúde.

Conhecimento elaborado

Do estudo, emergiu a categoria conhecimento e as subcategorias de análise que indicam a dimensão das informações sobre o Programa Saúde da Família, percebidas pelos atores sociais da pesquisa: expressão

de atividade em equipe; espaço de atendimento à comunidade; presença do médico e da enfermeira; campo de prática do agente de saúde no PSF; fonte de conhecimentos/informações sobre o programa; espaço de atenção à saúde das famílias (Figura 1).

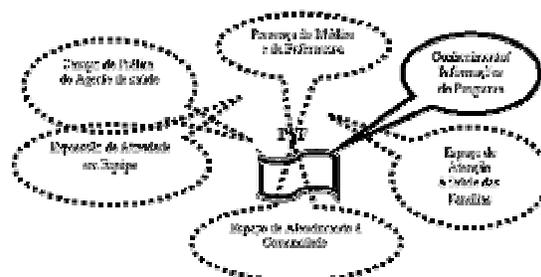


Figura 1. Conhecimento do PSF. Expressão de Atividade em Equipe.

Aprendemos que as enfermeiras concebem o PSF também como uma atividade em equipe capaz de gerar acolhimento intergrupar, auto-realização, gratificação pessoal. Em alguns momentos, porém, colocam o PSF como um trabalho desgastante, em razão do excesso de trabalho, da não-resolubilidade dos problemas da comunidade e das condições de trabalho.

Essa não-resolubilidade parece ter eco em determinantes de natureza estrutural e de garantia de acesso do usuário a todos os níveis de assistência, que para Turrini (2002, p.102),

a capacidade resolutiva de um serviço é apontada como um indicador de eficácia, solução de problemas, evitar danos... envolvendo aspectos relativos à demanda, à qualidade do cuidado, à satisfação do cliente, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de saúde preestabelecido, à acessibilidade aos serviços, à formação dos recursos humanos, às necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais, socioeconômicos da clientela, entre outros.

O trabalho em equipe é propulsor dessa harmonia apontada pelos enfermeiros, pois a equipe gera saberes diferenciados e interdisciplinares, para atingir uma única meta. Nesse sentido, Fazenda (1991, p.31) considera que a interdisciplinaridade “depende de uma mudança de atitude perante o problema do conhecimento, da substituição de uma concepção fragmentária pela unitária do ser humano” Acrescentam Paim (1994) e Anjos (2001) que a organização do trabalho voltada para a atenção integral envolve a interação de práticas múltiplas, o que impõe uma dada forma de organização da assistência à saúde, implicando o estabelecimento do trabalho coletivo de uma equipe multiprofissional.

Todo mundo trabalha em harmonia, todo mundo é amigo, um ajuda ao outro (...); comemoramos os aniversários, a gente tem que viver em sociedade, em comunidade (...); o que as pessoas passam para a gente é que gostam demais do nosso trabalho(...); a relação da minha equipe com as outras equipes do PSF é excelente. Nós nos relacionamos muito bem e isto faz com que gere um ambiente agradável de se trabalhar. Algumas vezes, nos Municípios anteriores, eu ia trabalhar angustiada, já aqui isto não acontece (...); eu gosto muito de trabalhar no PSF e aqui em Aquiraz me dou bem com todos os meus colegas. Pra mim este trabalho, eu não levo como uma carga pesada, faço com prazer e sou feliz trabalhando no PSF...

Famílias Espaço de Atendimento à Comunidade

Os agentes de saúde dizem que o PSF facilita o atendimento do médico e da enfermeira; não obstante, sua percepção configura-se como atendimento individualizado às famílias, ensejando consultas mais freqüentes e maiores benefícios para a comunidade. Além disso, evita a procura do hospital mais distante, permite que as famílias carentes sejam atendidas, cuida de doenças simples e oferece oportunidade de exames. Isso se justifica, quando Anjos (2001, p.1113) revela que “o trabalho em equipe, as relações estabelecidas entre seus integrantes, são de modo geral o de cooperação e respeito mútuo entre os membros da equipe que trabalham no PSF”.

Anjos (2001, p.164) acrescenta ainda que “as enfermeiras ao elegerem a prática de ações programáticas dirigidas a grupos prioritários, atendem às orientações das diretrizes do PSF, com a finalidade de possibilitar o aumento da cobertura aos grupos de risco, atuando na promoção, prevenção e recuperação da saúde desses grupos”.

...O PSF é um sistema de saúde importante porque tem uma equipe composta por médico, enfermeira e as famílias têm o atendimento em casa, quando não podem ir até o posto de saúde(...); o PSF é uma equipe de saúde que veio para mudar totalmente a vida das pessoas em termos de saúde (...); é um programa muito importante porque tem a médica, a enfermeira e antigamente não tinha isso(...).

Os agentes de saúde também apontam as limitações desse atendimento à população, quando revelam:

...Acho que deixa a desejar, poderia ser melhor porque na minha concepção, o médico, a enfermeira têm que estar lá na família, visitando, mesmo que não tenha doença. Eles não estão tendo aquela oportunidade porque têm que atender um grande número de pessoas e está sendo mais a quantidade do que qualidade. Para as pessoas começarem a melhorar mesmo, não é necessário apenas a visita diária do agente de saúde, eles também precisam do médico e da enfermeira, não é só aquele serviço de ambulatório que tem que vir no Posto

de Saúde(...); a enfermeira deveria estar mais na localidade, visitando as área, sair um pouquinho aqui do Posto de Saúde e visitar mais as famílias lá fora (...). Comentam ainda que havia uma compreensão por parte da família que o PSF ia funcionar assim: o médico direto na família, cada família sendo atendida na sua casa pelo médico, levando remédio, a enfermeira. Ai o povo fica com aquilo na cabeça. Então quando chegou o PSF achava que ia ser assim, que eles não iam se deslocar para um determinado lugar para se consultar, receber remédio, fazer planejamento familiar. Ah! o governo botou propaganda na TV dizendo que o médico da família ia tratar o doente em casa. Que PSF é esse?”

As famílias também associam o PSF ao atendimento médico:

O que eu sei é que tá vindo esse médico, para acompanhar. A gente tá achando muito bom porque antes, um tempo atrás não tinha nada disso. A gente tá achando maravilhoso porque toda semana eles tão vindo (...); é um benefício pra comunidade. Porque se é de todo mundo ir pra Aquiraz e aqui tendo todos os meses já diminui mais (...); é muito bom esse atendimento porque ajuda as famílias, a saúde está em 1º lugar e traz muitos benefícios para as comunidades (...); ele traz benefícios, o comprimido, o atendimento médico, eu acho ótimo (...); eu ouço falar por aqui que é o programa da saúde, a pessoa procurar o médico, fazer o exame de prevenção, fazer o pré-natal (...); levo a criança pra consultar ele passa medicação pra verme é só isso mesmo.

Presença do médico e da enfermeira

Em seus depoimentos, os agentes de saúde elaboram significados que compartilham, como o modo de pensar da família sobre o PSF, associando-o também a um Programa, em que há ações desenvolvidas pelo médico e pela enfermeira.

A presença do médico e da enfermeira no PSF foi estabelecida como equipe mínima, vinculada a uma unidade de saúde que se adequa às ações determinadas pelo programa (Brasil, 1997):

O PSF é um sistema de saúde importante porque tem uma equipe composta por médico e enfermeira...

Os depoimentos sugerem que o PSF trouxe melhorias, como: a presença do médico, da enfermeira, mais remédios e o incremento das ações básicas de saúde:

Depois do PSF tudo melhorou, tem o pré-natal, a prevenção, a parte do dentista, vacina no posto, campanha de vacinação das crianças, a enfermeira vem para as localidades...

A contribuição mostrada no PSF pelos agentes comunitários de saúde é também referendada no documento Brasil (1997), que aponta como objetivo geral do programa a contribuição para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único

de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nos serviços de saúde.

Campo de prática do agente de saúde

Nas falas das famílias, o PSF associa-se ao atendimento do agente de saúde, no domicílio, contribuindo para informar as famílias sobre aspectos relacionados à saúde e à doença.

Para Silva e Damaso (2002, p.138),

“os agentes de saúde têm basicamente três atividades-fim, dirigidas aos indivíduos, famílias e comunidade: a visita domiciliar, atividades em grupo e atividades comunitárias... a visita domiciliar é considerada primordial do PSF e atribuição primeira do agente... a visita articula-se ao trabalho da equipe, principalmente quando o agente encontra um problema, o qual leva para discutir com a enfermeira...”
... Já ouvi falar. Não é agente de saúde? (...); o PSF, eu acredito que é esse trabalho da agente de saúde visitando as casas e sabendo como é que vai a saúde das pessoas, no dia a dia, eu acredito que seja esse não? (...); o Programa Saúde da Família é o programa que serve pra família todinha, é assim como o agente de saúde visitar a casa da pessoa e dar aquela instrução pra pessoa, o que deve fazer (...); o Programa da Saúde da Família, é esse atendimento que vem esses ... agente de saúde né, acompanhando as famílias nas áreas onde a gente mora (...); programa da saúde é muito bom. Às vezes a pessoa anda na casa da gente, pergunta o que é que a gente sente, o que quer e o que não quer...

Fonte de conhecimentos/informações

As famílias entrevistadas conhecem o trabalho realizado pelas equipes do PSF, mas desconhecem a expressão Programa Saúde da Família. Em nenhuma de suas falas detectamos algo da filosofia do PSF, a não ser pela presença do médico e da enfermeira, do deslocamento programado da enfermeira para as localidades e da visita constante da agente de saúde para solicitar informações, orientar e fazer encaminhamentos. Essa desinformação parece estar atrelada à pouca divulgação dos 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, a situação socioeconômica e o grau de instrução das famílias.

Articulando o pensar dos atores sociais da pesquisa com a TRS, Nóbrega (2001) considera que as representações sociais apresentam movimentos contínuos, que são estabelecidos nas diversas ondas de comunicação. Portanto, é necessário que as mesmas se estruturam a partir de três dimensões definidas como difusão, propagação e propaganda. A edificação da conduta relacionada à fala dos sujeitos refere-se à difusão do conhecimento/informação que, nas representações sociais, é considerada como

um conjunto de conhecimentos, qualitativos e quantitativos, apreendidos por um grupo específico acerca de determinado objeto social. Essa desinformação sobre o real significado do PSF ainda está precária, necessitando de uma maior difusão dos conhecimentos, que seja pautada na mídia e em outros instrumentos de informação.

... Já ouvi falar no PSF; agora essa história de eu ser bem declarada sobre o PSF, precisa mais de orientação para a gente ficar mais por dentro. É preciso que a gente tenha mais lição. Declare mais, como é como não é, para saber qual o lado que a gente deve seguir. Que a gente ouve falar que tem o PSF, mas a gente ainda não teve uma conversa bem madura. Pra saber de verdade como é. Não, ainda não ouvi falar sobre o PSF, porque aqui não tem rádio...

As enfermeiras justificam esse desconhecimento, relatando:

...as famílias não entendem, às vezes, o PSF do jeito que eu falei. Entendem que tem uma equipe que cuida deles e que confiam, pois sabem que podem contar conosco e que sem aquela equipe eles passam ruim. Isso eles entendem...

Espaço de atenção à saúde das famílias

As famílias também associam o Programa Saúde da Família à idéia de cuidar das famílias. Isso significa que o agente de saúde, ao orientar sobre as ações preventivas como higiene, vacinação, planejamento familiar, contribui para que elas assimilem essa idéia.

...Ter cuidado com as crianças, não andar muito de pés descalços, não andar sujo, vacinar todo mês que precisar, acompanhar as vacinas até os três anos e tomar parte nas campanhas para se livrar da paralisia infantil, dessas coisas como o sarampo (...). É tipo uma limpeza, cuidar da saúde das pessoas, eu creio que seja assim, limpeza das crianças, medicamento que vem para as crianças (...); é cuidar das crianças, não deixar as crianças doente, tem que ter zelo com elas. (...); é para a pessoa ter cuidado com as crianças, não andar muito sujo, mas eu tenho um horror de filho, não posso dar conta tudo direito. (...); é fazer os exames das pessoas, participar do planejamento familiar, vacinar as crianças. (...). Já ouvi, é pra cuidar da família, sobre os tipos de doença que têm...

Considerações finais

A amplitude e a diversidade das imagens construídas acerca do PSF apresentam representações sociais positivas e negativas. As enfermeiras e os agentes de saúde elaboram representações positivas sobre o PSF, quando apontam aspectos relacionados à atividade em equipe, e o atendimento à comunidade.

Notamos, a partir das falas do grupo de familiares, ênfase naquilo que é visível, como, por exemplo, a presença do agente de saúde, e do

médico e da enfermeira da equipe na Unidade Básica de Atenção a Saúde da Família em suas casas (Ubasf).

Eles atribuem a prática do agente de saúde no PSF, espaço de atenção de saúde às famílias, presumindo-se que essas representações já estão sedimentadas no imaginário do povo que, ao longo dos anos, vem convivendo com a atuação dos agentes de saúde, visitando rotineiramente suas residências. No entanto, as famílias constroem representações sociais negativas, denotando desconhecimento da expressão PSF, pois a informação deve ser melhor veiculada nos meios de comunicação, para compartilhar saberes e construir representações dinâmicas do programa.

A dimensão – informação para as famílias – parece estar atrelada à pouca divulgação dos 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.

Referências

- ANDRADE, F. M. O. *Programa de Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento*. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 1998.
- ANJOS, S. D. S. dos. *Programa Saúde da Família: (des)caminhos para a construção da saúde*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2001.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Ltda., 1977.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Constituição da República do Brasil*. Brasília: MEC, 1988. p. 147-150.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde dentro de casa: programa saúde da família*. Brasília: MS, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. In: - *Cadernos de saúde da família: construindo um novo modelo*. v. 1. Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS, 1997.
- CEARÁ. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano municipal de saúde – Gestão 1997-2000*. Aquiraz: [s.n.], 1997.
- CEARÁ. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão – 1997*. Aquiraz: [s.n.], 1997.
- CORDEIRO, H. O PSF como mudança do modelo assistencial do SUS. In: - *Cadernos de Saúde da Família*, Brasília, ano 1, n. 1, p. 10-15, 1996.
- FAZENDA, I. C. *A interdisciplinaridade: um projeto em parceria*. São Paulo: Loyola, 1991.
- FONSECA, M. I. F. da. *Programa saúde da família de Beberibe-Ce: o processo de implantação e as mudanças obtidas – um estudo de caso*. 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.
- GOYA, N. O SUS que funciona em municípios do Ceará. Fortaleza: [s.n.], 1996.
- JODELET, D. Rêflexion sur le traitement de la notion de représentation sociale en psychologie sociale. *Communication, information*, v. 4, n. 2/3, p. 15-42, 1984.
- JODELET, D. Representations sociales: un domaine en expansion. In: MOSCOVICI, S. (Ed.). *Les représentations Sociales*. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.
- MENDES, E. V. (Org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: HUCITEC, 1998.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MOSCOVICI, S. On social representations. In: FORGAS, J. P. (Ed.). *Social cognition perspectives on everyday understanding*. Londres: Academic Press, 1981.
- NITERÓI, Fundação Municipal de Saúde. *Implantação do médico da família em Niterói*. Niterói: [s.n.], 1996.
- NÓBREGA, S. M. *O que é representação social*. Tradução parcial, revisada e ampliada do trabalho intitulado La laladie mentale au Brasil; étude sur les representations sociales de la folie par des sujets internés a l'hôpital psychiatrique et leur familles. 1990, 76 p. (mimeografado).
- NÓBREGA, S. M. da. Sobre a Teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.(Org.). *Representações sociais: teoria e prática*. João Pessoa: Universitária, 2001. p. 55-87.
- OMS. *Cuidados primários de saúde: declaração Alma-ata*, 1978. Brasília, 1979. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE ALMA-ATA, 1978 (Relatório).
- ORDOÑEZ, C. Saúde em Cuba: plano médico de família. *Revista Saúde para Todos*, v. 3, n. 6, p. 34-42, out. 1995.
- PAIM, J. S. Reforma sanitária e modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.
- SILVA, J. A.; DAMASO, A. P. S. W. *Agente comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- TURRINI, R. N. T. Resolutividade dos serviços de saúde e satisfação do cliente. In: CIANCARULLO, T. I. et al. *Saúde na família e na Comunidade*. São Paulo: Robe editorial, 2002.
- VALA, J. Representações Sociais para uma psicologia social do pensamento social. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Org.). *Psicologia social, serviço educação*. 3. ed. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1996.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor. In: WHO-WONCA. Conference, 1994. Ontário.

Received on June 23, 2003.

Accepted on November 28, 2002.