

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS¹

Ana Paula Azevedo Hemmi*
Cláudia Maria Mattos Penna**

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família, implantada, em Belo Horizonte, Minas Gerais, tem como proposta, a reorganização da Atenção Básica com base nas necessidades de saúde dos usuários desses serviços, por meio de ações intersetoriais e com a participação da população. Essa proposta pode estar clara para gestores e profissionais de saúde; porém é preciso que a população se envolva com ela para que sua participação se efetive. Dessa forma, este artigo objetiva apreender as representações sociais de usuários sobre a Estratégia Saúde da Família. O estudo foi realizado com usuários de uma Unidade Básica de Saúde do município de Belo Horizonte, MG, e teve como abordagem a pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Ressaltamos que os usuários ainda não conhecem suficientemente o Programa Saúde da Família, mas apresentam noções relacionadas ao que vivenciam, em função do atendimento que lhes propiciam os profissionais de saúde. Tais representações podem contribuir para o entendimento de suas expectativas quanto à estratégia proposta e ser compreendida como início de sua real participação, visando à construção do atual modelo de saúde.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Unidade Básica de Saúde. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) — implantada pelo Ministério da Saúde em 1994, inicialmente, como um Programa — enquadra-se em um contexto paradoxal, que se relaciona à coexistência de um modelo de saúde centrado no usuário que se depara com outro, caracterizado por excluir uma parcela da população do acesso aos serviços de saúde, os quais são centrados em medidas curativas e no profissional médico. Em resposta a esse modelo, o Sistema Único de Saúde (SUS) emerge de lutas e discussões políticas, embasado em princípios doutrinários como acesso universal aos serviços de saúde, integralidade da atenção à saúde e participação social como forma de diminuir as iniquidades em saúde e permitir o envolvimento da população na construção do SUS⁽¹⁾.

Cumpramos ressaltar que essa participação, conforme o disposto na Lei 8.142/90⁽²⁾, encontra-se conformada nos conselhos locais e nas conferências de Saúde; ou seja, destinada a determinados momentos em determinados

espaços. Por isso torna-se necessário pensar na participação cotidiana, de forma que os usuários possam participar a partir de um contato diário com os profissionais dos serviços de saúde⁽³⁾.

Atualmente, as pessoas que frequentam os serviços de saúde ainda buscam ações curativas e prescritivas, numa atitude contrária ao proposto nas políticas de Saúde; ou seja, as propostas prescritas e impostas pelo Ministério da Saúde nem sempre estão em consonância com as necessidades dos usuários desses serviços⁽³⁾. Dessa forma, as propostas de mudanças trazidas pelo SUS podem estar claras para os profissionais de saúde e gestores do Sistema — mesmo que não sejam, ainda, totalmente, exercitadas por eles — mas para os usuários, talvez a prática exercida pelos profissionais de saúde possa ser entendida de maneira diferente.

Outro aspecto a ser considerado refere-se ao fato de a Estratégia Saúde da Família ser um objeto social compartilhado pelos profissionais que nele atuam quanto por seus usuários, grupos que o compreendem de maneiras distintas e condizentes com seus respectivos contextos históricos. Isso implica que o contexto de

¹Trabalho originário de dissertação de Mestrado intitulada *Representações Sociais de Usuários sobre o Programa Saúde da Família*. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - EEUFMG. Professora Assistente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM. E-mail: anahemmi@yahoo.com.br /ana.hemmi@ufvjm.edu.br

** Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem com pós-doutorado em Ciências Sociais pela *Université René Descartes* - Paris V - Sorbonne. Professora Adjunta IV da Escola de Enfermagem da UFMG. E-mail: cmpenna@enf.ufmg.br

implantação da Estratégia Saúde da Família — a qual advém de um conturbado período histórico, em que a população brasileira vivenciava um momento de ações e de imposições, por parte do Estado — reflete-se no comportamento das pessoas, que trazem consigo uma memória desse momento, uma memória denominada social, que não é inerte nem está morta⁽⁴⁾.

A postura dos usuários ao frequentarem a Atenção Básica está em consonância com alguns estudos^(3,5,6), pois aqueles têm a expectativa de que os serviços de saúde funcionem 24 horas por dia e com enfoque no profissional médico. Isso, em parte, mostra-nos que tal expectativa não condiz com as propostas da ESF e do SUS.

Diante disso, questionamos se a população usuária das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) está apta a participar da construção do nosso atual sistema de saúde e como essa população entende a Estratégia de Saúde da Família, para compreendermos se este espaço é um *locus* possível para sua participação.

Primeiramente, torna-se necessário sabermos como os usuários representam os serviços de saúde, uma vez que suas representações são imprescindíveis para podermos construir uma participação pautada em seus valores. Outro aspecto a ser ressaltado é a existência de uma lacuna quanto à efetiva participação dos usuários ou de seus representantes nos processos de tomada de decisão, prevalecendo, quando se fala em controle social por parte dos profissionais, uma visão de fiscalização, e na perspectiva dos conselheiros, uma ideia de parceria.

Na prática, por outro lado, não há compartilhamento de saberes para o planejamento e a construção de um projeto assistencial comum⁽⁷⁾. Essa ausência dos usuários nas discussões das equipes pode relacionar-se à relação hierarquizada de poder que se estabelece entre o saber técnico e o saber popular.

Desse modo, pretendemos, com este estudo, compreender as representações sociais de usuários dos serviços de saúde que frequentam uma Unidade Básica de Saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. A partir dessas representações podemos pensar na possibilidade

de atuar junto à população com sua participação cotidiana nos serviços.

Além disso, pretendemos obter subsídios para uma reflexão de todos os envolvidos nesse processo — usuários, profissionais de saúde, gestores, acadêmicos e outros — já que percebemos uma participação dos usuários restrita a determinados momentos e espaços, ao passo que essa participação poderia ocorrer no cotidiano dos serviços de saúde. Ademais, muitos programas de saúde são elaborados e executados para a população, quando o mais adequado seria eles serem desenhados em conjunto com a população, de forma a se garantir uma participação democrática de seu público-alvo⁽⁷⁾.

PERCURSO METODOLÓGICO

Para apreendermos as representações elaboradas pelos usuários sobre a Estratégia de Saúde da Família, este estudo desenvolveu-se de acordo com a abordagem da pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais.

A pesquisa qualitativa visa a um aprofundamento de determinada realidade social que tende a registrar a historicidade humana, a fim de se respeitar a especificidade da cultura que marca, em si, a trajetória dos acontecimentos⁽⁸⁾. Nesse tipo de pesquisa, os pesquisadores trabalham com os sujeitos considerando sua subjetividade e seus interesses, os quais se relacionam a visões de mundo historicamente construídas, daí ser esse tipo de estudo essencialmente qualitativo.

A Teoria das Representações Sociais permite compreender determinados fenômenos sociais a partir de crenças, hábitos e experiências de grupos ou de uma população⁽⁴⁾, visto que tais fenômenos advêm da interação da ciência ou do conhecimento científico com o conhecimento popular, com as maneiras de pensar e agir na vida cotidiana, e que as representações formam-se a partir dos contatos entre esses dois tipos de conhecimento, favorecendo o reconhecimento de objetos ou de fenômenos sociais que, inicialmente, causam certo estranhamento a diferentes grupos da sociedade⁽⁴⁾. As pessoas tendem, por meio da interação entre si e da memória coletiva, a se aproximar daquilo com

que são familiarizadas ou já lhes é conhecido objetivado, para ser, conseqüentemente, entendido. Assim, as pessoas ou grupos precisam dar sentido e associar os objetos sociais a imagens, como forma de conduzirem suas vidas no meio social, processo que é denominado ancoragem^(4,9).

O cenário da pesquisa, que foi realizada sob esses parâmetros, foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Foram realizadas sete entrevistas abertas, a partir da seguinte questão norteadora: “O que você entende sobre o Programa Saúde da Família?”. Ressalte-se que as entrevistas ocorreram de maneira informal e, por isso, o *corpus* da pesquisa pôde ser contemplado com informações não previstas anteriormente, como a análise sobre participação social. O critério de inclusão para participar da pesquisa foi ser o informante morador da área de abrangência e um usuário dessa UBS que tivesse vivenciado o período anterior ao da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) BH VIDA e não houvesse participado nos conselhos locais de Saúde. Essa escolha se deve à consideração de que participação não ocorre necessariamente nas reuniões dos conselhos, mas principalmente no contato diário com os profissionais. O número de entrevistas não foi estabelecido *a priori*, uma vez que seguimos o critério de saturação⁽⁸⁾.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos informantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual, assim como a pesquisa, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer n.º 41/08) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Parecer n.º 018/2008), conforme os princípios legais e éticos estabelecidos na Resolução 196/96⁽¹⁰⁾ do Conselho Nacional de Saúde. Após as entrevistas e sua transcrição, procedeu-se à análise de discurso, conforme os modos de organização do discurso (MOD) propostos por Charaudeau⁽¹¹⁾. A análise do *corpus* da pesquisa fundamentou-se na finalidade dos sujeitos ao se comunicarem e na maneira como os seus discursos foram articulados no momento da entrevista, sendo estes categorizados nos tipos de discurso enunciativo, descritivo, narrativo e argumentativo⁽¹¹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O discurso dos entrevistados, no recorte do *corpus*, está associado aos modos de organização e à essência do discurso⁽¹¹⁾, retratando, assim, parte do sistema de saúde. As pessoas entrevistadas caracterizam o serviço de saúde a partir de suas percepções e de suas vivências diárias com os profissionais de saúde, desde a maneira como estes atuam no modo de organização do serviço até à maneira como lidam com os usuários.

Assim, o estudo dividiu-se em duas partes: a primeira mostra como os usuários representam a Saúde da Família, a partir de suas vivências ao frequentarem a Unidade Básica de Saúde; e na segunda realizamos uma análise sobre como essas representações podem implicar na participação social.

(Des)Conhecimento sobre a Estratégia de Saúde da Família

Os usuários entrevistados relatam mudanças ocorridas desde a época em que a unidade contava apenas com o atendimento médico, em que as filas eram imensas e eles tinham que levantar-se muito cedo para conseguir um atendimento⁽¹⁾.

(...) tinham as dificuldades: tinha que ir pro posto de madrugada (...) ficar lá até sete horas para ser atendido. (E1)

Tinha fila. Tinha que dormir na fila, ficava ali no... na rua, ali na beira do meio fio. Quando abria, aí que entrava, não é? Entrava e atendimento por chegada. (E6)

Apresentam, em seguida, a percepção de uma melhoria, significando o atendimento prestado pelos profissionais da UBS.

Era sem recurso, não é? Em vista de agora, que tá com mais recurso, mais atendimento. (E7)

Não obstante há, algo que chama a atenção: quando interpelados sobre o que é o PSF?, suas respostas variaram desde o silêncio até uma explicitação sobre o que sabem a respeito, apesar de enunciarem com interrogação ou negação:

[Silêncio] É aquela? Aquele programa? Que... são 'aten'... tem atendimento em casa?! As pessoas saem, as funcionárias saem para dar atendimento fora da, do posto? [...] Eu não sei bem, porque

nunca fui atendida por eles, mas o que eu percebo é que eles dão assistência às pessoas que não têm muita condição de vir ao posto. É, as meninas vão, procura saber as necessidades, aonde é que tem uma pessoa necessitada de... de médico, que não tem condição de vir ao posto. (...) Porque sai uma turma. Tem uma turma que sai pra visitar as pessoas. [...] É justamente, por isso que eu não tenho muito conhecimento, porque... fala-se pouco. [...] Não é um programa assim... bem expansivo, bem falado não. (E1)

Podemos considerar que a prática em saúde desse programa parece ser restrita, patenteando-se certo desconhecimento ou indecisão sobre quem são as pessoas que realizam o atendimento em casa (as funcionárias, as meninas, uma turma). Dessa forma, chama-nos a atenção a pouca divulgação feita sobre o programa, quando os informantes afirmam que se fala pouco sobre o PSF.

Ressaltamos que as informações veiculadas pela mídia ou por outros meios não são suficientes para demonstrar os significados da ESF. É necessário algo mais, como vivenciar, por exemplo, um atendimento mais próximo, pois não podemos nos limitar às informações veiculadas pelos meios de comunicação de massa para a formação do senso comum. Isso pode se relacionar a pouca atuação dos profissionais de saúde em ações voltadas para ações de promoção da saúde e mais direcionadas ao encaminhamento do usuário a outros serviços da rede de atenção⁽³⁾. Os entrevistados demonstram certa noção do que seja esse Programa ao serem estimulados a falar, mas ainda falam dele como algo distante deles:

[...] Ah, eu vejo falando é... É na televisão, essas coisas assim. Isso que eu vejo falar. [...] Ah, eu penso que é bom. [...] Eu pra mim tá chegando. [...] Se Deus quiser. [...] É... Saúde pra gente, né, pra família, né? Eu acho que chega sim. (E3)

Há, também uma ideia de autorresponsabilização pelo desconhecimento do que seja PSF. Tal responsabilização, seja pela espera de serem atendidos seja por desconhecerem o conceito de PSF, é atribuída aos próprios usuários, como relata E4:

Já ouvi falar [Silêncio]. Ah nem sei menina, minha cabeça tá tão ruim que eu nem... (E4)

Esse desconhecimento vai além disso (minha cabeça está tão ruim), já que não é somente por isso que as pessoas desconhecem o que seja o PSF. Este pode ser entendido a partir das ações dos profissionais de saúde em suas práticas diárias, e o desconhecimento da sigla talvez demonstre lacunas sobre ações que os profissionais podem ou não estar realizando.

Podemos também compreender o desconhecimento da Estratégia Saúde da Família pelo fato de que um mesmo objeto pode ser visto por diferentes ângulos e, por isso, ser percebido de diversas maneiras⁽¹²⁾. Assim, os usuários compreendem este objeto a partir do ângulo em que estão, a partir do que representam o que seja saúde. Dessa forma, se há representação de saúde atrelada ao atendimento médico, ao uso de medicamentos, a compreensão estará relacionada a algo mais distante do que preconizam as políticas de saúde da Atenção Básica. Também é preciso considerar que o conceito é algo que pode restringir o que as pessoas sabem de determinado objeto, pois o imaginário que faz parte do viver cotidiano é que forma as noções das pessoas sobre tal objeto.⁽¹²⁾

[...] Às vezes, a gente até mexe, mas não sabe que fala é assim. (E2)

Assim, os fatos que ocorrem no cotidiano, os fenômenos “sociais”, os resíduos, são elementos essenciais para conferir relevo e transparência à variedade de fenômenos existentes⁽¹²⁾.

Quanto ao silêncio que permeia os discursos dos entrevistados, Holanda⁽¹³⁾ afirma que nomear é uma forma de apropriação ou de aproximação, sendo o silêncio um distanciamento, apesar de a palavra não ser, necessariamente, o primeiro recurso para a comunicação, pois a ausência da palavra remete a muitos sentidos, como o de não saber, de desconhecer, pois as pessoas “optam por falar certas coisas para silenciarem outras, às vezes, para esconderem pensamentos e sentimentos, para (dis)simularem”^(14:269).

Isso, em relação ao discurso dos usuários sobre a Estratégia de Saúde da Família, mostra que as pessoas descrevem, narram fatos associados à estratégia que provocaram mudanças e que, no atual momento, são formados pelo relevo e pelas representações sociais de suas experiências, pelo contato ou “o estar junto”⁽¹²⁾ com os profissionais ou no seio

da própria população, nesse contato diário que dá tantos formatos à vida social.⁽¹²⁾

E hoje, não, você chega aqui no Posto pra consultar, com... ali com vinte a trinta minutos, uma hora consulta na hora, não é? Quer dizer que o atendimento não pode ser ruim, né. [...] Eles, aqui, trata a gente muito bem, não sei se é porque eu conheço todo mundo no posto, não é?! [...] É... os médicos, as enfermeira, né, já conheço tudo, não é? Então, me trata muito bem. Eu não tenho o que reclamar do Posto, não é? (E2)

Percebemos que as pessoas introduzem elementos característicos do atendimento atual que se aproxima da noção de PSF. Assim, existem elementos significantes, mas ainda não há uma objetivação⁽⁴⁾ da mudança percebida, visto que não conseguem nomeá-la (esse negócio; um programa; no modo que está agora).

Os elementos característicos para a noção do PSF advêm das mudanças que, hoje em dia, fazem parte da rotina de trabalho dos profissionais de saúde e são percebidos pelos usuários como melhorias. Por suas qualificações subjetivas. Isso pôde ser apreendido do fato de que os entrevistados deixam transparecer seus sentimentos, suas visões de mundo, seus afetos e opiniões sobre o objeto ou sobre o serviço:

[...] Depois que passou, que essas meninas foi pra lá, nossa senhora, as coisa melhorou pra mim demais, muito mesmo, assim... (E3)

São sentimentos e sentidos que se vinculam às representações sociais do atendimento prestado e que, no conjunto das análises, partem de experiências particulares, mas ganham formato coletivo. Podemos identificar, nas narrativas dos usuários, percepções das ações dos profissionais que se referem ao seu processo de trabalho, reflexo da mudança do modelo assistencial à saúde que provocou alterações estruturais, com implicações no processo de trabalho dos profissionais⁽¹⁵⁾. Entre essas alterações podemos destacar a importância do território pertencente à área de abrangência das UBSs, a composição das equipes de Saúde da Família, a proximidade das Unidades do território-área, bem como o modo de se trabalhar com a população. Assim, podemos afirmar que a implantação do SUS e, posteriormente, do PSF, acompanhada dos princípios doutrinários, exigiu das equipes ampliação do foco ao se pensar sobre saúde:⁽¹⁵⁾

Era sem recurso, né, em vista de agora, que tá com mais recurso, mais atendimento. [...] é, sobre remédio também já teve muitas falha de remédio lá, né, pra poder dá. [...] Não tinha médicos, não tinha enfermeiros, medicamentos também não tinha quase. (E7)

As mudanças estruturais citadas influenciaram o fazer cotidiano das equipes, mesmo que esse fazer cotidiano não ocorra como o esperado, o desejado ou o exigido por lei, mas o que os profissionais conseguem fazer de ações integrais, de resolutividade, reflete-se nos usuários, configurando representações sociais do atendimento prestado hoje pelas equipes como bom atendimento, triagem, visitas domiciliares, ações de promoção à saúde, estrutura física, aumento de recursos materiais e humanos.

Análise sobre participação social

É importante pensarmos que a apreensão das representações dos usuários sobre Saúde da Família nos aproxima ao campo de percepções e de significados que os usuários construíram a respeito da Estratégia, pois o conhecimento que os usuários trazem é diferente daquele de profissionais de saúde, e mais diferente ainda daquele dos gestores. A partir do que representam sobre a Estratégia Saúde da Família, podemos refletir que a prática dos profissionais de saúde ainda se aproxima de um fazer centrado no médico. A população ainda frequenta o serviço almejando a consulta médica, e os profissionais ainda reforçam isso⁽³⁾.

Olha, eu gosto mesmo. Uma das coisas. (...) porque não tinha, como quando você chega hoje e tem as enfermeiras. Porque, às vezes, olha, você... se você tá com um problema que elas [as enfermeiras] mesmo resolve, elas mesmo te liberam... não precisa... ele só assina a receita para você pegar os remédios. Aí, elas vão lá e procuram os médicos e eles só assinam. Eu acho que já é uma das melhoras. (E5)

É, eles olham lá a minha data de nascimento, a idade e tudo. Passa lá e manda esperar o médico, a gente espera a consulta, não tem mais nada. Ele dá o tempo do retorno. (E6)

Por outro lado, não se pode responsabilizar a população por não reconhecer o nome do Programa. Os usuários precisam experienciar o atendimento, conforme escrito nas políticas de

saúde, por meio das ações dos profissionais de saúde⁽³⁾.

Assim, para participar é preciso considerar o contato dos usuários com os profissionais a partir das práticas socioeducativas que acontecem no cotidiano de trabalho das Unidades de Saúde⁽¹⁶⁾, apesar de sabermos que, na saúde, ainda se tem como prática educacional a transmissão de conhecimentos com vista a mudanças de comportamentos⁽¹⁷⁾ a criação de cursos de capacitação da população para participação e controle social.

Assim, é preciso considerar o que a população local de cada Unidade de Saúde pensa sobre o serviço, tanto em termos de organização quanto em relação ao processo saúde-doença e criar, assim, espaços ou momentos para que as representações sociais possam ser apreendidas⁽¹⁷⁾.

Os usuários podem participar a partir de um contato diário, a partir da escuta do profissional pela sua demanda. E essa escuta pode resultar em uma análise das reais necessidades e carências dos serviços de saúde. Em outras palavras, o usuário que chega à Unidade pode apresentar um problema e este estar relacionado a uma determinada carência do serviço, como a ausência de determinados profissionais ou a inexistência de recursos materiais como, por exemplo, um medicamento⁽¹⁸⁾.

Conforme Avritzer⁽¹⁹⁾, a participação pode resultar na melhoria e aumento da oferta de serviços prestados à população. Dessa forma, como exigir algo se, na concepção desses usuários, ainda há uma representação de melhoria de uma época em que acesso aos serviços de saúde significava espera e falta de profissionais, de vagas, de medicamentos?⁽¹⁾.

Como já apresentado neste estudo, percebemos que a representação relacionada ao PSF é a de que melhorou. Tudo melhorou porque hoje não precisa acordar de madrugada para ser atendido; melhorou porque uma pessoa vai à sua casa e procura saber sobre sua vida, porque a enfermeira atende você e o encaminha para o médico. Será realmente essa a representação sobre o PSF que desejamos de nossos usuários? Será que a participação que esperamos dos usuários corresponde com o que eles entendem por participar?

A usuária, após interpelada sobre sua participação no serviço na interação diária com os profissionais, diz:

[...] às vezes até tenho vontade assim... de ajudar, dar uma limpeza assim... que eu não gosto, assim... de ficar à toa. Dá vontade de ajudar assim, aquelas menina ali a limpar ali e tudo. (E3)

O que os entrevistados sugerem perpassa a sociabilidade, pois é no encontro diário que os imaginários, os interesses e os desejos se tornam evidentes e conformam o fato social;⁽¹²⁾ ou seja, as propostas dos entrevistados fogem ao “dever-ser”, que é preconizado pelo Ministério da Saúde, assumindo, assim, uma configuração social.

É importante refletirmos sobre a responsabilidade coletiva como algo que foge à maneira de se trabalhar conforme o sistema capitalista, fragmentado, individual e manual⁽²⁰⁾. A responsabilidade coletiva é aquela em que todos os trabalhadores e usuários, por mais que tenham diversidades, compartilham um saber-fazer comum, destinado aos indivíduos de determinado serviço⁽²⁰⁾. Ressalta-se que a instituição de saúde é um *locus* público, necessitando ampliar-se de forma que as pessoas aí possam se expressar, reconhecer-se como sujeitos, agentes do processo de construção da gestão e do cuidado em saúde. Assim, “a revelação de cada indivíduo em sua singularidade somente se dá quando o outro se torna visível, esse é o sentido da política, e onde há política há espaço público, vige o diálogo e nascem os direitos”^(20: 35).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais dos usuários apreendidas no presente estudo propiciam-nos uma oportunidade para refletirmos sobre o questionamento apresentado no início deste artigo. Percebemos que os usuários notam mudanças e ressaltam os recursos existentes hoje em dia. Em relação à participação, é preciso ter em mente que a população precisa conhecer a ESF em termos organizacionais e de cuidado, para poderem auxiliar nas decisões em saúde. É preciso criar espaços diferentes para atender a população e permitir que esta participe de todas as etapas de ações socioeducativas, para sentirem-se agentes das ações dos serviços.

Podemos afirmar, também, que é preciso ouvir o outro se expressar para iniciarmos a construção de um espaço em que a participação social possa se constituir no dia a dia dos serviços públicos de saúde.

Precisamos refletir, como profissionais de saúde e corresponsáveis pelo cuidado, sobre como atuamos em relação ao assistir. É preciso superarmos a fragmentação e o desconhecimento da assistência, que nos tempos atuais se

tornaram a arte de utilizar a tecnociência, e nos dirigimos a uma arte de projetar, com o outro, o que o conduzirá à satisfação de suas necessidades e de seus desejos⁽²¹⁾.

Cumpre ressaltar que a participação dos usuários se conformará a partir da interação diária com os profissionais, principalmente quando esta se refletir nos usuários de maneira a estimular sua participação social.

THE SOCIAL CONSTRUCTION OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY PROGRAM IN THE USER'S PERSPECTIVE

ABSTRACT

The Family Health Strategy Program, which was established in 2002, in Belo Horizonte city, Minas Gerais, Brazil, aims to reorganize the Primary Health Care based on its users' health priorities through intersectorial actions with participation of the population. The proposal of this strategy may be clear for managers and health care professionals, but it is necessary that the population get involved on the process in order to have an effective participation. Thus, this paper aims to register the users' social representations about the Family Health Strategy Program. This study was carried out with users of a Primary Health Care from Belo Horizonte city. It was a qualitative research, based on the Social Representation Theory. However, it is known that the users have not yet understood the Family Health Program - PSF, but they have learned notions about it through their experience with the health care professionals. Such representations may contribute to the understanding of the users' expectations concerning the proposed strategy and be understood as the beginning of their real participation in the on-going construction of the health model.

Keywords: Family Health Strategy Program. Primary Health Care. Nursing.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA EN LA PERSPECTIVA DE USUARIOS

RESUMEN

La Estrategia Salud de la Familia (ESF), implantada en Belo Horizonte, Minas Gerais, tiene como propuesta la reorganización de la Atención Básica con base en las necesidades de salud de los usuarios de esos servicios, a través de acciones intersectoriales y con la participación de la población. Esta propuesta puede estar aclarada para gestores y profesionales de salud, sin embargo es necesario que la población se involucre con ella para que su participación se efectúe. Así siendo, este artículo tiene como objetivo aprehender las representaciones sociales de los usuarios sobre la Estrategia Salud de la Familia. El estudio fue hecho con usuarios de una unidad básica de salud del municipio de Belo Horizonte, MG y tuvo como abordaje la investigación cualitativa, fundamentada en la Teoría de las Representaciones Sociales. Destacamos que los usuarios aun no conocen lo suficiente el Programa Salud de la Familia (PSF), pero presentan nociones relacionadas a lo que viven, en función de la atención que les propician los profesionales de salud. Tales representaciones pueden contribuir para la comprensión de sus expectativas en cuanto a la estrategia propuesta y también ser leídas como el inicio de una real participación, pretendiendo la construcción del actual modelo de salud.

Palabras clave: Estrategia Salud de la Familia. Unidad Básica de Salud. Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Hemmi, APA. Representações Sociais de Usuários sobre o Programa Saúde da Família. 2008. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2008. Disponível em: <<http://dspace.lcc.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-7NAFXK>>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e da outras providências; 1980.

3. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. Ciênc. Saúde Colet. 2009; 14(5):1929-38. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/35.pdf>>.
4. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em Psicologia Social. 4ª.ed. Petrópolis(RJ): Vozes; 2003.
5. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciênc Saúde Colet. 2002; 7(3):581-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13034.pdf>>.

6. Campos KFC. Representações do processo saúde-doença: o usuário-sujeito no Programa Saúde da Família. 2005. [dissertação]. Belo Horizonte(MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
7. Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da Comunidade na Equipe de Saúde da Família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc Saúde Colet*. 2005; 10(2):323-31. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a10v10n2.pdf>>.
8. Minayo, MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
9. Jodelet, D. As Representações Sociais. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Ed da UERJ; 2001.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Conselho de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <http://www.ufmg.br/bioetica/coep/images/stories/196_96.pdf>.
11. Charaudeau P. Linguagem e Discurso: modos de organização. São Paulo: Contexto; 2008.
12. Maffesoli M. O conhecimento comum: compêndio de Sociologia compreensiva. São Paulo: Brasiliense; 1988.
13. Holanda L. Sob o Signo do Silêncio: vidas secas e o estrangeiro. São Paulo: Ed. da USP; 1992.
14. Mello R. Análise Discursiva dos Múltiplos Sujeitos e Silêncios Sarrautianos. 2002. [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.
15. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília(DF): Conass; 2011.
16. Lacerda WA, Santiago IMFL. A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. *Rev Katál. Florianópolis*. 2007 jul.-dez; 10(2):197-205. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10n2/a07v10n2.pdf>>.
17. Gazzinelli MF, Penna CMM. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. In: GAZZINELLI MF, REIS DC, MARQUES RC. Educação em Saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Ed. da UFMG; 2006. p. 25-33.
18. Franco TB, Merhy EE Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um Programa destinado à mudança do Modelo Tecnoassistencial. In: Merhy EE et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 36-111.
19. Avritzer L. A participação social no Nordeste. In: Avritzer L. (org.). A participação social no Nordeste. Belo Horizonte: Ed.da UFMG; 2007. p. 15-44.
20. Lopes TC, Henriques RLM, Pinheiro R. Trabalho em Equipe e Responsabilidade Coletiva: a potência do espaço público. In: Pinheiro R, Mattos RA. Razões Públicas para a Integralidade: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; Cepesc: Abrasco; 2007. p. 29-40.

Endereço para correspondência: Ana Paula Azevedo Hemmi, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, Rua da Glória, 187, Centro. CEP 39100-000. Diamantina, Minas Gerais

Data de recebimento: 28/11/2011

Data de aprovação: 20/05/2012