

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: Modalidade  
de Conhecimento Socialmente Elaborado**

MARIA IRISMAR DE ALMEIDA

Fortaleza – CE

2001

A449p Almeida, Maria Irismar de

Programa saúde da família: modalidade de conhecimento socialmente elaborado / Maria Irismar de Almeida. Fortaleza, 2001.

158 fls. il.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Zulene Maria de Vasconcelos Varela

Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Doutorado.

1. Saúde da família. 2. Representações sociais. 3. Práticas de saúde.  
I. Título

CDD 362.1

iii

Tese aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Data da Aprovação: 24/05/2001**

**BANCA EXAMINADORA**

I

### **Dedico este estudo**

- à minha mãe, Maria, pelo seu exemplo de fé, perseverança e bondade infinita.
- às amadas filhas Giselle e Jéssica; e
- às manas Maria José (Mazé) e Irinéa (Netinha), “porto seguro”.

## AGRADECIMENTOS

- À Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> **Zulene Maria de Vasconcelos Varela**, que, muitas vezes, ouviu atentamente minhas indeterminações, reconhecendo as inseguranças e aliviando-as com atitudes que lhes são peculiares: sorrindo, divagando (como uma maneira de provocar a curiosidade no outro), indicando leituras, questionando sem impedir a liberdade de criação da orientanda, compreendendo a caminhada.
- À Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> **Maria Salete Bessa Jorge**, sempre atenta aos resultados do estudo, viabilizando cursos, indicando várias leituras e sempre solícita à troca de idéias sobre o estudo.
- À Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> **Antônia Moreira da Silva Paredes**, pela atenção e sugestões indicadas.
- À **Maria Rodrigues**, enfermeira sanitária, pelo apoio fraterno.
- Às enfermeiras da equipe do PSF, pela valiosa colaboração e pelo calor humano. Foi um acolhimento precioso, destemido, que contribuiu para a efetivação deste trabalho.
- Às famílias que, com seu jeito jocoso, amável, às vezes com o olhar de inquietações, de dúvidas e de esperança, permitiram-me entrar em suas casas para conversarmos sobre o estudo.
- À Coordenadora do PSF, Enfermeira **Geovania**, ao Subsecretário, **Dr. Josete**, e à assessora **Dr<sup>ª</sup> Margarida**, pela disponibilidade ao atender às solicitações de ordem administrativa, cedendo documentos técnico-normativos, transporte, espaços para realização das entrevistas e a participação em reuniões. Cabe destacar também o encantamento pelo trabalho e a simpatia contagiante destes, deixando-me livre para a realização da pesquisa.
- Às agentes de saúde, as quais, com presteza intermediaram o acesso às famílias.

- Aos motoristas da Instituição e aos anônimos que me deram carona, facilitando a chegada ou retorno em tempo hábil.
- Às acadêmicas Rochelle, Cristiane e Edilene, pelo apoio serviços prestados (digitação).

## RESUMO

O estudo tem por objetivos apreender as representações sociais elaboradas por enfermeiras, agentes de saúde e famílias sobre o PSF e contribuir para o redimensionamento das práticas de saúde no âmbito do PSF a partir das representações sociais identificadas. O estudo foi realizado em um Município da região litorânea, localizado a 29 km de Fortaleza, com nove enfermeiras, cinquenta e quatro agentes de saúde e setenta e cinco mulheres da comunidade. A coleta de dados foi realizada em visitas às unidades básicas de saúde na sede áreas rurais e famílias selecionadas utilizando-se de observação direta, entrevista semi-estruturada e documentos técnico-normativos. Os dados coletados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, dos quais emergiram as seguintes categorias: *conhecimentos sobre o Programa de Saúde da Família; práticas profissionais no PSF; expectativas, reivindicações e possibilidades em relação à continuidade do Programa*. Os resultados apresentam conhecimentos socialmente elaborados por enfermeiras, agentes de saúde e famílias sobre o programa de Saúde da Família, com posicionamentos favoráveis, representando-o como um caminho à *“redução do sofrimento, favorecendo uma comunicação mais eficaz a partir do trabalho realizado em equipe capaz de atender as suas reivindicações”*. Como posicionamento desfavoráveis, os sujeitos sociais representados pela *“preocupação em atingir metas e atendimento ambulatorial”*. Isto significa um distanciamento entre o que falam os governantes e o cotidiano vivenciado pelos sujeitos da pesquisa. Desta forma, observa-se que a continuidade do Programa é apenas possível com o comprometimento do gestor municipal, estadual e federal, eliminando os *“sentimentos de incerteza e desconfiança de resolubilidade das condições de vida”* e especialmente na melhoria da qualidade de vida da população.

## ABSTRACT

The study has as objectives to understand the social representations elaborated by nurses, health practices in PSF field from the social representations identified. The study took place in a Municipal of seaside, located far 29 km of Fortaleza with nine nurses, fifty four agents and seventy-five women of the community. The collection of data was accomplished in visits to the basic units of health in the headquarters, rural and familiar areas selected using the direct observation, the semi-structured interview and technician-normative documents. The data collected were submitted to content analysis technique, from which come up these categories: knowledge about Program of Family Health; professional practices in PSF; expectations, reivindications and possibilities in relation to Program's continuity. The results revealed knowledge socially elaborated by nurses, health's agents and families about the program of Health Family, with understandings favorable, representing it as a way to suffering's, reduction, favouring a communication more effective from the work done in team capable to consider their reivindications". As desfavorable understandings, the social subjects represented by "preoccupations in achieve goals and ambulatorial service. This means a farness among what the governors talk and the daily life of research's subjects. Thus, it was observed that the continuity of the Program is only possible, with the promisement of municipal, state and federal ruler, eliminating the feelineis of unsure and no-trust of resolubility of life's conditions and mainly, in the betterment of populations life quality.

## RESUMEN

El estudio tiene por objetivos abarcar las representaciones sociales elaboradas por enfermeras, agentes de salud y familias sobre el PSF y contribuir para el redimensionamiento de las prácticas de salud en el ámbito del PSF, a partir de las representaciones sociales identificadas. El estudio fue realizado en un Municipio de la región litoránea, ubicado a 29 kms de Fortaleza con nueve enfermeras, cincuenta y cuatro agentes de salud y setenta y cinco mujeres de la comunidad. El coleccion de datos era cumplido en el vifits a las unidades del bafic de salud en la oficina principal, las áreas rurales y familiares seleccionaron el ufing la observación directa, entrevistas semi-estructuradas y documentos técnico-normativos. Los datos recogidos fueron sometidos a la técnica de análisis de contenido, y de ellos emergieron las siguientes categorías: conocimientos sobre Programa de Salud de la Familia; prácticas profesionales en el PSF; expectativas, reivindicaciones y posibilidades en relación a la comunidad objeto del Programa. Los resultados presentan conocimientos socialmente elaborados por enfermeras, agentes de salud y familias sobre el programa de Salud de la Familia, con posicionamientos favorables, representándolo como un camino a la “reducción del sufrimiento, favoreciendo una comunicación más eficaz a partir del trabajo realizado en equipo capaz de atender a sus reivindicaciones”. Como posicionamientos desfavorables, los sujetos sociales representados por la “preocupación en alcanzar metas y atendimento ambulatorial. Esto significa un destanciamiento entre lo que hablan los gobernantes y el cotidiano vivenciado por los sujetos de la investigación. De esta forma, se observa que la continuidad del Programa es solamente posible, con el comprometimiento del gestor municipal, estatal y federal, eliminando los sentimientos de incertidumbre y desconfianza de resolubilidad de las condiciones de vida” y especialmente en la mejoría de calidad de vida de población.

## LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1: Conhecimento do PSF	59
Diagrama 2: Prática do PSF	65
Diagrama 3: Aspectos Trabalhistas	89
Diagrama 4: Posicionamentos dos Sujeitos sobre o PSF	89

## SUMÁRIO

<b>Resumo</b>	viii
<b>Abstract</b>	ix
<b>Resumen</b>	x
<b>Lista de Diagrama</b>	xi
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	1
1.1 Experiência Profissional da Autora	1
1.2 O Objeto de Estudo	3
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</b>	22
2.1 Teoria das Representações Sociais (T.R.S.)	22
2.2 Percurso Metodológico	30
2.2.1 Tipo de Estudo	30
2.2.2 Definição do Campo	31
2.2.3 Cenário do estudo	32
2.2.3.1 Situação Socioeconômica das Famílias	40
2.2.4 Aspectos Éticos: Entrada no Campo	46
<b>3 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA</b>	56
3.1 Perfil Socioeconômico	56
<b>4 DESCOBERTA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS</b>	59
4.1 Categoria Conhecimento do Programa de Saúde da Família	59
4.1.1 O PSF como Expressão de Atividades em Equipe	60
4.1.2 PSF como Espaço de Atendimento à Comunidade	60
4.1.3 PSF como Presença do Médico e da Enfermeira	62
4.1.4 PSF como Campo de Prática do Agente de Saúde	62
4.1.5 PSF como Fonte de Conhecimentos/Informações	63
4.1.6 PSF como Espaço de Atenção à Saúde das Famílias	63
4.2 Práticas de Saúde Desenvolvidas no Programa de Saúde da Família	65
4.2.1 PSF como Favorecendo a Comunicação	65
4.2.2 PSF como Atendimento Ambulatorial	67
4.2.3 PSF como cumprimento de Metas	68

4.2.4 PSF como Mudanças na Lógica de Organização de Saúde de Saúde	69
4.3 Posicionamento dos Sujeitos sobre o PSF	88
4.3.1 Reivindicações, Possibilidades e Expectativas	88
5 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NORTEANDO AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO PSF	102
5.1 Evidenciando as Articulações	102
5.2 Considerações Finais e Proposições	121
6 REFERÊNCIAS	136
<b>Anexos</b>	

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 A Experiência Profissional da Autora

Um dos motivos que conduziu este estudo foi sua experiência profissional na Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e na Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, na área de desenvolvimento de recursos humanos. Como integrante da equipe de recursos humanos, participei do movimento em torno das mudanças do setor saúde. Participei, no início da década de 1980, da organização das unidades de referência e capacitação de pessoal de nível médio e superior dos Projetos PIASS/PPREPS (Projeto de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento e Projeto de Preparação Estratégica de Pessoal para Saúde), decorrentes dos resultados da Conferência de Alma-Ata (1978), tendo como pressuposto básico: a interiorização das ações de saúde e saneamento, hierarquização das ações básicas de saúde e participação comunitária.

Posteriormente, acompanhei a discussão sobre as ações integradas de saúde, através de cursos, seminários e grupos de discussão, que favoreceram o entendimento da proposta da Reforma Sanitária que propunha o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde - SUDS, hoje Sistema Único de Saúde-SUS, como uma nova estratégia para reversão do modelo assistencial vigente.

A oportunidade de conviver, de debater com os gerentes locais, com profissionais de nível superior e técnicos sobre as diretrizes das políticas de saúde - públicas e privadas; a organização das práticas, o controle social, as barreiras enfrentadas para a operacionalização dessas políticas, ajudou-me a compreender e intervir nas mudanças do setor, colaborando como instrutora em cursos de especialização nas áreas de educação em saúde, saúde da família, enfermagem do trabalho; participação em oficinas de trabalho para a capacitação dos

conselheiros municipais de saúde; implantação de núcleos de informação, educação, comunicação e capacitação das equipes; participação em pesquisas: avaliação dos conselhos municipais de saúde dos Municípios de. (Crato e Jati); análise da associação entre a organização dos serviços de saúde e o grau de satisfação do usuário em 11 municípios do Estado do Ceará. Como integrante do quadro docente do Departamento de Saúde Pública da Universidade do Estado do Ceará - UECE, empenhada na consolidação do SUS, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará e a Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá-CE, coordenei o Curso de Especialização em Educação Popular em Saúde, contando com a participação de membros da equipe de saúde da família.

Tais experiências me conduziram a um olhar crítico sobre o sistema de saúde proposto pelo Ministério da Saúde e as práticas dos profissionais que militam na área de saúde da família, induzindo-me a investigar sobre o tema em área rural.

Dessa forma, fazendo o levantamento bibliográfico, constatei a falta de registro de trabalhos que focalizassem programas de saúde sob a óptica da Teoria das Representações Sociais, embora a literatura consultada tenha apontado muitos estudos referentes às práticas e aos problemas sociais.

Considerando a forma trabalhada por aqueles que fazem o PSF, sejam profissionais de saúde ou mesmo as famílias, é determinada pelo contexto social, pela comunicação que se estabelece entre as pessoas constituintes, pelas crenças, valores e ideologias do seu grupo familiar, que são eleitas a família, enfermeiras e agentes de saúde como sujeitos desse trabalho. Tal fato aconteceu com a finalidade de conhecer as representações sociais acerca do PSF, permitindo-me, com isso, perceber como seus integrantes vivenciam esta prática.

## 1.2 O Objeto de Estudo

- **O Modelo de Saúde no Brasil**

O presente estudo sobre saúde da família remete-me à busca de uma reflexão sobre a trajetória das políticas de saúde *versus* modelos de saúde, no Brasil, de 1920 aos dias atuais, na compreensão de que o modelo assistencial de saúde é influenciado pela determinação econômica e pela concepção de saúde predominante em cada época.

O campo da Saúde Pública é demarcado, historicamente, por um modelo positivista, em que a doença é vista como desvio, sendo ameaça anômica à ordem da estrutura social tratada, basicamente, através de uma óptica biocêntrica (Campos, 1992).

Destaca-se, também, o fato de que, na Saúde Pública, como campo político, o espaço de hegemonia de uma disciplina ou de articulação cooperativa entre as disciplinas é um campo de correlação de forças, fortemente relacionado à consciência social e política que se engendra no confronto das práticas (Mendes, 1998).

Insere-se, ainda, nesse modelo a lógica de trabalho da equipe de saúde, pautada no enfoque unidisciplinar. Assim, é entendido que cada profissional imbuído de um saber específico, inviolável, fecha-se a todos os fenômenos que não tenham uma estruturação objetiva, reconhecível em seu campo específico e que sejam, portanto, não manejáveis à luz do conhecimento positivo (Campos, 1992).

A atenção individual ainda persiste, centrada no corpo e na doença de um indivíduo, como se ele não tivesse história, trabalho, família, concepções culturais e ideológicas (Mendes, 1996).

Nessa perspectiva estritamente positivista, biologicista e mecanicista, o saber clínico, fragmentado entre as diversas profissões, impõe uma camisa-de-força à abordagem de

seu objeto de trabalho, excluindo as dimensões do social e do subjetivo, e desconhecendo sua influência decisiva na história da doença (Campos, 1992).

O enfoque da atenção, baseado na enfermidade, leva a uma prática paliativa de recuperação, que não acrescenta nada à qualidade de vida da população.

Como diz Landmann (1982), vimos sendo mais profissionais da doença, tratando casos já acontecidos e que poderiam ser evitados. A assistência de enfermagem, no domicílio, não representou, até hoje, muita diferença no modelo biomédico-higienista, reproduzindo e canalizando as energias individuais e coletivas para a esfera doméstica, desviando-as da contestação e de reivindicações sociais ou com expressão em uma relação social. As definições políticas para o atendimento às necessidades de saúde não contemplam, em muitos casos, o perfil epidemiológico da realidade em que essa prática deve ser inserida.

Outro aspecto a destacar é a relação autoritária saber/poder, incorporado por algumas categorias, que impede o desenvolvimento de um trabalho articulado entre a comunidade e o sistema de referência em saúde, democrático de saberes e formas de fazer, integrados a favor da vida, contra o sofrimento, a morte e a alienação social dos grupos sociais tradicionalmente alheios aos principais progressos tecnológicos da civilização (Mendes, 1998).

Mesmo estando no início do terceiro milênio, o que ocorre com o atendimento de saúde, (controle de endemias e do meio ambiente), no seio das famílias tem relação com o primeiro órgão nacional responsável pela política de saúde no Brasil, - o Departamento Nacional de Saúde Pública, - dirigido por Carlos Chagas. Naquela época, como até hoje, todo um esforço fica registrado na história, em busca da dinâmica de enfrentamento da doença de Chagas, cólera, dengue e verminoses, tentando reverter o perfil epidemiológico da década de 20. A década de 40, no entanto, marca apenas a criação de um órgão, mas, sobretudo, as condições de implantação de modelos como o sespiano (Fundação SESP - Serviço Especial de

Saúde Pública, hoje Fundação Nacional de Saúde - FUNASA), ao tempo em que abre uma frente para um modelo sanitário, através de campanhas que evoluíram do final do século XIX a meados dos anos 1960. Com o controle do meio ambiente, tentando reversão do perfil epidemiológico e criando ambulatório e internação, o Brasil procura se aparelhar para combater doenças, intervindo na vida dos indivíduos e na sociedade (Nakamae, 1987).

Acontecimentos da década de sessenta, tais como, a integração das instituições nacionais com as internacionais (MS/OMS/UNICEF/Fundo Internacional de Apoio à Criança), o golpe militar de março de 1964, concentração de renda, multiplicação dos serviços privados e ênfase aos serviços hospitalares, vieram ocasionar profundas modificações no sistema de atendimento à saúde, resultando em mais atendimentos aos interesses monopolistas internacionais, obrigando o Brasil a fazer maiores repasses para a rede privada e a uma racionalização dos gastos com a área preventiva e de recursos humanos.

Segundo Braga e Paula (1981:72), a prioridade absoluta da política nacional de saúde na década de 1970 foi a Medicina Previdenciária, deixando de lado outras medidas de promoção à saúde, conquanto incluía saneamento básico. Xavier *et al.* (1988) enfatizam que, em 1967, ocorreu a fusão de todos os institutos de aposentadoria e pensões, vindo estes a firmar o Instituto Nacional de Previdência Social-INPS, criado em 1966. Em sua composição, preponderavam três subsistemas: na base, um subsistema estatal (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais); o sistema hegemônico era o privado, contratado e conveniado com a previdência; um terceiro subsistema já começava a ser delineado, o de atuação médica supletiva (Menezes, 1998:14). Xavier *et al.* (1988) referem, ainda, que em 1968 foi implantado o Plano Nacional de Saúde, que não chegou a se concretizar, em virtude de priorizar apenas a indústria farmacêutica e a tecnologia sofisticada dos equipamentos médico-hospitalares.

Para Braga & Paula (1981:88), o hospital assumiu a posição central na prestação dos serviços de saúde, serviu como local de encontro das diversas especialidades, sendo detentor da infra-estrutura e dos equipamentos e empregando elevada tecnologia na prestação do ato médico.

O Brasil, através de parcerias organizativas do setor saúde com as instituições internacionais do gênero, com a criação da previdência social e modelando sua ação política interna, deu passos na saúde, mas *o país acentuou concentração de renda, aumentou a dependência do Brasil aos países mais avançados que dominam essas tecnologias, provocando uma baixa na qualidade de vida do brasileiro* (Melo, 1986:142).

A respeito da questão, Teixeira (1988:45) diz o seguinte: *os índices de crescimento econômico, a níveis jamais alcançados, expressam o interesse do capital com a denominação de milagre brasileiro, às custas do endividamento externo e do forte arrocho salarial, impedindo despesas com o bem estar social.* Já Almeida (1991:31) assinala que, para a condução do processo de reformulação das políticas de saúde, foram adotadas reformas administrativas e econômico-financeiras, com caráter modernizador, mas também autoritário e conservador, tendo como objetivo básico a ampliação da acumulação do capital.

Já Xavier *et al.* (1988:191) advertem para o fato de que a prática do econômico sobrepuzar o social *foram fatos reforçados em 1974, quando foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), tornado, desde logo, o detentor do maior orçamento da república, inferior apenas ao orçamento geral da União.*

Para Almeida (1991:31), no período em que, *em função do modelo de acumulação de capital predominante no país, é estabelecida uma política de saúde que dá prioridade à privatização da assistência curativa-lucrativa, atribuindo quase que unicamente à Previdência Social, o encargo da assistência médica à população brasileira.*

Todos esses acontecimentos contribuíram para disciplinar o serviço de saúde no País, através do primeiro Sistema Nacional de Saúde da Previdência da República (Lei 6229 de 1975) e para definição das grandes linhas de responsabilidade das várias instituições (federais, estaduais e municipais).

A década de 1970 foi marcada pela III Reunião de Ministros da Saúde, em 1972, no Chile, no contexto da América Latina, pela V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, e pela VI Conferência, em 1977. Essas contribuíram, em muito, para fortalecer os níveis de complexidade do setor saúde do Brasil, visando à descentralização e à racionalização dos serviços básicos. Estes propósitos foram subsidiados com a criação de programas setoriais, tais como o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), o Plano de Localização de Unidades de Saúde (PLUS), o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde (PPREPS), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), abrangendo a região de jurisdição da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE). Este último, segundo Almeida (1991:42), *teve um papel importante no processo de implantação da rede básica de saúde, visando ao atendimento às pequenas comunidades, contribuindo, também, para o alívio das tensões sociais, legitimação do Estado e um controle social mais periférico.*

Em 1977, a VI Conferência Nacional de Saúde dá continuidade aos discursos e às estratégias de extensão de cobertura das ações de saúde, nas regiões carentes. As novas formas de pensar a saúde no Brasil ganham nova dimensão em 1978, com a última conferência da OMS - Organização Mundial de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, sobre Cuidados Primários em Saúde. Nela estava implícita a expansão de cobertura dos serviços básicos de saúde, para toda a população, com ênfase nas medidas preventivas, reorientação do setor público e aumento da produtividade; os atendimentos

secundário e terciário são incorporados em uma só proposta, em que estes deixam de ser prioritários e passam a ser complementares.

A década de 1970 é fechada com o esgotamento de todas as políticas sociais, fiscais e previdenciárias, que são tidas como inadequadas como resposta à realidade de saúde no Brasil naqueles dias. A crise econômica atravessa a década de 1970 e revela-se, com profundidade, no início da década de 1980, quando o Brasil, com uma dívida externa de 53,8 bilhões de dólares e, pela primeira vez, com uma inflação atingindo a casa dos três dígitos, chegando ao patamar dos 110,02% (Revista Veja, n.º 753:50), enfrenta uma reclamação popular por saúde, educação, moradia, eleições diretas e crise da previdência. Daí, para formulação da lógica do sistema de saúde, vários movimentos ocorreram, servindo de referencial a esta década, marcada por profundas críticas ao modelo funcionalista da saúde. Dentre esses movimentos, destacam-se os apelos de Alma-Ata, expressos na atenção primária de saúde, desenvolvimento comunitário, extensão de cobertura dos serviços de saúde na garantia dos cuidados primários da saúde: promoção da nutrição apropriada e provisão de água de boa qualidade; saneamento básico, atenção materno-infantil, inclusive planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; educação no tocante a problemas prevalentes de saúde; tratamento apropriado das doenças e que iriam se constituir ideário no setor saúde para a VII Conferência Nacional de Saúde, com um discurso pautado na implantação de uma rede básica de serviços de saúde, no plano comunitário, transitando entre o modelo do PIASS - implementação na Região Nordeste e do Prev Saúde, em termos gerais (OMS, 1978).

Almeida (1991:47) considera o

*Prev Saúde é uma estratégia importante para reordenação do setor, com o estabelecimento de novos mecanismos de articulação intra-setorial, sua implantação não conseguiu romper com alguns pontos básicos de estrangulamento do sistema”, como a não garantia do acesso universal aos serviços de saúde públicos e/ou privados, integração efetiva entre as várias*

*instituições públicas, dificuldade de financiamento do M.S. e indefinição do papel das diversas instâncias colegiadas de gestão.*

Mesmo assim, é criado, através do Decreto n.º 86.329, de 2 de setembro de 1981, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que elabora o documento denominado Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, no âmbito da Previdência Social, com destaque para os Projetos de Racionalização da Assistência Ambulatorial e Sistema de Assistência Médico Hospitalar, cujo objetivo básico foi a racionalização de custos no setor de saúde, o que implicou também a maciça utilização de mão-de-obra auxiliar.

Para Mendes (1986), fazendo-se uma análise comparativa das temáticas discursivas das diferentes versões do Prev Saúde (III) e do Plano de Reorientação do CONASP, observa-se um movimento crescente dos componentes racionalizadores, em detrimento dos elementos democratizadores.

Em 1984, é lançado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), cujo objetivo era descentralizar as ações de saúde nos diferentes níveis (estadual, regional e municipal), não como um plano, mas como instrumento de integração programática e de articulação interinstitucional, viabilizado pelo processo de planejamento, gestão, acompanhamento e avaliação das ações de saúde, operacionalizado através de convênios tripartites de prestação de serviços ou convênios de co-gestão, como estratégia na direção de uma rede pública unificada pelo MPAS/INAMPS, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, ocorrendo também a incorporação do Ministério da Educação e Cultura e as Secretarias Municipais de Saúde (Mendes, 1994).

Apesar dessa nova potente forma de organização, Mendes (1986:16), ressalta:

*... só foram possíveis alguns avanços significativos, tais como: acumulação de forças pelos grupos políticos favoráveis às Ações Integradas de Saúde (AIS), à elaboração de uma programação integrada, ao aperfeiçoamento dos mecanismos dos gastos públicos, ao controle das fraudes, ao incentivo à pesquisa científica e*

*tecnológica, ao incremento da produção nacional de imunobiológicos, às experiências bem sucedidas de municipalização dos serviços e à transferência da Central de Medicamentos-CEME para o Ministério da Saúde.*

No entanto, as mudanças mais profundas e necessárias não ocorreram, transformando-se em discursos mobilizadores para realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que vinha sendo dificultada pelo Governo Federal. Essa fase de transição democrática favoreceu a convocação da aludida Conferência para março de 1986, da qual participaram cinco mil pessoas, dentre elas mil delegados, representantes de todas as forças sociais envolvidas, direta ou indiretamente, com a questão da saúde no Brasil. O evento foi uma tentativa de organização popular, para formação de uma consciência sanitária; serviam-lhe de suporte as lutas pela conquista da saúde, como um direito, da reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento da saúde.

Os objetivos propostos foram atingidos, sendo acrescidos a estes o conceito ampliado de saúde, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e acesso aos serviços de saúde (CNS, 1986); tal como figura na Constituição; o reconhecimento da saúde como um direito igual a todas as ações de saúde, cabendo ao Estado garantir o seu acesso; novas conferências por área (recursos humanos, mulher e trabalhador); organização de comissões da Reforma Sanitária (nacional e estadual), para assegurar nas constituições (federais, estaduais) e leis orgânicas dos Municípios o capítulo sobre a Lei Orgânica da Saúde (LOS), em suas instâncias legais (CNS, 1986; Brasil, 1986).

A partir dos textos constitucionais, a Reforma Sanitária propôs a reformulação do atual Sistema Nacional de Saúde, através da institucionalização de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde nos estados, criado através do Decreto Presidencial n.º 94.657, de 20 de julho de 1987, para posteriormente consagrar o SUS e seus princípios doutrinário; estabelecidos através do artigo 7º da Lei Orgânica de Saúde (nº 8.080) garantindo. equidade

no atendimento, universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência – entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema, participação comunitária e descentralização, político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: - ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; - na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, exigindo novas abordagens para a produção do conhecimento e para a intervenção prática, contestando, assim, a unidisciplinaridade das profissões (Brasil, 1986; 1990). Entretanto, estes princípios estão sendo discutidos, por dizerem respeito ao tipo ideal de sociedade e assistência.

O sistema em referência visa a um modelo assistencial que dê ênfase às ações coletivas, ao resgate epidemiológico, com prioridade às atividades preventivas, definindo estratégias e objetivos com flexibilidade e possibilitando a operacionalização das ações. É um modelo gradual e construído na prática, capaz de refazer estruturas, métodos e espaço, além de guardar sempre a coerência e manter os seus princípios.

Dessa forma, são conquistadas possibilidades de criação de políticas estaduais, visando à reorganização dos seus sistemas locais de saúde (SILOS), abrindo para programas abrangentes, com o novo pensamento teórico e metodológico. Foi nesta perspectiva que o Estado do Ceará, através de sua política estadual de saúde, definiu como estratégia a reorganização dos SILOS, sob o paradigma da vigilância à saúde da família, para efetivar, de forma abrangente, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde das famílias e das comunidades cearenses, exigindo, também, um repensamento teórico e metodológico da prática.

Isto é reconsiderado nas IX, X e XI Conferências Nacionais de Saúde, que apregoam a desospitalização da assistência médica e a “desmedicalização” como passos efetivos à mudança do modelo assistencial de saúde no Brasil (CNS, 1992; 1996; 2000).

#### • O Programa Saúde da Família – Aspectos Teóricos e Conceituais

Na década de 1970, a Organização Mundial de Saúde, bem assim instituições estrangeiras como a Fundação Kellog, difundiram em toda a América Latina, através de seminários, publicações e assessorias, os benefícios que as políticas de saúde pautadas em saúde da família poderiam proporcionar a países com indicadores de saúde agravantes.

O contexto brasileiro, naqueles anos, foi propício à difusão dessas idéias, via questão epidemiológica (piores indicadores, sobretudo mortalidade infantil), história, política e anseios dos trabalhadores de saúde ditos de esquerda. Outro fato influenciador foi o debate provocado pela conferência do UNICEF e da OMS, sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, cujo reflexo levou o Brasil a rever suas práticas mais necessárias, criar uma estratégia política de atenção primária de saúde, partindo da América Latina visando a atingir a meta de saúde para todos no ano 2000 (OMS, 1978).

O setor de saúde também foi influenciado por lutas de fora das instituições do setor, 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 elas a assistência à saúde direcionada às famílias brasileiras; além do apoio constitucional referido no Capítulo VII art. 226/227, que assegura os direitos civis e sociais à família (Brasil, 1988).

A década de 1980 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), SUDS, SUS e Carta Magna (Constituição Brasileira, out/88) (Brasil, 1988).

O resultado dessa década é o 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 1990, toda a sociedade brasileira foi mobilizada para a compreensão da saúde e da cidadania, como uma proposta dentro do SUS, através das duas conferências nacionais de saúde (IX e X), que conservaram o modelo de alguns dos indicadores sociais de saúde, antes vencidos, e que retornaram com vigor (fisiologia, criminalidade, necessidade de atenção à criança, cólera, dengue), obrigando as instituições públicas e a sociedade a identificar, com clareza, suas fragilidades. É assim que se dá a expansão das infra-estruturas de saúde, voltadas para a promoção da vida humana, associadas ao cotidiano de saúde, notadamente à atenção da família.

O 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 SILOS e modelos assistenciais vigentes no Brasil e em outros países, ao exemplo de Cuba e da Inglaterra.

As discussões, a partir do fórum de debates de SILOS, 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).

Essa experiência foi dirigida a toda a população, na década de 1980, com ênfase em atenção primária de saúde, em policlínicas que viabilizavam Medicina e Odontologia como clínicas básicas. O objetivo maior juntou, em uma mesma proposta, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde. A viabilização da proposta consubstanciou-se na população devidamente controlada, na infra-estrutura física dinâmica e em bases culturais propícias às mudanças desta ordem (UNICEF, OPAS, OMS, CUBA, 1991).

O PSF tem como proposta básica a organização da atenção primária. Mendes (1996) refere que estudos realizados em 11 países, dentre os quais 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 proposta do Município de Quixadá contemplava uma equipe integrada por um (1) médico, uma (1) enfermeira, uma (1) auxiliar de enfermagem e agentes de saúde da área de abrangência da equipe. As equipes deveriam atender 1.000 famílias, podendo este número variar, de acordo com as especificidades do local.

Esse projeto, localizado no Ceará, foi reavaliado por um grupo de técnicos formado com representantes do Ministério da Saúde (MS), Organização das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS-CE), Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), coordenadores do Programa Médico da Família, de Niterói e de Porto Alegre, além de técnicos da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE), que o aprimoraram, visando à transformação em um programa ministerial.

Em 1993, através da Portaria n.º 692, o Ministério da Saúde (na gestão do Ministro Henrique Santillo) iniciou a implementação do PSF, no Brasil, e, em março de 1994, lançou, oficialmente, o Programa nacional, sob a Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), subordinada à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) que, na ocasião, firmou convênios com 14 municípios de vários estados brasileiros, aí incluído Quixadá e Beberibe, no Ceará.

Quixadá, Município do sertão cearense, passava na ocasião por uma experiência administrativa de rompimento de suas antigas oligarquias, apresentando-se, assim, em condições de ser viabilizado como uma experiência-piloto, um novo modelo de atenção à família, possível de expansão para outros municípios.

Assim é que 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, posicionando-se, ainda, como elemento nuclear da atenção à família, foram passando para a 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, acrescentando-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, sendo relegado, portanto, para o nível bem menor de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças. O PSF visava 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 de cidadania, e a família e seu espaço social como 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 para a família e para a 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 1000 famílias, com limite máximo de 4500 habitantes (população adscrita). 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 recebe o 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, intersectorialidade, 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, é neste espaço que se constroem relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de saúde. A família, como agente sujeita do seu processo de viver, torna-se recipiente do cuidado profissional (Brasil, 1994).

Esse novo campo de 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 as quais a Enfermagem traz a sua contribuição.

Nesse constante movimento de olhar a família - tentando compreender suas características, necessidades, expectativas, relações e ações, de voltar-se para si própria como profissão, desafios, possibilidades e limitações, além de interrelacionar-se com as demais áreas de conhecimento - a Enfermagem aprenderá quais os caminhos que deverá seguir para o cuidado da família.

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 significado social. Para tanto, o objeto da pesquisa diz respeito às representações das enfermeiras, agentes de saúde e famílias, sobre o PSF e suas contribuições para o repensamento das práticas profissionais. O Programa foi escolhido em razão do interesse de conhecer o seu objeto em suas múltiplas dimensões e as representações

sociais no interior das famílias, cujos processos de simbolização, valores e condutas têm seu significado em relação às proposições de assistência à saúde.

- **Aspectos da Enfermagem/família – Inserção da Enfermeira**

A Enfermagem, na construção do seu saber, no que se relaciona com a saúde pública, tem por objeto de trabalho a sociedade e, por via de consequência, a família. O mais remoto pensamento nos conduz à mãe, no seio da família, dessas usando cuidados e assistindo os integrantes do grupo familiar.

Ainda nos seus primórdios, a primeira dificuldade de saúde foi enfrentada no seio da família, por quem quer que tenha dedicado atenção a essa ocorrência. O registro mais antigo é o da Índia que, no século VI a.C., nos dá a conhecer o adiantamento dos hindus em *medicina e enfermagem* (Paixão 1979:21). Àquela época, as atividades que predominavam no seio das famílias eram: dietas, banhos, clisteres, inalações e sangrias, cabendo à enfermeira manipular e preparar remédios extraídos da natureza.

Na China, os sacerdotes de Buda organizaram hospitais e casas de repouso com enfermeiras(os). A Enfermagem na Grécia teve início com massagens, banhos, purgativos, dietas, sendo dada grande importância à hospitalidade.

Santa Catarina de Sena é citada por cuidar dos abandonados, nas ruas ou em casebres, convivendo com as famílias. Santa Isabel da Hungria, por sua vez, intensificou seu interesse por pobres e doentes, banhando e alimentando leprosos e doentes, em geral, no âmbito da própria família.

A grande difusão do Cristianismo, em Roma, fez que damas, as mais distintas, passassem a se dedicar ao serviço dos pobres e doentes, serviços intensificados, hoje, com atividades de Enfermagem, naquela época assumidas pela sociedade (Paixão, 1979).

Mais tarde, toda essa história é revivida por Florence Nightingale, quando socorre pessoas nas ruas e sente a necessidade de arrebanhar outras para o desempenho dessas atividades. Seu plano de saúde pública, aplicado durante a Guerra da Criméia, é também um registro da Enfermagem, tendo por objeto de trabalho a coletividade. Foi por esse trabalho que auferiu o título de experta em assuntos sanitários, administração sanitária do exército, orientação e reorientação para implantação de hospitais, sendo-lhe atribuído também o projeto de Enfermagem como profissão para todo o mundo (Nightingale, 1989)

A história fundamenta o conceito de trabalho nos domicílios, junto às famílias, como forte característica da Enfermagem, ao longo da história da humanidade, resistindo aos dias atuais através das políticas de saúde. A bem da verdade, a unidade de saúde da família é a força motriz dos estudos da Enfermagem, no campo da Saúde Pública.

Mesmo compreendendo que o Estado brasileiro não vem respondendo como deveria às questões sociais, políticas, ideológicas e econômicas, vale-se a Enfermagem das políticas públicas, naquilo que é possível para fazer-se chegar às famílias e à comunidade. Assim, contrapondo-se às suas chances reais, exercita sua prática sutilmente, através de esforços com vistas à interiorização e ao avanço em direção às bases populares, com o discurso da saúde contribuindo na formação de trabalhadores de nível médio, ao exemplo de: visitadoras domiciliares, guardas da Superintendência de Campanhas (SUCAM), orientadores de saúde e saneamento e, mais recentemente, de agentes comunitários de saúde. Paralelamente, capacita pessoal de nível médio para atuar na área da Enfermagem (técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem). Faz parte também desse esforço a realização de treinamentos para professores da rede pública de ensino, sobre ações de saúde.

Outra ação contributiva da Enfermagem tem-se verificado na implantação de serviços de saúde (FSESP – Sucam – Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde – delegacias regionais de saúde, minipostos de saúde (PIASS), casas de parto, unidades mistas,

microrregiões, dentre outros. Programas com abordagens obrigatórias dirigidas ao grupo familiar, tais como o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher e Criança (PAISMC), fisiologia, hanseníase, diabetes, hipertensão e imunização, além de outros, tiveram na Enfermagem a possibilidade de repasse de suas ações junto às famílias.

Embora as práticas do setor saúde advindas das políticas públicas não indiquem, claramente, a inserção da Enfermagem em trabalhos com a família, a análise e a avaliação destas comprovam uma assistência domiciliar de enfermagem em todas elas. Unindo este mesmo aspecto nos registros históricos e nas políticas atuais, principalmente na apreensão e articulação das políticas sociais, com ênfase para as questões de saúde e de educação, sente-se o quanto a influência da Enfermagem determina práticas nos contextos das políticas públicas do Brasil, dos primórdios aos dias atuais. Isto pode ser visualizado na formação dos recursos humanos, na supervisão, planejamento, criação e montagem dos programas, execução de novas ações e na implantação e equipagem da infra-estrutura de saúde, nos variados níveis, sobretudo nas zonas rurais, nos municípios e nas comunidades. Em qualquer modalidade de assistência à saúde, independentemente da ideologia contida na política de saúde que originou a ação efetiva, algo que não se esgotou na consulta, na internação ou na orientação educativa, passa a ser complementado no seio da família.

A decisão de transformar o Programa Médico da Família em Programa de Saúde da Família, no seu primeiro esboço, confirmou a inserção da Enfermagem, com a presença da(o) enfermeira(o) ou, em alguns casos, do(a) auxiliar de enfermagem. Essa inserção nada mais é do que a força histórica de uma área de relevância em saúde, originada da formação das primeiras enfermeiras brasileiras, cuja tônica era, dentre outras atividades, a preparação de visitadoras domiciliares e, mais recentemente, a preparação de orientadores de saúde e de saneamento, bem assim de agentes comunitários de saúde, no plano governamental<sup>1</sup> e, nas

---

<sup>1</sup> Governo federal, estadual, municipal, igrejas, Cruz Vermelha, OMS, OPAS e UNICEF, associações de bairros, federações de entidades comunitárias e Fundo Cristão para a Criança (CCF).

organizações não governamentais, de animadores de saúde, líderes da Pastoral da Criança, voluntários da Cruz Vermelha, dentre outros.

Qualificar mão-de-obra de outras áreas para trabalhar em saúde é configurada no exercício profissional da enfermeira, desde a formação da sua equipe, alcançando os espaços extra-infraestrutura de saúde, tais como congregações, igrejas e outras formas de influências para o comunitário e o humanitário. Com tais predicados, a enfermeira é requerida pelo Programa Saúde da Família, não como uma concessão, mas pela força histórica de uma prática profissional, dentro do setor de saúde. Aliás, essa é uma tendência internacional de absorver a(o) enfermeira(o) e sua prática.

Diante do contexto apresentado, elaborando os objetivos operacionais da pesquisa, estes são delineados com vistas a: apreender as representações sociais elaboradas por enfermeiras, agentes de saúde e famílias acerca do PSF; contribuir para o redimensionamento das práticas de saúde, no âmbito do PSF, a partir das representações sociais identificadas.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

### 2.1 Teoria das Representações Sociais (T.R.S.)

A Teoria das Representações Sociais (TRS) remonta à década de 1960, quando se processa o seu delineamento, pelo autor Serge Moscovici, psicólogo social, que teve como objeto de estudo a teoria psicanalítica, com destaque para Psicanálise, apresentada em sua obra: *La Psychanalyse, son image et son publique*, na qual ele procurou investigar como esta circulava na sociedade parisiense, com ênfase na sua apropriação, transformação e utilização, pelo homem comum.

Para o referido autor, as representações sociais são entidades quase tangíveis, que circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, no cotidiano dos sujeitos. Elas encontram-se impregnadas nas relações sociais estabelecidas, nos objetos produzidos e consumidos e nas comunicações trocadas. É que, por um lado, as representações sociais correspondem à substância simbólica que participa da elaboração do objeto, e por outro, constitui-se 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 suas realidades. Nesta perspectiva, estudar as representações sociais, possibilita conhecer como o homem comum constrói um mundo significante, definido pela Teoria das Representações Sociais, sob dois olhares distintos: o primeiro refere-se ao sentido de compreender o fenômeno no aspecto particular (transformação das teorias científicas em saber comum-cientista amador), enquanto o segundo envolve o aspecto mais geral ou universal: a análise dos processos através dos quais os indivíduos, em interação social, constroem teorias sobre os objetos sociais, determinando a comunicação e a organização dos comportamentos.

Como uma teoria de interesse da Psicologia Social, definida por Moscovici, ele procura mostrar, no sentido mais amplo, como as representações sociais se alimentam das teorias científicas e dos grandes eixos culturais, ideológicos, experiências e das comunicações cotidianas.

Desta forma, a TRS torna-se um referencial teórico importante e instigante para se realizar uma leitura sobre o PSF, como objeto de estudo, no campo da Saúde Pública, por viabilizar uma forma de avaliação do referido Programa.

Para tanto, elejo, dentre vários conceitos sobre representação social, o proposto por Jodelet (1989:36), em 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 [...]*

Neste aspecto, para entender as representações sociais conforme as compreende Jodelet, é interessante me reportar ao pensamento de Moscovici (1981) por seus aspectos constitutivos, em que ele anota serem as RS 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 como uma versão contemporânea do senso comum.

Evocar tais conceitos possibilita se estudar o PSF de modo contextualizado, apreendendo-o e verificando como este é veiculado e absorvido pelos profissionais e usuários no seu cotidiano.

Logo, pelo seu aspecto heurístico e bem delimitado, torna-se interessante conhecer as teorias construídas pelos sujeitos (usuários e profissionais) sobre o PSF, destacando-se como as representações sociais se formam e circulam no cotidiano. Para tanto, destacam-se os processos sociocognitivos e suas formações.

Nóbrega (1990) destaca a proposta de Moscovici (1977) em que, inicialmente, ele assinala o fato de serem as representações sociais modalidades de conhecimento particulares circulantes no dia-a-dia, que têm duas funções apriorísticas: uma função que define a formação de condutas, e outra que orienta as comunicações sociais. Posteriormente, Abric (1994) acrescenta duas outras funções: de identitária e a justificadora, graças à evolução das pesquisas realizadas acerca das cognições e práticas sociais.

Reportando-se ainda às funções da representações sociais, Moreira; Oliveira (1998) destacam que a função do saber, também chamada de formação de condutas, volta-se à compreensão e explicação da realidade, fazendo que os atores sociais adquiram conhecimento, organizando-os de forma a torná-los assimiláveis e compreensíveis, sintonizados com o funcionamento cognitivo e os valores assimilados pelos atores sociais, de *per se*. A comunicação social é, então, facilitada a partir da definição do quadro de referência comum, favorecendo as trocas sociais, a transmissão e a difusão deste saber “ingênuo”, sendo representada pela manifestação do esforço, essência da cognição social, permanentemente internalizada pelo homem para compreender e comunicar-se.

A função identitária possibilita a definição desta, colaborando para a autenticidade dos grupos, através de uma comparação social, cuja função se faz bastante presente nas relações intergrupais, conforme Doise (1973) apud Moreira; Oliveira (1998).

Dessa forma, a representação de um grupo tem por base uma avaliação rigorosa de suas características ou produções, garantindo, assim, uma imagem positiva do grupo de inserção. Nesse sentido, as representações que definem a identidade de um grupo exercem fundamental importância no controle social que a sociedade impõe sobre cada um de seus integrantes, principalmente nos processos de socialização.

Para guiar os comportamentos e as práticas, a função de orientação das comunicações sociais exerce papel fundamental, agindo por meio do sistema de pré-decodificação da realidade, como um guia para a ação.

É interessante destacar que orientação das condutas, na perspectiva das representações sociais, é proveniente de fatores essenciais, tais como, a definição da finalidade da situação, de si, do seu grupo e do outro grupo, com interferência no tipo de estratégia cognitiva que será adotada; o sistema de antecipações e expectativas, sendo uma ação sobre a realidade, através da seleção e filtragem das informações e interpretações, objetivando adequar esta realidade à representação; a representação prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias, caracterizando o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social (Moreira; Oliveira, 1998).

Para essas autoras, a função justificadora tanto exerce influência na ação como na avaliação desta, possibilitando a explicação e a justificativa das condutas dos atores sociais, em uma situação ou em relação aos seus parceiros, como no caso das relações intergrupais.

Ao refletir um esforço incessante de tornar alguma coisa não familiar em familiar, as RS ocorrem mediante dois processos fundamentais, interligados dinamicamente: o de ancoragem e o de objetivação. Eles regulam os conteúdos das representações e fundamentam a maneira pela qual o social transforma um conhecimento em representação e como esta representação transforma o social (Moscovici, 1978).

Por sua vez, Nóbrega (1990) refere 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, construídos pelos sujeitos que buscam a sintonia de suas práticas com as comunicações, na orquestração da sociedade.

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).

Para Vala (1996), a objetivação tem como fundamento dotar de materialidade algo abstrato, convertendo-o em coisa fisicamente reconhecível, fazendo que um esquema conceptual venha a se tornar real. Para tanto, ele procura analisar as formas pelas quais um conceito é objetivado ou um fenômeno é pensado de forma objetivada, ou seja, após tornar-se matéria, virando expressão de uma realidade vista como natural.

Moscovici (1978) diz que “*reabsorver um excesso de significações materializando-as (e adotando assim certa distância a seu respeito). É também transplantar, para o nível de observação, o que era apenas inferência ou símbolo*”, e que, para perceber a complexidade do indivíduo, esta não deve ser assimilada pelos sentidos, tal como a percepção visual, que somente oferece os atributos de uma pessoa, possibilitando apenas um conhecimento superficial.

Nesta perspectiva, os elementos adquirem materialidade e, segundo Jodelet (1984:481), é por intermédio desse processo, que a representação “*permite intercambiar percepção e conceito; ao por imagens em noções abstratas, dá-se uma textura material às idéias; faz-se corresponder as coisas com as palavras, dá corpo a esquemas conceituais*”.

Para a referida autora, na ocorrência da objetivação registram-se várias fases, por:  
1) seleção e descontextualização das informações, em que as crenças e idéias sobre um

determinado objeto são selecionadas; 2) formação de um núcleo figurativo, com uma estrutura de imagem, reproduzindo de maneira visível uma estrutura conceitual; e 3) naturalização das informações, fundamentalmente, tornando “concreta” e visível uma realidade que procura escapar das mãos, a partir da ligação de conceitos a imagens e descobrindo a qualidade icônica dessa idéia.

Na fase de seleção e descontextualização de idéias, ela ocorre em função de critérios culturais e normativos. Moscovici (1981:198) ensina que a *“construção seletiva da realidade, corresponde ao ato de se fazer equivaler o conceito com a imagem; modelar, comparando, preenchendo, com algumas substâncias, espaços vazios, para descobrir o aspecto icônico de uma idéia”*.

Para esse autor, na fase de naturalização, há uma busca de elementos da realidade que têm sentido; na classificação, permite escolhas entre sistemas de categorias, regras de conduta e separação entre seres e atributos, com a função de guardá-las em um quadro geral, em concordância com o sistema de inferência que a sociedade institui para um determinado grupo social.

Na fase de naturalização, os elementos do núcleo figurativo são representados por imagens (figuras) no plano do pensamento, conceituando-os e, assim, passam a compor a realidade social. O que era antes percebido como abstrato é transformado em concreto; as figuras deixam de ser elementos do pensamento, passando a integrar a realidade. Esses desenhos configuram, em grande parte, o nosso ambiente, enriquecendo e transformada a realidade com incessantes agregações, de um lado, e desagregações, de outro. Daí, muitas idéias são incorporadas ao domínio comum (Moscovici, 1978).

Na visão do referido autor, naturalizar é tornar o símbolo real; e classificar, dá à realidade um ar simbólico. *“Uma enriquece a gama de seres atribuídos à pessoa (e, neste sentido, pode-se dizer que as imagens participando nosso desenvolvimento); a outra separa*

*alguns desses seres de seus atributos, para poder guardá-los, em um quadro geral, de acordo com o sistema de referência que a sociedade institui.*”

De acordo com Wagner *et al.* (1995), as representações sociais enfatizam os contrastes entre grupos sociais, em vez da oposição grupo e indivíduo. Portanto, suas representações e as objetivações deles dependem, acima de tudo, das características das unidades sociais onde eles são formados.

As condições inerentes a um certo grupo favorecem especificamente as imagens das coisas, metáforas ou símbolos a serem usados como instrumentos de objetivação; por exemplo, mecanismos para que o fim do entendimento seja realizado através da objetivação.

Na constituição de um núcleo figurativo que ocorre através da seleção de determinadas idéias/palavras, ao serem estas incorporadas, vão formando uma combinação, isto é, um modelo que reproduz a estrutura conceitual, denominada de núcleo figurativo (Moscovici, 1978).

A ancoragem é definida como uma forma de

*trazer para categorias e imagens conhecidas, o que ainda não está classificado e rotulado; “tudo o que permanece inclassificável e não rotulável, parece não existente, estranho e assim, ameaçador...(nesse processo) a neutralidade é proibida pela própria lógica do sistema de cada objeto, e devendo ter um valor positivo ou negativo...” (Farr, 1984: 30).*

Moscovici (1978) afirma que a ancoragem consiste na integração cognitiva do objeto representado (sejam idéias, pessoas, acontecimentos, relações) a um sistema de pensamento social preexistente e, ainda, às transformações que daí advêm, sendo esse processo responsável pelo enraizamento das idéias.

Ela acontece mediante três aspectos: a) atribuição de sentido; b) instrumentalização do saber; e c) enraizamento no sistema de pensamento.

Na atribuição do sentido, Arruda (1983) destaca este aspecto, dizendo que ele se dá a partir de valores, da hierarquia de valores da sociedade e dos seus grupos. Como uma

relação entre grupos sociais e encarnação de um sistema de valores ou contravalores, contribui para criar em torno de um objeto e de sua representação uma rede de significações, pela qual eles são situados socialmente e avaliados como fato social.

A instrumentalização do saber ocorre, segundo Jodelet (1984:487), como uma *modalidade 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.

Para a mencionada autora, o enraizamento no sistema de pensamento leva a se pressupor que as representações sociais nunca se inscrevem em uma “tábua rasa”, ou em algo que não surja do nada, pelo que devem estar sempre fixadas no saber oficial ou em outras representações. É a incorporação da novidade e a familiarização do estranho.

Para Moscovici (1978), naturalizar é materializar, trazer para o concreto/real de vida, através do seu uso/utilização/aplicação, ou ainda, tornando o símbolo real e enriquecendo a série de seres (tudo o que existe) atribuídos à pessoa. A classificação acontece, para esse estudioso, quando são feitas escolhas entre sistemas de categorias, em que as condutas são localizadas, fixadas e ordenadas, dando-se à realidade um ar simbólico. A classificação separa alguns desses seres de seus atributos, para poder guardá-los em um quadro geral, em concordância com o sistema de inferência que a sociedade institui.

Jodelet (1984) destaca o fato de que aperfeiçoamento e a concretização de uma representação social culminam com a ancoragem, situada em um pólo oposto à objetivação, embora ambos constituam processos complementares. Dessa forma, a ancoragem aparece como uma extensão da objetivação, promovendo a integração cognitiva do objeto representado no sistema de pensamento preexistente e, também, as transformações que emanam de um e de outra.

Nesse sentido, Vala (1996) anota que, ao se tentar estabelecer uma analogia cronológica, dir-se-ia, certamente, que a ancoragem precede a objetivação, por um lado, e, do outro, situa-se na seqüência da objetivação. Jodelet (1989) diz que a ancoragem fixa a representação e o seu objeto em uma rede de significações, que permite uma adequação aos valores sociais, dando-lhes coerência.

## 2.2 Percurso Metodológico

### 2.2.1 Tipo de Estudo

A pesquisa realizada teve como foco de interesse as representações sociais do Programa Saúde da Família, na percepção das enfermeiras, agentes de saúde e famílias.

Daí a opção por um estudo de natureza qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, para subsidiar a apreensão das imagens atribuídas pelos informantes da investigação. A opção possibilitou também uma aproximação com a realidade, a fim de vislumbrar condições concretas, para tentar transformá-la.

Segundo Lemos (1994), a representação social se constrói e é construída na práxis cotidiana de sua formação, com entrada em jogo de três elementos fundamentais, representados pelo contexto (cenário onde se desenrolam as relações humanas); linguagem (que é a própria cena) e código social do grupo. Nesse domínio do social, sobressaem o aspecto cultural, os valores, as crenças, as regras e as ideologias que orientam o comportamento das pessoas e dos grupos sociais. Dessa forma, o pensamento de Jodelet (1984) é compartilhado quando a autora se refere às representações sociais, assinalando que o social intervém aí de várias maneiras: pelo contexto concreto, onde estão situados as pessoas e os grupos; pela comunicação que se estabelece entre eles; pelos quadros de aprovação que

fornece sua bagagem cultural, pelos códigos; pelos valores e ideologias interligadas às posições sociais específicas.

Desse modo, para Kirk; Miller (1986), os métodos qualitativos de investigação são utilizados pelas Ciências Sociais para a realização de observação de pessoas, em seu território, podendo elas interagir em sua linguagem, buscando compreender a natureza do objeto, dentro do seu contexto social.

Diante dessas e de outras características, a abordagem qualitativa revelou-se a mais adequada para a presente pesquisa.

### **2.2.2 Definição do Campo**

O Município relacionado está localizado na zona litorânea, que integra o Primeiro Departamento Regional de Saúde, vinculado à Secretaria de Saúde do Estado.

A decisão de realizar o trabalho, no meio rural do Ceará, deu-se em atendimento aos seguintes critérios:

- a) pertencer ao Primeiro Departamento Regional de Saúde; vinculado à Secretaria de Saúde do Estado;
- b) estar com o Programa da Saúde da Família implantado há mais de um ano;
- c) estar relacionado com a organização do modelo de assistência, voltado para a vigilância e promoção da saúde, enquadrando-se na gestão Plena de Atenção Básica.

### 2.2.3 Cenário do Estudo

O Município escolhido como cenário de investigação é Aquiraz (Anexo I), localizado na zona litorânea e 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 km<sup>2</sup>. Possui destacado potencial turístico, com praias bastante conhecidas e freqüentadas como: Iguape, Prainha, Presídio e Beach Park (Ceará, 1997).

A população municipal total para o ano 2000 está sendo estimada em, aproximadamente, 57.362 habitantes, 11,9% residindo na área urbana e 88,1% na zona rural (IPLANCE, 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.

O relevo predominante é o terreno plano, muito embora sejam encontradas áreas com morros, muitas dunas, mangues e alagadiços. As estradas são na maioria vicinais, havendo considerável malha asfáltica (CE – 040 é pavimentada). Apresentando uma hidrografia permeada por lagoas, o destaque fica por conta da Lagoa da Encantada e de dois importantes rios que cortam o Município: o Catu e o Pacoti.

São estabelecidos como limites, ao norte, com o Oceano Atlântico e Fortaleza; ao sul, com Horizonte e Cascavel; a leste, com o Município de Pindoretama; e a oeste, com os Municípios de Eusébio e Itaitinga.

As características socioeconômicas estão centradas nas atividades agrícolas, pecuária, indústria de beneficiamento e transformação, comércio e turismo. O censo

agropecuário de 1995 cadastrou 1.946 estabelecimentos agropecuários, com uma área total de 66.443 hectares, ocupando mão-de-obra de cerca de 4.584 pessoas (Ceará, 1997).

Dentre as diversas atividades desempenhadas na região, a avicultura e a suinocultura ocuparam importante espaço na economia local, sendo o Município de Aquiraz o maior produtor de ovos de galinha do Estado do Ceará, além de figurar entre os três maiores na suinocultura e na venda de frangos.

A indústria e o comércio, segundo o Censo Industrial, apresenta 45 estabelecimentos industriais, 233 casas comerciais e 38 empresas de prestação de serviços (Plano Municipal de Saúde de Aquiraz). No setor industrial, destacam-se: a produção de soro fisiológico (ENDOMED), como fonte de maior arrecadação financeira; beneficiamento de granito; produção de aguardente de cana, e de cerâmica. O comércio é de pequeno porte, com predomínio de varejistas, e conta com a participação de uma agência bancária (Banco do Brasil).

A renda interna *per capita* é de R\$ 1.619, enquanto a renda média fica em R\$ 42.126,00, segundo o *ranking* dos Municípios para 1997 (IPLANCE, 1997). De acordo com dados do IBGE (1996), 66% da população possuem renda familiar de até um salário mínimo, colocando Aquiraz na 109ª posição, em termos de renda/salário mínimo, considerada baixa, em relação aos demais municípios do Estado.

Os indicadores de educação e de mortalidade infantil de Aquiraz são caracterizados por uma taxa de alfabetização igual a 51,36%, encontrando-se em uma situação intermediária; as taxas de mortalidade infantil, no período de 1995/97, chegam aos 41,48 óbitos por mil nascimentos, sendo a menor taxa (9,4%) verificada no mesmo período, em todo o território cearense, semelhante porém à obtida por 87 outros municípios colocados na mesma posição, ou seja, com 40 a 60 óbitos de menores de um ano, por mil nascimentos (Ceará, 1997-2000).

Segundo o IPLANCE (1997), em relação ao sistema de abastecimento d'água, a Sede do Município cobre apenas 16% dos domicílios com água canalizada, que vem da bacia hidrográfica do rio Pacoti, evidenciando, assim, as condições precárias de habitação, expressada também a deficiência na coleta de lixo. O Município ocupa, assim, a 152ª posição no *ranking* estadual, quanto ao abastecimento de água e a 98ª posição em relação à coleta de lixo.

O Estado do Ceará está dividido em 21 microrregiões de saúde, responsáveis pela atenção secundária, e três microrregiões (Fortaleza, Sobral e Cariri) responsáveis pela atenção terciária, sendo que Aquiraz faz parte da Microrregião de Saúde I, juntamente com outros nove municípios cearenses, que anteriormente pertenciam ao Departamento Regional de Saúde (DERES), com sede em Fortaleza, e onde primeiramente ocorreu a adesão dos primeiros municípios dessa região ao PSF. Atualmente, a Microrregião de Saúde I, que “corresponde ao processo de organização de serviços de saúde em andamento no Estado, visa tanto ao fortalecimento da atenção primária, por meio do PSF, quanto à estrutura da atenção secundária, através da pactuação dos serviços, somando esforços para permitir a resolubilidade dos problemas de saúde” (Sá Filha, 2000:56).

Desde 1990, o Município firmou convênio com o SESA para efetivar a municipalização, assumiu a condição da Gestão Plena da Atenção Básica, de acordo com a Norma Operacional Básica/SUS 01/96, recebendo o gestor recursos federais de acordo com o tamanho da população.

Em 1995, o Município de Aquiraz celebrou convênio com o Ministério da Saúde e a SESA para implantação do PSF, sendo selecionadas as áreas de Cponga da Bernarda, Camará, Tapera e Justiniano de Serpa, abrangendo 5.500 famílias. Em 1998, implantou mais 3 equipes, nos Distritos de Tapuio, Iguape e Patacas, passando a atingir 11.000 famílias.

Esta nova forma de organização dos serviços estabelecida pela SESA através de microrregiões de saúde “corresponde aos espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios, formados em conformidade com um processo espontâneo e natural de integração e interdependência, com vontade política unificada e capacidade de gerar soluções para problemas comuns na área da saúde” (Ceará, 2000).

A estrutura de saúde do Município de Aquiraz possui sete unidades do Programa Saúde da Família, organizadas por micro-áreas (Anexo II). Existem dois postos de saúde nos Distritos de Prainha e de Tupuiú. Na Sede do Município, está localizada a Secretaria de Saúde. Em funcionamento, encontra-se também um hospital geral, com 46 leitos, prestando serviços de urgência e emergência, além de ações de médio porte; há um centro de saúde na Sede, integrado por 11 postos de saúde, garantindo ações básicas e dando suporte às equipes de PSF. À disposição da população, encontram-se uma policlínica de fisioterapia para idosos, um ambulatório do Sindicato Rural, três consultórios odontológicos privados e uma clínica de traumatologia-ortopedia.

Os recursos humanos da saúde do Município englobam: 29 médicos, 17 enfermeiras, 22 dentistas, 2 psicólogos, 2 assistentes sociais, 4 farmacêuticos, 3 veterinários, 3 fisioterapeutas, 1 fonoaudiólogo, 1 terapeuta ocupacional, 93 agentes comunitários de saúde e 36 guardas da Fundação Nacional de Saúde (FNS).

As ações de saúde desenvolvidas no Município são: Programa de Combate às Carências Nutricionais; Programa de Combate à Tuberculose e Hanseníase; Programa de Prevenção às DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS); Programa de Controle de Diabetes e Hipertensão; Programa de Atenção à Saúde do Idoso; Ações de Educação em Saúde; Assistência Farmacêutica; Vigilância à Saúde; Vigilância Sanitária e Epidemiológica; Ações de Controle do Tabagismo e Programa de Saúde Bucal preventiva, curativa, coletiva e individual (Ceará, 1999).

De início, a área de abrangência do estudo cobriu apenas a Sede, através da compreensão de sua estrutura organizacional, estendida, logo após, às sete unidades assistidas\* do Programa Saúde da Família a seguir descritas.

Jacaúna (Iguape) - localiza-se a leste da Sede do Município de Aquiraz, a uma distância de 18 km, com acesso pela BR 116/CE 040 ou estradas vicinais. A população fica em torno de 6.000 habitantes, com uma participação de 1.414 famílias.

Trairussu/Encantada (Iguape) - apresenta 92 famílias, distribuídas entre uma população de índios e de brancos, em condições sanitárias precárias, sendo as casas construídas, em maior parte, de tijolos, desprovidas de energia e com abastecimento d'água proveniente de poços ou nascentes de manancial. O lixo é lançado a céu aberto e só uma minoria é queimada. A ocupação básica das famílias é a agricultura. Não existem meios de transporte coletivo e nenhum sistema de comunicação. As doenças que acometem a comunidade são, em termos gerais, verminoses, IRAS, dermatites, diarreias e gripe.

Patacas - localiza-se ao sul da Sede do Município de Aquiraz, distando daí 11 km; o acesso é feito pela estrada CE-040 e estradas vicinais, com solos arenosos, carroçáveis, de barro vermelho, dificultando o trânsito de carros e até de pedestres.

A população é formada por 5.994 habitantes (10% da população total do Município).

As ocupações predominantes entre as mulheres são: costureira, rendeira, doméstica e professora. Os homens trabalham em agricultura, avicultura, atuando ainda como pedreiro, caseiro, mototaxista e cavador de poços.

As famílias são em número de 1.484, 588 das quais residentes na zona urbana (40,7%) e 856 (59,3%) na zona rural. A média de habitantes, por família, é de 4,6%. A renda familiar é inferior ao salário mínimo, sendo raras as exceções daquelas com a presença de

---

\* Os dados referentes às 7 áreas foram consultados nos relatórios dos resultados da territorialização executada pelas equipes do PSF.

salários acima do mínimo. Os tipos de habitação mais frequentes dessas famílias são: casas de tijolos (81,4%); de taipa (12,1%); e de outros materiais (6,5%). Em geral, essas habitações abrigam mais de uma família.

O abastecimento d'água pública é feito através de: 24,5% de cacimbas, 69,6% de açudes; e 5,9% de rios. Inexistem sistemas de esgoto e 32% dos dejetos são lançados a céu aberto. As famílias da zona rural utilizam energia elétrica (71,8%) e as demais usam lamparinas.

A população utiliza, como meios de transporte, ônibus, mototáxi, carroça, cavalo e carro fretado. Uma faixa dessa população, igual a 30,7%, não tem acesso à escola.

Caponga da Bernarda - localiza-se a sudeste da Sede, a uma distância de 25 km; o acesso pode ser feito através da CE 040 e de estradas vicinais. Considera-se que seja o distrito de mais difícil acesso, por manter apenas uma viatura coletiva, diariamente e em único horário.

A distância das micro-áreas à Sede varia entre 1 km (a mais próxima) e 19 km (a mais distante).

A população fica em torno de 4.875 habitantes, correspondendo a 9,11% da população total do Município. Em termos percentuais, a predominância é de homens - 51,4%, - para 48,69% de mulheres. As crianças menores de um ano de idade constituem 4,5% da população total. Essa representatividade populacional é típica de um país em desenvolvimento, sendo formada, principalmente, por crianças e adultos em idade produtiva (15 a 49 anos), constituindo 80,5% da população total. O número de famílias corresponde a 1.188, com uma densidade familiar média de 4,10 hab/família.

A agricultura é direcionada para as culturas de subsistência: feijão, mandioca, batata doce e milho, sendo essa a principal fonte de renda da população masculina. Outras atividades que absorvem expressivo número de trabalhadores, por ordem decrescente, são:

fruticultura, construção civil, pesca, avicultura e comércio. Outras profissões encontradas são: vigilantes, caseiros e motoristas.

Em relação às mulheres, a maioria das ocupações corresponde às de donas de casa. Das que trabalham, as principais atividades absorvidas são, por ordem decrescente, inseridas em algumas categorias, tais como: domésticas, rendeiras, costureiras, bordadeiras e, em alguns casos, fora de casa como auxiliares de serviços e professoras.

Quanto à renda, os dados revelam que 54,46% da população vivem em condições de extrema miséria, com famílias situadas na faixa de até um salário mínimo; dessa forma, somente 26,44% têm renda de 1 a 2 s.m.; 8,93%, de 2 s.m., 2,89% ,de  $\frac{1}{2}$  s.m; apenas 1,57% possui renda superior a 5 salários mínimos (s.m.) e 8,57% não apresentam renda. A renda *per capita* fica em 0,48% de salário mínimo habitante/mês.

Um agravante dessa situação é o nível de desemprego, que chega a atingir 44,44%; a sobrevivência fica por conta das baixas rendas adquiridas com empregos temporários. Esta situação também interfere na evasão escolar em face da procura, pelos alunos, também de um emprego para aumentar a renda familiar. A taxa de analfabetismo, na idade acima de 15 anos, é de 32,90%.

Quanto à moradia, 78,08% das casas são construídas de tijolos e 28,92% são de taipa; o piso predominante é o de cimento, sendo a cerâmica e o chão batido utilizados em menor escala.

Não há abastecimento d'água fornecido pela CAGECE (Companhia de Água e Esgoto do Ceará). A água é proveniente de cacimbas (82,14%); chafarizes (7,22%) e lagoas (10,62%); o tratamento da água, quando há, é feito via fervura, filtração e utilização de produto à base de cloro.

Tapuiú - João de Castro - dista 13 km da Sede do Município de Aquiraz, com acesso através da CE 040 e de estradas vicinais. Nesse Distrito, são assistidas 1.479 famílias;

o abastecimento d'água é feito através de poços ou de chafariz, sem que haja um tratamento adequado. A população usa, não raro, o hipoclorito de sódio. Somente nas micro-áreas de Piranha e de Genipapeiro é posto cloro na própria fonte de abastecimento.

O tipo de moradia predominante é a construção tijolo (60%), com piso de cerâmica ou cimento. O destino do lixo (70%) é ser colocado a céu aberto, queimado e/ou enterrado, embora em algumas micro-áreas sejam realizadas coletas de lixo público, sem, no entanto, haver uma regularidade nesse processo. Os meios de transporte utilizados são, em sua maioria, bicicleta e transporte coletivo. O nível de escolaridade que predomina é o 1º grau incompleto, sendo que, nas micro-áreas de Tupuiú, Piranha e Área Verde, a maior parte das pessoas é analfabeta. A renda da população fica na média entre R\$ 51,00 e R\$136,00.

Justiniano de Serpa - localizada ao sul do Município de Aquiraz, dista da Sede cerca de 15 km; o acesso ocorre através da CE 040. Ao todo, são 1.239 famílias. O solo é seco e a água é escassa, dificultando o seu consumo diário, fazendo que algumas famílias precisem se deslocar, em média, 4 km, para obtenção de água, proveniente de cacimbas.

Camará - localizada a sudeste da Sede do Município de Aquiraz, com a distância de 17 km da cidade, tem 1.742 famílias. O acesso pode ocorrer através da BR 116/CE 040 e estradas vicinais.

Tapera - localiza-se a 7 km da sede do Município de Aquiraz, cujo acesso se faz através da rodovia estadual, asfaltada em todo seu trajeto. É uma região plana, com vegetação de cerrado, clima semi-árido, próxima ao litoral, em área por onde passa o rio Catu, que abastece de água o Município. A população é de aproximadamente 6.000 habitantes, composta por 1251 famílias.

Os principais problemas aos quais a população está sujeita são as parasitoses, infecções respiratórias, piodermites, doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, diarreias agudas e as lombalgias, decorrentes das atividades laborais (rendeira, costureira).

### 2.2.3.1 Situação Socioeconômica das Famílias

#### Moradia/Trabalho/Meio Ambiente

As setenta e cinco famílias pesquisadas fixaram-se no Município de Aquiraz, nas áreas comunitárias relativas ao estudo, por volta da metade do século XX. Algumas são consideradas pioneiras, estando ali há sessenta e cinco anos. Há registro de famílias com apenas um ano e meio de moradia nessas localidades. São, portanto, grupos recentes e antigos em uma interação construtiva, quanto à forma de morar. A média de tempo de moradia variou entre 10 e 30 anos. O processo industrial ali chegou, mas não influenciou a decisão de lá continuar residindo.

Muitas das famílias procedem, também, de municípios circunvizinhos, como Fortaleza, Eusébio, Horizonte, Pindoretama, ou de outros um pouco mais distantes, como Quixeramobim, Pacatuba, Forquilha, Tianguá, Alto Santo, Maranguape, Russas, Quixadá, Paraipaba e até de Estado vizinho, como a Paraíba. Todos, no entanto, adaptaram-se bem e ali permaneceram, tornando-se parte do lugar. Os que chegam adequam-se, em verdade, ao modo de vida da população.

Os conglomerados com maior número de famílias deixam parte da área pesquisada com uma visível densidade demográfica, no entanto, outras áreas são levemente povoadas, permeadas por dunas, morros e grandes áreas desabitadas, onde vem ocorrendo o registro de acidentes de trânsito e de outros tipo de violência, como assaltos, roubos e estupros, ocasionados pela despovoação da área e a dificuldade de acesso ao local.

As famílias visitadas residem em casas ou fazem arranjos, sob o título de moradia, como pequenas construções nos fundos das casas ou nas circunvizinhanças do terreno de suas famílias.

Em algumas localidades, espaços denominados de área verde são cedidos pelo poder público para fins de moradia como uma opção de vida nessas comunidades. São moradias sem infra-estrutura, sem banheiro, esgoto, água potável, sem reboco, de taipa, desalinhadas, não alterando em muito a forma anterior de viver.

Existem, em algumas localidades, trechos intransitáveis, quer pela areia fina e solta ou pelas áreas alagadas nos períodos chuvosos; há, ainda, trechos de levadas, de acesso bastante difícil. Foi identificada uma família morando próximo a uma lagoa, com dificuldades de locomoção, em virtude da localização da casa.

A forma de morar tem produzido laços humanos que permitem a identificação de forasteiros, com certos comportamentos socialmente divergentes das famílias e que são responsáveis pela mudança dos hábitos locais, com a introdução do uso de drogas, violência, roubos de bicicleta, de galinhas, de aparelhos de som, gerando intranquilidade para a população. Por medida de precaução, as casas são mantidas fechadas e em vigília, convivendo-se mais na parte final da moradia e de lá controlando os acessos ou interferências.

Algumas dessas comunidades não possuem telefone público, o que as deixa sem comunicação imediata; nas situações de urgência/emergência, as pessoas precisam se deslocar a pé ou de bicicleta, buscam donos de sítios que tenham carro ou telefone, convivendo, assim, com a falta de comunicação.

A convivência com a dificuldade d'água, principalmente após o mês de agosto de cada ano, quando as cacimbas secam e deixam todos sem recursos hídricos, é uma realidade. Existe o pacto do silêncio, em relação às dificuldades em conviver com poeiras e odores agressivos à estrutura humana, originados das fábricas de cerâmicas e de granjas, sendo o fato percebido por quem chega à área. O conjunto de moradia dos trabalhadores, por sua vez, não possui sistema de esgotos.

Enquanto isso, o sistema sanitário é agravado também pelo comportamento das famílias que não dão o destino adequado ao lixo produzido por elas. Algumas até defecam a céu aberto, sendo essa uma prática natural considerada pelas famílias. Em outros casos, não há conservação de fossas, donde a inadequação do sistema e o comprometimento da saúde.

As famílias, quando insatisfeitas, praticam migração interna, estabelecendo-se, não raro, pelas redondezas; a mobilidade é ainda maior quando moram próximo às estradas de maior porte, como as BR(s), ou diante da implantação de indústrias de razões outras de trabalho, por iniciativa própria, com ou sem ajuda governamental ou industrial, determinam essa capacidade migratória, em atendimento aos seus anseios e necessidades de estarem mais próximas dos empregos. Quando membros das famílias casam com pessoas que não moram ali, optam por trazê-las para a comunidade, garantindo a permanência no local. Os que vêm e que aí ficam incorporam a cultura, trabalham, moram e convivem de forma similar à dos antigos habitantes da área.

O reflexo do processo industrial, que toma vulto através das instalações de granjas e fábricas, trouxe novas famílias para a região. As que já estavam permaneceram com sua característica de morar muito tempo em um mesmo lugar, ou próximo dele.

As granjas, através da oferta de trabalho, exercem forte poder de migração interna e externa, na luta pelo emprego. Algumas, quando desativadas, intensificam o processo migratório. As que permanecem garantem emprego para os homens, muito embora não promovam uma convivência ecológica salutar, por deixarem a área poluída e de convívio difícil. Há pessoas adultas, com insuficiência respiratória, cuja doença se agrava nos dias em que as granjas expõem dejetos de frangos nessas ocasiões; o odor dos resíduos é intensificado em torno da granja, em virtude da sua dispersão, pelos ventos. Os trabalhadores e suas famílias preferem ser submetidos a essa realidade do que enfrentar desemprego ou mudança de ocupação.

As fábricas de cerâmica também poluem o meio ambiente com poeira de areia, em alguns momentos do processo industrial e do estoque de material. Nas casas próximas, há registros de casos de infecções respiratórias em crianças, sempre mais crescentes. Esses aspectos realísticos são confirmáveis e ostensivamente visíveis; mesmo assim, alguns dos atingidos não se queixam e outros preferem não abordar tais assuntos. Moram ali há muitos anos e pretendem ali permanecer, com raríssimas exceções. No entanto, a aproximação dessas pessoas, nessas localidades, através da convivência com seus moradores, permite, à primeira vista, encontrá-los com relativa boa aparência e falso bem-estar, manifestados na expressão de alegria que se esforçam por demonstrar.

Em relação à ocupação exercida pelas mulheres, a maioria 66% (38) referiu ser doméstica. O resultado demonstra uma população de mulheres ativas inseridas no mercado informal de trabalho. No entanto, não se inserem na população economicamente ativa – PEA. Tais mulheres realizam atividades autônomas, no espaço privado do lar, em associação às responsabilidades domésticas e maternas. As atividades laborativas dessas mulheres giram em torno das condições econômicas necessárias ao sustento de suas famílias. Sua resistência vai muito além, alcançando a possibilidade de gerar renda no seio da família, através da agricultura, bordados, rendas de bilros, costuras e trabalhos outros trazidos até seus lares (fechar peças, colocar elásticos) por pessoas distantes, e, quando isso não é possível, deslocam-se para realizar o trabalho fora da comunidade, como no caso do doméstico, justificado por ser fonte de renda. Algumas até já fabricam salgadinhos, em casa, por encomenda.

Ainda foram encontradas atividades primitivas, como a quebra de palhas da carnaubeira, para fabricação de vassouras e venda fora da comunidade, atribuição essa reservada ao homem (parte final da comercialização). A palha também é usada para cobrir

garrafas, artesanalmente, sendo esse serviço procedido de modo informal, para indústrias de aguardente, com a intermediação dos atravessadores.

Em algumas áreas, a safra de pitombas produz para a família trabalhos como: recolher as pitombas, juntá-las em casa, transformá-las em cachos, acomodá-las e enviá-las para venda nas Centrais Abastecimento Ceará S/A (CEASA-CE), a 35 km, aproximadamente, do local onde moram. Sazonalmente, as culturas do caju, da mandioca e da cana-de-açúcar demandam trabalho gerador de economia para essas mulheres. A existência de sítios e casas de praia responde pela contratação de mulheres como cozinheiras, copeiras, lavadeiras, faxineiras, nos finais de semana, períodos de férias e feriados. Essas atividades são das mais lucrativas, considerando que não há despesas gastas com deslocamentos. Apenas uma das pesquisadas desenvolve atividades de domínio público, como auxiliar de serviço, evidenciando que são poucas as instituições no local e mínimos os empregos disponíveis nessa categoria.

A atividade de rezadeira em crianças ou adultos exerce um aspecto financeiro, haja vista a gratidão ser expressa através de doação de cereais, frango, galinha, batata, farinha, goma etc. Como são produtos comestíveis, isto representa de fato, para a família, um “refrigério” no orçamento familiar; e para quem os recebe, configura-se ganho econômico real. Foram encontradas, inclusive, situações em que a rezadeira cobrava cinco reais por atendimento.

A mulher, embora dispensando esforços com tarefas difíceis, trabalhosas, mas rentáveis, em se tratando de suplementação da renda familiar, não considera sua trajetória de trabalhadora como semelhante à dos homens que recebem salário. Afirmam sempre que seu esforço representa “apenas uma ajudinha”.

Confirma-se, assim, no meio rural, a dupla jornada de trabalho da mulher, dentro e fora de casa. Por vezes, mesmo sendo em casa a tarefa geradora de renda, sobrepõe-se a todas as outras que já realiza pelo bem-estar da família.

Do total de setenta e cinco mulheres, somente duas assumem, na sua integralidade, o sustento da família.

O trabalho infantil batendo palhas, costurando ou cuidando da casa e dos filhos menores é absorvido, por sua vez, como uma ação rotineira, sacrificando as brincadeiras, o estudo.

Também parece ser preocupante o fato de algumas escolas dessas comunidades apresentarem infra-estrutura física danificada, sem manutenção da pintura, com má aparência e pouco ou nenhum mobiliário. Além disso, essas escolas ficam distantes das residências, expondo as crianças a riscos previsíveis e imprevisíveis.

O acontecimento de um atropelamento de uma criança, ocorrido na localidade, levou algumas mães a retirarem as crianças da escola.

O comportamento das famílias em relação à educação das crianças é um exemplo de descaso. Foi possível perceber, durante as visitas da pesquisadora às famílias, crianças engatinhando na areia, no quintal ou em áreas pouco apropriadas, junto com cachorro, gato, em uma intimidade absolutamente despreocupada.

No que tange ao freqüente aparecimento de adolescentes grávidas, o fato só é comentado quando diz respeito à não-convivência com o parceiro, já que a gravidez, em si, não parece preocupar. No momento em que foram observados estes aspectos, ficou claro que nenhum deles é problema de saúde ou de dificuldades familiares, no entendimento dos participantes, sendo pacificamente absorvidos pelas famílias.

Observou-se que algumas mães não aceitam a música, expressando seu descontentamento em relação aos adolescentes que gostam de som, do tipo *funk* e *rock*.

#### 2.2.4 Aspectos Éticos: Entrada no Campo

A formalização da entrada no campo deu-se através 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. Esta, por sua vez, deu oportunidade de acesso à documentação oficial e viabilizou o contato com as equipes do PSF, através de uma reunião mensal, efetivada pela coordenação.

De princípio, foram apresentados os objetivos da pesquisa e, em seguida, solicitada a adesão das enfermeiras que, prontamente, colocaram-se à disposição. Foi realizada também uma reunião de avaliação com todos os agentes de saúde, o que permitiu uma prévia aproximação com o grupo, antes da entrada no campo.

##### - Seleção dos Atores Sociais

A população-alvo desta pesquisa emergiu através dos dados levantados no 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 dessa região. Posteriormente, foi feito contato com a coordenação do PSF do Município escolhido para a pesquisa.

O trabalho ensejou a constituição de três grupos amostrais de representantes: nove enfermeiras (grupo I) cinquenta e quatro agentes de saúde (grupo II) e setenta e cinco famílias (grupo III).

### - Critérios de Inclusão dos Grupos no Estudo

Para inclusão dos grupos de enfermeiras e 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; 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, embora as localidades de Tapera e Iguape, consideradas da zona urbana, tivessem sido incluídas. Na primeira, houve a utilização dos agentes de saúde e da enfermeira, por ser esta a segunda a trabalhar com PSF na região, contribuindo para a construção do serviço, em Iguape; as famílias de Trairussu/Encantada foram consideradas, em razão do vínculo com as culturas indígenas.

Primeiramente, a pretensão era trabalhar com cinco famílias de cada localidade pertencente a cada micro-área; entretanto, tal não foi possível, dado o montante de envolvidos com a pesquisa, bem como por motivos de ordem econômica e de tempo. Daí haver eu procedido da seguinte forma: partir, a princípio das informações dos agentes de saúde, conhecedores da área, com maior profundidade. A preocupação maior foi manter sempre a imparcialidade na pesquisa, fazendo que os agentes não viessem a exercer qualquer indução na escolha dos entrevistados. Para tanto, foram colhidos dados sobre cada localidade, considerando-se a área geográfica de cada micro-área, identificando os conglomerados, as vilas, conjuntos residenciais, e as residências dispersas. Cheguei, assim, à família indicada pelos agentes de saúde, com maior aproximação dos critérios preestabelecidos. Ficava com ela a indicação do próximo entrevistado e, assim, sucessivamente, fazendo valer um sistema de "efeito cascata". Nesse sentido, para cada micro-área, foram selecionadas cinco famílias.

Considerando que os agentes de saúde são integrantes da equipe e estabelecem um elo entre a enfermeira e as famílias, foi decidida, também, a sua inclusão nessa fase de estudo. Estudo-Piloto.

Pelo fato deste estudo ter como escopo identificar a compreensão da tríade enfermeiras-famílias agentes de saúde, referente às questões sobre o PSF, tentei vislumbrar a elaboração de um instrumento mais refinado para o desenvolvimento das demais entrevistas. Para tanto, foram selecionadas 2 (duas) enfermeiras que atuavam no PSF, duas famílias da zona rural do Município selecionado com vistas à aplicação da entrevista semi-estruturada, seguida de um roteiro.

Por via de consequência, os agentes de saúde foram convocados pela enfermeira da Área de Vigilância à Saúde, ensejando um encontro com a pesquisadora para aplicação da entrevista.

### **- Instrumentos para Coleta de Dados**

#### **• A Entrevista Semi-estruturada**

Para a coleta das informações, busquei apoio na entrevista, na observação livre e no diário de campo. A entrevista justificou-se como aprofundamento, a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores. O desenvolvimento do trabalho de campo efetivou-se através da entrevista semi-estruturada, contendo um roteiro de perguntas, aplicado junto a enfermeiras, famílias e agentes de saúde.

Em relação a cada grupo, houve uma especificidade para a aplicação da entrevista semi-estruturada. Dessa forma, as enfermeiras preferiram conversar após o expediente, na Sede do Município de Aquiraz, à exceção de uma enfermeira que solicitou a entrevista no seu

local de trabalho. Já em relação aos agentes de saúde, foi escolhida a Unidade de Vigilância à Saúde, sendo os encontros agendados pelas enfermeiras, que estipulavam horário, facilitando, em algumas áreas, o transporte dos agentes de saúde. O instrumento de coleta foi aplicado com a ajuda dos próprios agentes de saúde, até porque estes conheciam bem o local sugerido e todas as nuances acerca da área e da população trabalhada por eles. Isso facilitou o intercâmbio da pesquisadora com as famílias, em razão da confiabilidade destas em relação aos agentes. As famílias que iam sendo entrevistadas indicavam outras que atendessem aos critérios de seleção anteriormente referidos, favorecendo sua escolha, sem que o agente assumisse força maior nesse processo. A diversificação da área contribuiu para uma heterogeneidade, permitindo que uma família de cada aglomerado fosse escolhida.

A entrevista semi estruturada foi processada de um modo bastante peculiar para os agentes de saúde, sendo realizada em grupo, diferenciando-se da aplicada aos demais participantes. Dessa forma, eram lançadas as questões norteadoras, com a finalidade de buscar o discurso referente à temática empregada, através do grupo anteriormente formado pelos agentes de saúde. Já na entrevista com a família, havia, primeiramente, breve apresentação, feita pelos agentes de saúde, seguida da explicação sobre a natureza da pesquisa, bem como sobre os seus objetivos. Vale ser ressaltada a predominância do sexo feminino nas entrevistadas, atribuindo-se ao fato a ausência dos demais membros da família, embora, em escala menor, houvesse a participação dos filhos e do companheiro.

Todas as entrevistas realizadas foram gravadas com o consentimento dos informantes, em condições de privacidade; a duração foi de 30 (trinta) a 80 (oitenta) minutos, estendida, em determinadas situações, a 120 minutos, em face do número de participantes, como foi o caso dos agentes de saúde. Houve uma tendência de as entrevistas com enfermeiras serem mais extensas, seguidas dos contatos com agentes de saúde e, por fim, das aplicadas às famílias, donde a ocorrência, em linhas gerais, não se ter mostrado linear.

- **Observação livre**

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

No deslocamento às residências, procurei observar o agrupamento de famílias (espaço geográfico), as fontes e as formas de acondicionamento da água, as questões relacionadas ao lixo, ao transporte, ao acesso às residências, à forma de diversão das crianças, às indústrias, tudo isso foi retratado por meio de fotografias, para correlacionar o discurso ao modo como os participantes vivenciam sua realidade.

- **Diário de Campo**

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. Sua utilização teve, assim, por finalidade registrar as observações do ambiente, além das reações manifestadas pelos integrantes da pesquisa, assinalando as diversas expressões apresentadas pelos atores da investigação, tais como: insatisfação, indiferença, admiração, surpresa pela presença da pesquisadora. Foram contempladas expressões de grande importância para a execução do trabalho, como foi o caso de, muitas vezes, a família estudada demonstrar admiração. Tal fato foi permeado por singularidade e subjetividade dos participantes, através da contemplação ou contestação, retratadas no próprio discurso.

Vale salientar que todos os procedimentos desenvolvidos com os atores da pesquisa foram executados com a permissão deles.

#### **- Procedimentos de Coleta de Dados**

A pesquisa foi realizada no período de junho de 1999 a abril de 2000. Os procedimentos de captação dos dados ocorreram em diversos momentos e a partir de determinados passos, dentre os quais os seguintes:

1. contato com o setor de planejamento do 1º Departamento Regional de Saúde (DERES), para identificar os Municípios que aderiram ao PSF;
2. início da pesquisa de campo, acompanhando a dinâmica do trabalho das enfermeiras, em três localidades, através de uma escolha aleatória, abrangendo as localidades de Patacas, Tapera e Justiniano de Serpa, com a finalidade de captar as dimensões dos fatos vivenciados no cotidiano. Posteriormente, foi selecionada uma área para proceder ao estudo-piloto, buscando a identificação dos principais elementos constitutivos da prática da enfermeira.

A escolha da área de Justiniano de Serpa deu-se em razão do fato de ter sido essa das primeiras a implantar o PSF. Durante aproximadamente quatro meses, foi feito o acompanhamento da equipe, de acordo como um calendário que estabelecia o deslocamento quinzenal ou mensal, para prestação de atendimento à população. Das 13 micro-áreas, 7 foram visitadas (Vila Serpo, Boa Vista, José Maria, Beira Sol, Guarda, Aroeira e Lagoa do Ramo). Destas, foi selecionada uma micro-área que dispunha de uma unidade básica de saúde da família incumbida de prestar assistência ambulatorial, na localidade de José Maria.

Por conta desse trabalho, foram mantidos contatos com algumas famílias que tinham sido visitadas pelas enfermeiras(2), parteira(1), rezadeiras e lideranças locais (5) da

área circunvizinha, com vistas à percepção da relação entre o serviço de saúde formal (técnico-científico) e o informal, no atendimento, visando à maior interação com a comunidade. Participei inclusive de uma manifestação religiosa (terço) no período noturno.

Para fins de coleta de dados, adotei ainda como procedimento “abordar” as mulheres que aguardavam a consulta médica ou de enfermagem, durante o atendimento, as quais manifestavam sua concordância em participar da entrevista individual sobre as questões do estudo, tendo por objetivo compreender o nível de conhecimento delas acerca do PSF, tendo os resultados sido anotados no diário de campo.

- 3) Observação da dinâmica de trabalho da enfermeira, buscando compreender os determinantes implícitos e explícitos das práticas que desempenha, como: consultas, visita domiciliar, reuniões com a comunidade e com agentes de saúde, pré-conferência de saúde, relação enfermeira/agente/família. Além disso, a observação centrou-se no propósito de procurar entender como se processava a operacionalização do PSF, no que se refere a transportes, insumos básicos, recursos humanos de apoio, bem assim estrutura e funcionamento das unidades de saúde da família e locais de atendimento.
- 4) Foram observadas, ainda, as condições socioeconômicas das famílias, seu comportamento ao buscar os serviços de saúde e as barreiras geográficas enfrentadas no acesso às localidades onde os mesmos estão situados. Para que isso fosse possível, foram adotados os seguintes passos: consultados documentos técnicos normativos da Secretaria Municipal de Saúde, boletins, atas do Conselho Municipal de Saúde, relatórios, prontuário da família, formulários, Plano Municipal de Saúde, Sistema de Informação do Programa Agente de Saúde, Sistema de Informação Ambulatorial, para compreensão da dinâmica municipal, em relação ao PSF.;

- 5) Manutenção de conversas informais com motoristas, farmacêutica, agentes de saúde, auxiliar de enfermagem, funcionários das unidades de saúde da família, alguns membros da família (mulheres, marido, adolescentes), donos de mercearia, mercacinhos e pessoas da localidade, como mototaxistas, passageiros de transportes coletivos e particulares, para inferências sobre as ações do PSF.
- 6) Utilização dos transportes coletivos e/ou particulares, como: Topic, Kombi, mototáxi, automóvel de lotação, ônibus das empresas, caminhão de carga, carreta, automóvel, motocicleta e bicicleta, como uma forma de aproximação das pessoas das localidades, para ouvir suas opiniões, reconhecendo as formas de sobrevivência e de locomoção, e não sem aproveitamento da ocasião para conversas sobre saúde. Algumas vezes, o deslocamento às localidades de interesse, com utilização do transporte cedido à equipe do PSF, acontecia por desconhecimento da área, por inexistência de outros meios de transporte coletivo e, às vezes, por ser uma oportunidade de manter conversas informais com a equipe do PSF.
- 7) Participação nas reuniões mensais dos agentes de saúde e da coordenação do PSF, com a equipe do Município.
- 8) Aplicação das entrevistas *semi-estruturadas*, junto a um público de nove enfermeiras, cinquenta e quatro agentes de saúde e setenta e sete famílias das diferentes micro-áreas, com abordagem das questões a seguir: *fale sobre o PSF; descreva sua experiência com o PSF; o que é PSF para você?; o que é o PSF para os outros?; Qual a perspectiva do PSF?*

- **Análise e Tratamento dos Dados Coletados**

### **A Técnica da Análise de Conteúdo**

O caminho escolhido para descobrir as nuances, experiências, imagens e significados atribuídos pelos atores sociais da pesquisa, com vistas ao conhecimento de suas representações, foi fundamentado na análise de conteúdo a partir de temáticas na perspectiva de Bardin (1977).

Os dados foram organizados, a partir dos seguintes passos:

- constituição do *corpus*;
- leitura flutuante exaustiva das entrevistas;
- composição das unidades de análise;
- definição das categorias e subcategorias.

Para ordenamento, classificação e análise dos conteúdos da fala dos entrevistados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo que, segundo Bardin (1977:38), representa *um conjunto de técnicas e análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens*. Confirma-se, então, que o primordial não é aquilo que a mensagem evoca à primeira vista, mas o que esta veicula, tomando-se por base o seu contexto e as suas circunstâncias, sob a crença de que a representação tem a possibilidade de ser desvendada. Tal fato é elucidado por Bardin (1977), ao assinalar que um sentido possível de ser desvendado esconde-se, geralmente, atrás do discurso aparentemente simbólico e polissêmico.

Para tanto, foram traçados os seguintes passos, segundo Bardin(1997) :

- **Pré-análise:** entendida como a fase de organização do material, correspondendo a um período de intuições, consistindo na operacionalização e

sistematização dos dados brutos a serem posteriormente analisados. Esta fase inclui a leitura flutuante; a escolha dos documentos a serem submetidos à análise; a formulação das hipóteses e dos objetivos; a referenciação dos índices; a elaboração de indicadores e preparação do material.

- **Descrição analítica:** caracterizada pela exploração do material; nessa fase, os dados brutos ganham vida, expressam significados, sendo validados através de sua codificação, classificação e categorização. Tratando desses aspectos, Bardin (1997) relata que 1) a codificação .... *pode ser realizada a partir do recorte, que se refere à escolha das unidades; a classificação e a agregação, voltam-se para as escolhas de categorias* (Rodrigues e Leopardi, 1999:31); 2) *Unidade de registro*, correspondendo ao segmento de conteúdo a ser considerado, podendo ser uma frase (desde que exprima um pensamento completo), uma palavra ou uma afirmação acerca de um assunto; 3) *Categorização*, que é a operação de classificação de elementos pertencentes a um conjunto.

Foi feita descrição analítica posterior, caracterizada pelo tratamento dos resultados obtidos e interpretação, recomendando que os resultados podem ser estabelecidos em quadros, diagramas e modelos. Para isso, torna-se necessário permitir a entrada da reflexão em campo.

### 3 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

#### 3.1 Perfil Socioeconômico

- **Agentes de Saúde**

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

Quanto ao estado civil, trinta eram casados, quinze solteiros, sete separados, havendo, ainda, duas viúvas no grupo.

A religião que prevalece é a católica, professada por cinquenta e dois agentes, com apenas duas participações de evangélicas.

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%. A jornada de trabalho é de quarenta horas semanais.

Todas as agentes de saúde pesquisadas residiam na área de trabalho e eram provenientes, na sua maioria, de áreas circunvizinhas. Apenas seis eram originadas de municípios mais distantes, como: Pentecoste, Aracoiaba, Quixeramobim, Alto Santo, Umirim e Canindé.

- **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 possuem 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. Quanto ao tempo de trabalho em saúde pública, variou entre 3 e 18 anos de atividades.

#### • Famílias

Predomina o casamento na estrutura familiar das entrevistadas, 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.

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 informaram 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 referiram ser católicas, nove são evangélicas, uma é índia e cultua o deus Tupã e duas referiram não praticar religião. O número de evangélicas vem crescendo, em razão da presença de igrejas e ampliações em vários pontos da

zona rural, haja vista que, à época da pesquisa, havia um projeto para a construção de cinco igrejas e de insistência na evangelização cada dia mais dinâmica.

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

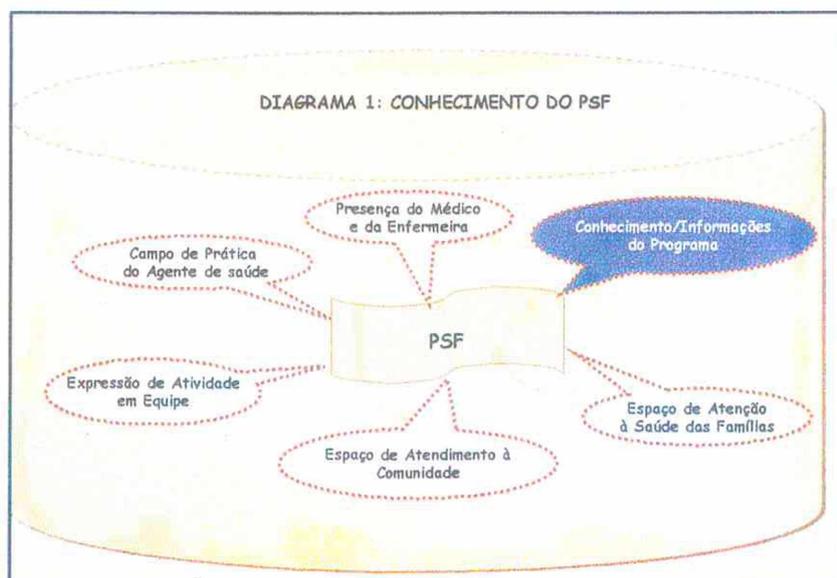
## 4 DESCOBERTA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Os resultados apresentados nas figuras (1, 2, 3, 4) que se seguem permitem destacar a distribuição das categorias resultantes das representações sociais sobre o PSF referente a cada grupo de enfermeiras, agentes de saúde e família.

### 4.1 Categoria Conhecimento do Programa de Saúde da Família

Do estudo, emergiram as subcategorias de análise que indicam a dimensão das informações sobre o Programa, percebidas pelos atores sociais da pesquisa:

- (PSF como) Expressão de atividade em equipe
- (PSF como) Espaço de atendimento à comunidade
- (PSF como) Presença do médico e da enfermeira
- (PSF como) Campo de prática do agente de saúde no PSF
- (PSF como) Fonte de conhecimentos/informações sobre o Programa
- (PSF como) Espaço de atenção à saúde das famílias (Diagrama 1)



#### 4.1.1 O PSF como 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, coloca-se como um trabalho desgastante, em razão do excesso de trabalho, da não-resolubilidade dos problemas da comunidade e das condições de trabalho. Esta categoria é representada no diagrama (1 e 2).

*...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...*

#### 4.1.2 PSF como 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 frequentes e maiores benefícios para 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.

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

#### 4.1.3 PSF como Presença do Médico e da Enfermeira

Revela-se ainda, nos depoimentos, que 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.

*... 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 que foram a presença do médico, da enfermeira, mais remédios, 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...*

#### 4.1.4 PSF como 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:

*... 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 médicos, agente de saúde né, acompanhando as famílias nas áreas donde 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...*

#### 4.1.5 PSF como 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, detectei 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.

*... 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...*

#### 4.1.6 PSF como Espaço de Atenção à Saúde das Famílias

As famílias também associam o Programa Saúde da Família à idéia de cuidar das famílias. Isto significa que o agente de saúde, ao orientar sobre as ações preventivas contém, como higiene, vacinação, planejamento familiar, contribua 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 tem...*

## 4.2 Práticas de Saúde Desenvolvidas no Programa de Saúde da Família

O PSF para as enfermeiras e agentes de saúde exprime-se no entusiasmo de um ideal a ser atingido, relacionado a oportunidade para se desenvolver atividade em equipe, favorecendo comunicação, atingindo metas, favorecendo mudanças na lógica de atenção à saúde e atendimento ambulatorial. (Diagrama 2)



### 4.2.1 PSF como Favorecendo a Comunicação

Quando as enfermeiras falam sobre o PSF como **FAVORECENDO A COMUNICAÇÃO**, elaboram mensagens relacionadas ao envolvimento com a comunidade, implicando, tudo isso, diálogos com a equipe, atenção às famílias, partilha de saberes, valorização de seu trabalho, reconhecimento do papel da enfermeira, do agente de saúde na comunidade, ajuda ao outro, conhecimento das necessidades das famílias, mostrando-se disponíveis à realização de algum trabalho por solicitação de grupos da comunidade e, enfim, elaboração de uma proposta coletiva sobre a questão tratada.

*...PSF é você cuidar, ajudar, mostrar, ensinar, aprender coisas e levar felicidade(...); PSF é você tirar uma família da desesperança(...); possibilidade da gente conhecer melhor as famílias, conhecer melhor aquela mulher, aquela área(...); você trabalha nas localidades mais próximas da população, entendendo, conhecendo a sua área, trabalhando as deficiências que existem em relação às ações primárias de saúde(...); me sinto muito bem em ajudar, em saber que aquela família está atingindo um grau de desenvolvimento, que antes o filho dela adoecia quase uma vez por mês de pneumonia e agora a criança não adoecia mais de jeito nenhum(...); com o tempo a gente vai se sentindo até de casa. Eu me envolvo muito com as pacientes, participo das festividades; se encaminho para Fortaleza, vou atrás de saber notícias. A gente ajuda demais as pessoas, vamos até além do que temos obrigação de fazer. (...); as pessoas se sentem mais assistidas, mais próximas dos profissionais, têm maior intimidade, sentem-se à vontade (...); a comunidade está mais saudável, está sendo mais assistida, tendo mais oportunidade de tirar suas dúvidas em relação à saúde, de se acompanhada na prevenção, no pré natal, na hipertensão, na diabetes...*

Essa abertura à comunicação expressa-se também no relacionamento interpessoal das equipes de PSF. Os companheiros de trabalho, costumeiramente, reúnem-se para comemorar datas festivas, aniversários, reuniões sociais. Todas essas manifestações contribuem para que haja uma satisfação pessoal no trabalho em equipe.

*...Nós nos relacionamos muito bem. Isso faz com que se crie um ambiente agradável de trabalho (...); eu me sinto valorizada, reconhecida pela comunidade. É muito gratificante, dá coragem, força e mais vontade de estudar, a cabeça parece que flui para a gente formar planos, estratégias para trabalhar mais...*

O agente de saúde concebe o Programa de Saúde da Família também como **FAVORECENDO A COMUNICAÇÃO**, pensada como uma integração com a família e acolhimento por parte de enfermeira e médico.

*...Passei a ter muitos conhecimentos de várias coisas que eu não conhecia, que não entendia através do médico e da enfermeira (...); PSF é educação, palestras, conversas, educação sobre grupos de jovens, sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (...); e uma conversa, diálogo com o povo, explicando e informando as pessoas (...); achei muito bom, porque a gente se liga mais à*

*enfermeira, à doutora, facilita nosso trabalho... para mim é como se fosse uma família. A gente se trata super bem (...); PSF é uma boa ajuda, e também uma grande união, as famílias se aproximaram mais (...); PSF é mais uma ligação entre as famílias, com a equipe que está trabalhando, tem mais amizade, o pessoal está mais bem entendido, bem acolhido (...); você não se envolve só com a parte do seu serviço, o seu emocional também conta porque você vê a necessidade das pessoas de falar, desabafar um problema que está acontecendo, já não agüentam, alguns estão cansados do dia-a-dia, do sofrimento, da necessidade...*

A opinião das famílias com relação à comunicação faz lembrar fortemente o momento concebido como muito importante e que se refere à aproximação com o médico e com a enfermeira.

*...Eu acho bom porque eles atendem a gente bem, explicam bem direitinho como deve dar o leite das crianças, como deve tomar o comprimido, o remédio também...*

#### **4.2.2 PSF como Atendimento Ambulatorial**

A demanda dos usuários à consulta médica e de enfermagem é intensa. E a expectativa é a mesma de poder encontrar a solução para seus sofrimentos e carências: remédio para verme, dores em geral, problemas respiratórios, cansaço, chiado no peito, nervosismo, fraqueza, insônia, falta de apetite, dentre outras queixas.

*... É um programa que deveria ser voltado para a prática educativa e preventiva das doenças, mas isso não funciona muito. No exato momento, o PSF para mim está sendo um atendimento ambulatorial, que se a gente não se esforçar para se sair mais um pouco da rotina, a gente ... entra paciente sai paciente(...); a comunidade ainda vê como um ambulatório grande que o médico e a enfermeira vão para localidade atender, consultar(...);alguns tem aquela visão só mesmo do atendimento ambulatorial, como produtividade, ou seja, se estou atendendo 20,*

*30, 40 pessoas está tudo bem, pois eles só estão interessados em resolver o atendimento e a consulta deles. Se a gente não faz, vem as críticas...*

#### 4.2.3 PSF como cumprimento de Metas

As enfermeiras re-significam, através de seu cotidiano, como atingir a redução dos indicadores de saúde, como atender à exigência da produtividade diária e como enfrentar a burocracia. Essas exigências produzem sobrecarga de trabalho e a atenção à saúde do indivíduo voltada para a esfera biológica, dificultando o exercício de outras ações que contemplem a coletividade.

*... Outra coisa também que dificulta muito é a produção de pessoal, tanto do médico, como da enfermeira, que têm de atingir um número 528 de consultas e isso atrapalha a comunidade (...); Ainda há a questão das consultas em si, da burocracia que sobrecarrega muito a gente (...); o ideal é que a gente se livre dessa produtividade, porque são 528 atendimentos mensais. Tem mês que com palestra ou com o planejamento familiar, eu chego quase à metade da produção. Mas fica sempre aquela tensão, como está minha produção? Será que estou perto? Se não, procuro fazer palestra ou algum serviço de procedimento que esteja mais baixo, para poder cobrir. Então, deixa a gente insegura, porque no trabalho a gente quer ser mais livre, ter mais tempo para fazer palestras, conversar, ter mais tempo com aquele paciente... E tendo aquela produção que você tem que cumprir, você fica mais presa (...); à comunidade e atender um número menor de famílias. No entanto, tem área A gente quer fazer um trabalho de qualidade, dar uma atenção mais especial que está com quase 2.000 famílias e uma equipe não dá para atender toda a demanda (...); nessa produtividade a cumprir, a enfermeira fazia cerca de vinte e cinco atendimentos por dia no mês com vinte dias úteis, sem feriado, sem reunião, sem nenhum curso, sem nada, sem faltar uma tarde...*

#### 4.2.4 PSF como Mudança na Lógica de Organização de Serviços de Saúde

Por trás do processo de municipalização, existe uma intenção de mudanças efetivas na lógica de organização dos serviços de saúde. Apesar de todo o esforço do Município, na tentativa de estruturar os serviços de saúde, vários pontos de estrangulamento foram mencionados pelas enfermeiras, agentes de saúde e, com maior intensidade, pelas próprias famílias entrevistadas. A lógica da atenção à saúde das famílias é concebida como **AÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE, OPERACIONALIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.**

Com relação ao acesso aos serviços de saúde, foram destacados problemas tais como **DISTÂNCIA E DESLOCAMENTO** para os serviços, convergências de **ÁREAS LIMÍTROFES** e não-privacidade dos locais de atendimento. Apreendi, ainda, que as enfermeiras tecem comentários relacionados aos **PRINCÍPIOS DE UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE**, ao entenderem que os serviços devem ser reorganizados no sentido de facilitar o acesso e a hierarquização, bem assim dar resolubilidade às ações. No entanto, esses princípios estão circunscritos apenas à intencionalidade dos sujeitos.

*... É um programa do Ministério da Saúde, voltado para a atenção primária (...); é um novo modelo, ... é uma porta para um novo sistema de saúde (...); a proposta da gente é cuidar da família e não do indivíduo. Então a gente cuida da família, da doença dela e do ambiente em que ela vive (...); o PSF hoje, sempre entendi assim, interfere com mudanças de hábito, de pensamento, de idéias, de costumes das pessoas e envolve toda essa questão, que é mais a longo prazo, que é mais delicado; toda a postura das pessoas como cidadão mesmo. PSF é um processo (...); foi uma melhoria na assistência, em todos os indicadores de saúde,*

*em tudo (...); para mim é um novo modelo de atenção à saúde que visa à parte preventiva. Em primeiro lugar, a gente está tentando mostrar para população que o ideal não é a atenção curativa, mas sim a preventiva. É uma mudança no sistema de saúde pública (...); o PSF dá uma nova perspectiva ao cidadão, mostra que existe um profissional que está interessado na situação dele, está ali acompanhando-o em quais momentos tomar a melhor decisão. A nossa intervenção facilita a melhoria de vida daquela pessoa(...); é um programa que deveria ser voltado para a prática educativa e preventiva das doenças, mas isso não funciona muito...*

A universalidade preconizada nos documentos técnicos do M.S. garante a todos os cidadãos a atenção à saúde, cabendo ao Estado assegurar as condições para o exercício desse direito. A integralidade determina o direito das pessoas de serem atendidas no conjunto de suas necessidades e ainda que os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral. Com isso possibilita a articulação da saúde com outros segmentos sociais e reforça maior dinamismo entre eles, favorecendo a intersetorialidade dos serviços. A equidade, por sua vez, significa que a rede de serviços de saúde deve estar atenta às desigualdades, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população a ser coberta, antecipando-se mesmo à universalidade e à integralidade.

*... No posto de saúde, a gente cria normas para não ter essa coisa das pessoas falarem que nós escolhemos por cara, por amizade. E a gente não faz diferença, a pessoa chegou, tem assistência. Dependendo do caso, se for grave, ele leva até um medicamento (...); a gente tenta cumprir os princípios do SUS. Se a pessoa tem menos condições, ela tem que levar o medicamento, se a pessoa tem mais condições ela pode comprar na farmácia. A gente conversa muito, não vê só a doença, tenta ver o paciente como um todo. É por isso que eu acho que o PSF tem um envolvimento maior...*

Observei, através das falas das enfermeiras, que há forte anseio pela concretização desses princípios, muito embora essas possibilidades ainda se encontrem distantes da

realidade e dos discursos preconizados pelos governantes, revelados em documentos e nos *media*.

Por motivos compreensíveis, nas falas dos agentes e das famílias não aparecem essas questões que envolvem as concepções filosóficas do PSF. A percepção dos que lidam no cotidiano do PSF retrata a presença e o registro de fatos que demonstram dificuldade de acessibilidade em um nível ou outro de atenção. Apreendi que o acesso é dificultado em sua primeira porta de entrada - o PSF, porque, em saúde, a demanda real é sempre a necessidade da população. Essa necessidade se concretiza quando as pessoas chegam espontaneamente ao serviço, em busca de orientação, de atendimentos, de exames e outros serviços e se sentem satisfeitos.

A dificuldade do sistema de referência e contra-referência reflete a inviabilidade de um dos princípios do SUS - a universalidade, quando diz que as pessoas que necessitam devem ser atendidas ou encaminhadas, independentemente das condições ou exigências de pagamento.

No que diz respeito ao sistema de referência e contra-referência, o que mais pode ser implementado é o acesso a hospitais e médicos, pelas equipes do PSF, o que de certa forma sempre acontece no interior, pela pressão exercida junto às demais lideranças locais e Prefeitura à questão econômica. Essas ações são definidas como estratégias para possibilitar o acesso das famílias carentes a esses serviços.

*... Atende as pessoas mais carentes que têm menos acesso a hospitais e médicos (...); é uma estratégia que veio para melhorar, principalmente, a situação dessas pessoas que têm mais carências, que moram nos Municípios mais distantes; acho que é uma ajuda. Acho que realmente é o que há de melhor para essas pessoas mais carentes. Acrescento ainda, que é relevante para as famílias que se mostram com dificuldades de renda(...); consigo exames laboratoriais para os usuários,*

*para quem antes eles tinham que pegar quatro ônibus. Quer dizer, economizou dinheiro, já que a maioria da renda familiar é muito baixa...*

A resolubilidade nesses serviços encontra muitos pontos de estrangulamento, quando o sistema de referência e contra-referência (igual ao sistema vigente por atendimento de internação hospitalar AIH) e atendimentos por Município, ficando as áreas limítrofes ao encargo dos dirigentes, com poderes para barrar o atendimento, limitá-lo ou omiti-lo, pelo que a população, muita vezes, vê-se impedida de adotar atitudes de informar o endereço errado, transferir o título de eleitor, utilizar os vereadores como intermediários, para solucionar os seus problemas.

Nesse contexto, as famílias tomam as próprias iniciativas, deslocando-se para a Sede e municípios mais próximos: Pacajus, Pindoretama, Itaitinga, Horizonte e Eusébio. Com esse procedimento, pode-se confirmar a *esperteza* da população, que usa diferentes serviços de saúde instalados ao redor de sua comunidade.

O sistema de referência e de contra-referência em que se estabelecem os três níveis de atenção primária, secundária e terciária, considerados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como uma proposta de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, não se confirma na prática. Encontramos que a porta de entrada nem sempre se dá pela equipe do PSF e a população pesquisada ainda procura, incessantemente, o hospital de referência, através dos serviços de urgência, emergência e ambulatorial, levando em conta a existência de recursos mais adequados de solução de seus problemas. Além disso, a família considera que “a doença não tem hora de chegar”, retratando a idéia de que a periodicidade do atendimento-quinzenal ou semanal, pela equipe, em determinadas localidades, leva à procura de outras instituições que lhe satisfaçam no momento em que necessitam.

*...Acho mais fácil ir pro Aquiraz do que pra Patacas porque a gente vai, chega lá, não tem mais ficha, tem que sair cedo. Sei que ir pro Aquiraz também é mais longe, mais toda vez que a gente vai tem que pegar ficha (...); em caso de urgência eu vou pra Pindoretama, porque não tem dinheiro para ir pro Aquiraz. Tudo que a gente quer é pra cá em Pindoretama, porque eu voto do lado de cá também (...); já fiz prevenção no Aquiraz, mas nem recebi o resultado, quando a gente foi receber, já tinha passado do tempo. A Patacas fica mais perto, mas na Caponga fica mais fácil, para fazer a prevenção, porque lá quase toda semana tem e aqui é marcado os dias pra ter(...); às vezes tem remédio, as vezes falta, mas, todo fim de mês elas diz que chega negócio do dia 23 dia 24. Quando falta seja o que Deus quiser...*

Alguns desses atendimentos correm o risco de ser considerados como insatisfatórios e/ou paliativos, dada a caracterização dos sinais e sintomas apresentados, podendo, até mesmo, tratar-se de patologias que requerem um acompanhamento apropriado e mais acurado.

As enfermeiras reconhecem que há necessidade de intervenção governamental quando revelam:

*... espero que o governo dê condições de referenciar os casos necessários, porque nem todo mundo adoece só de verminose ou de gripe. As pessoas têm problemas de apendicite, têm hérnia, câncer, DST e precisam de um tratamento mais específico, de exames especializados (colposcopia, eletro cauterização). Nem toda gestação é simples, de baixo risco, pode complicar. O governo tem que entender que o profissional não é milagreiro, ele previne as doenças, mas precisa de um ponto de referência também..."*

O acesso aos serviços especializados, quando referenciado pela equipe, sem o apoio logístico, torna-se inviável. A população alega não saber andar na Capital, não possuir dinheiro para deslocamento, ter dificuldade para marcar a consulta, dada a questão dos horários, da distância e da demora para a realização da consulta agendada, o que implica desistência.

Talvez o receio pelo desconhecimento do serviço, da equipe de referência e até do resultado dos exames, responda pela desistência em buscar o serviço.

Em muitas ocasiões, a população procura o atendimento onde ele for possível, buscando acesso por múltiplas entradas, rompendo com os limites da estrutura idealizada.

*...Se alguém adoecer, fica a maior dificuldade porque se for uma coisa de emergência transporte não tem. A gente procura o Aquiraz e quando chega que nem um dia desse, adoeceu um rapaz aqui vizinho com úlcera, quando foi a meia noite ele sentiu a crise muito forte e procuraram botar esse rapaz no ônibus pra levar pro Aquiraz. Quando chegou no Aquiraz não tinha atendimento e foi pra Fortaleza. Eu tenho essa menina que tem problema, já levo pra Fortaleza. Quando vejo que no posto tem muita gente ou no hospital eu levo direto pra Maracanaú pra fazer consulta e os exame. Em Maracanaú eu acho mais fácil do que aqui(.); uma vez essa menina adoeceu tava provocando aí peguei leve logo pro Eusébio aí pronto. Chegou lá de repente foi atendida passaram remédio. Eu tive medo de ir para o posto porque podia não dar certo, assim eu fui logo pra lá, porque qualquer coisa enviava mais pra frente (...); Em caso de urgência, agente vai pra Horizonte. Porque é mais perto, tem mais transporte é mais fácil pra lá(.); Eu tenho a neta do meu marido. Ela tem dez meses, a gente vai segunda-feira, consultar ela em Fortaleza, que ela tá com a orelha toda papocada. A gente leva pros doutor aqui e... A gente vai levar ela pro Albert Sabin, eu acho que é melhor o médico de lá(.); Quando nós não temos dinheiro, vamos pedir socorro no Posto de Pindoretama, vamos a pé até lá com os meninos no braço ou neto e pedir uma ajuda para nosso filho, nosso neto ou pra nós mesmo, já tem acontecido muitas e muitas vezes...*

O que as pessoas gostariam de ter é a garantia de acesso ao serviço adequado, ao exemplo da consulta especializada de otorrino, cardiologia, urgência e emergência, além do acesso à tecnologia adequada, no momento exato.

*...Espero que venha dentista, negócio de obturação de dente e outras coisa que a saúde precisa aqui pra nós. Bater uma chapa do corpo da pessoa, ver o que a pessoa tem. Negócio de tratamento de cabeça, coração, essas coisa assim que aqui a gente sempre precisa, pediatra pra criança, tá faltando tudo isso. Aqui, apesar disso, nós estamos muito agradecido ter esse médico mais no futuro espero isso aí, com ajuda de Deus. Tomara que venha, tô esperando...*

O PSF viabiliza alguns exames, como ultrassonografia, no próprio Município. Os de maior complexidade são referenciados para a rede terciária, concorrendo, então, o

Município pesquisado com os demais de nível de interesse semelhante. Os exames são marcados com prazos bastante elásticos, gerando desistências e falta de credibilidade.

*... A gente tenta resolver de todas as formas, quando tem um exame, por exemplo, uma endoscopia que custa R\$165,00 (cento e sessenta e cinco reais), a gente agiliza, liga pro Hospital Geral, tenta agendar, procura resolver da melhor maneira possível. (...); o que elas comentam é sobre o resultado do exame da prevenção do câncer que elas fazem e não recebem. Muitas custam a receber e outras nem recebem o exame (...); eu precisei de uma ultrassonografia abdominal, pejei, tava me vendo mesmo de dor não agüentava mais, tava com problema no fígado, fui marcar e disseram não só daqui um mês. Aí eu fui e fiz em Maracanaú...*

As famílias indicam que há necessidade, com maior freqüência, de ultrassom, radiografias e exames para “o coração”, para “a cabeça”. Parece que essa atitude é compreensível, pela relação que há entre consulta e medicamento, com a população incitada a ter suas queixas debeladas, até porque os meios de comunicação favorecerem esse conhecimento. Além dessa leitura, expressam suas insatisfações, considerando a inexistência de exames uma falha dos serviços de saúde.

*...Que venha mais um aparelho (...); faz muita fé nos atendimentos da capital, principalmente exames.. Diz que na comunidade falta radiografia (...); quando precisa de um exame tipo endoscopia, a gente tenta ligar para o HGF, tenta resolver da melhor maneira possível...*

Outro ponto de estrangulamento, destacado pela família, é quando o cliente é encaminhado ao nível terciário, e não há empenho da Secretaria Municipal de Saúde para oferecer condições de transporte, pelo que deixa de completar o tratamento.

A questão do transporte é considerada, principalmente pela família, como um ponto negativo, dado que sua liberação não acontece em tempo hábil, principalmente em situação de urgência e de emergência. A ausência do transporte oficial acarreta custos para a

família que, em sua grande maioria, é desprovida de recursos financeiros. Revela ainda a população que, ao telefonar para o hospital, solicitando uma ambulância, em casos considerados de urgência e/ou por necessidade de um tratamento contínuo, quando é informada da indisponibilidade da ambulância, torna-se evidente o transtorno para o cliente, que precisa recorrer a outras instâncias, na tentativa de conseguir recursos para suprir tal deficiência. Assim é que busca contratar carros de terceiros para pagamento posterior, ou mesmo segue a pé ou de bicicleta, indo, às vezes, às casas de amigos, e de políticos, quando não se deslocam até a BR para viabilizar um transporte, chegando a recorrer ao Município vizinho. Estas e outras providências são reveladas pela população, diante de um problema que está a merecer solução.

As famílias dizem que:

*...No caso de urgência é muito difícil nessa localidade, porque infelizmente nós aqui nem um telefone público temos pra ligar pra o Aquiraz pedindo uma ambulância(...); tem um vereador na Patacas que sempre que a gente vai lá ele arruma um carro, mas não é toda vida que ele tá em casa(...); para levar pro Aquiraz na ambulância é a coisa mais difícil do mundo porque se a gente não tiver R\$ 20,00 ou R\$ 30,00 o filho da gente morre em casa. Então a gente pára em casa porque não tem ambulância. Mas mesmo assim era o direito do prefeito olhar pela gente(...); Ambulância nesse lugar é raro, é por sorte(...); em caso de urgência, eu faço um jeito, se não tiver ambulância, arrumo um dinheiro por aí e levo. Eu peço meu menino, o patrão dele e eu arrumo por aí. Eu não peço o vereador daqui, porque ele não anda por aqui, ninguém aperreia ele. Aqui a gente passa muita necessidade. Se for para morrer, morre em casa, às vezes a ambulância também está no prego, às vezes está direito e não levam a gente não pode fazer nada(...); em caso de urgência a gente manda pedir a ambulância no hospital e às vezes ainda sai com ignorância e grito que não tem ambulância. A pessoa que tá boa de saúde diz: ah! pra que ambulância. Não é pra socorrer as pessoas doentes. Aí dizem assim: não, porque agora não pode, não tem ambulância, só se for causa de doente, doente mesmo, que não possa vir de pé. Ora, acontece de estar chovendo, a gente vai por aqui por esse lameiro, a pessoa já está doente, aí manda buscar a ambulância, se vem com ignorância, aí o que acontece é de levar nome, só isso(...); quando não tem ambulância tem que fretar o carro até o ano passado era R\$ 20,00 indo daqui até o Aquiraz(...); mas não tendo tem essa dificuldade por causa da comunicação, não tem nem telefone para pedir carro na hora. Para telefonar direto para o hospital para pedir ambulância, ainda não tem. A comunicação é muito difícil a gente tem que andar a pés 3 ou 4 quilômetros para poder chegar no telefone para fazer uma ligação, para comunicar pedindo um carro. É difícil. A comunicação é difícil(...); porque aqui*

*tem muita gente e a maioria tudo são assim as classes baixa, que nem eu. Pois é, as necessidades, as condições não dar, né porque se adoecer uma criatura na nossa casa, aí se vai atrás de um carro não encontra. Pra pagar aquela corrida nós não tem, aí tem que ficar ali esperando. E se acontecer uma coisa pior ? (...); às vezes uma criança adoecer vai pra lá e não tem médico. A gente vai atrás de ambulância e tá no prego(...); nessa Área Verde, o atendimento é difícil, uma vez que eu vou dizer, nós aqui adoecer não temos carro, temos que ir acolá na pista atrás de um carro, pedir a um amigo ou fretar por R\$ 10,00, R\$ 15,00 ou R\$ 30,00 para chegar até o ponto do hospital de Aquiraz (...) se for esperar ambulância do carro de saúde é difícil. Se for para parir, pare dentro de casa ou nas estradas ou nas moitas pelo caminho. O carro custa a chegar ou nem chega.*

Os agentes de saúde revelam as facilidades de transporte:

*... No caso de uma necessidade de ter uma pessoa na área da gente que não tenha condições de ir até Fortaleza que ela marcou a consulta, tem um carro para ir deixar e buscar(...); era difícil a gente levar uma pessoa daqui para Aquiraz por causa da dificuldade de transporte. Hoje melhorou porque no dia que o médico vem a gente vai passando e se tiver uma pessoa doente a gente já encaminha para o Posto de Saúde. Se for uma coisa que não possa ser resolvido eles encaminham(...); antes era mais difícil, a gente encontrava os problemas nas áreas, encaminhava as pessoas para o médico e eles não iam porque não tinham condições financeiras pra pagar o transporte para ir até o hospital e simplesmente aquelas doenças iam se acumulando...*

Enquanto isso, outros dizem o contrário:

*... Outra dificuldade é a falta de carro para transportar as pessoas para o Município quando adoecem. O carro fica no posto de saúde de referência, mas quando ligo, às vezes, o carro está com a pessoa para Fortaleza ou está em Aquiraz, ou a enfermeira está precisando (...); as dificuldades que a gente enfrenta é a distância, pois aqui a gente não tem carro para socorrer as pessoas, são pobres e não têm condições (...); no final de semana, se acontecer alguma coisa, a gente fica numa correria pra levar o paciente pro hospital porque ninguém tem carro. A gente pede uma ambulância num dia e às vezes chega no outro ou nem vem...*

As enfermeiras conferem, em suas falas, a disponibilidade de transporte para a equipe do PSF, no momento em que esta precisa realizar as ações na comunidade,

contradizendo os discursos das famílias que se deparam com dificuldades, ao solicitar acesso ao transporte em suas necessidades de saúde e /ou doença.

As falas das enfermeiras endossam o benefício de transportes para a equipe de saúde da família para deslocamento às localidades e de retorno após as horas de trabalho realizadas, manejo com as urgências e emergências carentes de referência.

A demanda é representada, quantitativamente, pelo número de consultas agendadas pelo agente de saúde, provocada pela própria lógica do trabalho imposto, corroborando o entendimento de que PSF é consulta médica e de enfermagem, o que, na linguagem popular, é assimilado como atendimento médico, pautado no modelo epidemiológico e clínico de assistência à saúde. Essas idéias são compartilhadas, no momento em que atribuem a redução da mortalidade infantil e materna à ação do PSF.

Ressalte-se que esses indicadores são constantemente avaliados como um recurso peculiar ao redimensionamento das estratégias de intervenção do setor de saúde. Não obstante, os indicadores de cunho antropológico e político são ainda quase inexistentes.

Há, ainda, uma demanda reprimida, que tem levado a população a procurar outros serviços, em uma verdadeira peregrinação, diante da insatisfação pela falta de fichas para consulta, mau atendimento, segundo algumas falas, dos funcionários na recepção, no ato da consulta e em alguns procedimentos.

Os agentes de saúde dizem:

*... A minha área faz limite com Patacas, mas dificulta também porque é próximo para o povo ir de carro e distante para ir a pé. Para conseguir uma ficha de atendimento médico em Patacas eles têm que ir bem cedo. Para a prevenção só são 10 fichas, quem chega primeiro é quem tem chance e o pessoal que mora mais longe chega tarde e não consegue (...); as pessoas ainda reclamam muito porque existem profissionais como: médico enfermeiras e até as próprias pessoas que trabalham no posto, que não tratam bem todo mundo, parece até que tratam*

*por cara (...); ah! não me atende. Disse que ia falar com a Dra., não tinha mais ficha e nunca mais saiu. Eu vim foi embora, passei a tarde lá e não fui atendida (...); a minha área por ser a mais distante, são 20 km para chegar ao posto de saúde, no caso do médico não ir uma vez pôr mês eles tem que se deslocar até a Sede e quando chega aqui, esgotou o número de fichas porque o acesso é muito difícil. Não é fácil porque tem muita areia, dificulta, enfim. Aí se revolta e fala do PSF. Mas acredito que é nessa hora aí que a gente deveria ter um maior respeito com essa pessoa porque a boa vontade que ela teve de procurar uma assistência (...); falam que chega aqui cedo e não tem médico ou dentista. Porque o funcionário à tarde ao sair não colocou o aviso? O povo chega cedo, 1 ou 2 horas da manhã e fica até as 7 h ou 7:30 da manhã que é a hora que abre o PS. Elas dizem que não tem médico, que não tem dentista. Dá para a pessoas se revoltar realmente, o pessoal sair de madrugada para cá e não ter o atendimento(...); o que chateia muitas vezes é o mau atendimento, a má recepção que as pessoas reclamam. Acabam desistindo e muitos preferem o atendimento lá em Aquiraz.*

As pessoas que se sentem mal-atendidas, embora não concordem com o mau atendimento, deixam de denunciá-lo, não agridem ninguém, mostram-se, pelo contrário, em suas atitudes, como se estivessem pedindo favor e agradecidas pelos serviços ofertados. Em suas falas, a preferência é só ir ao serviço de saúde, em caso de muita necessidade. Em situações como essa, agüentam abuso de todos, simplesmente porque estão precisando.

*... A funcionária é muito péssima porque tem dia que tá de bom humor, tem dia que não tá nem, num atende direito e vem com ignorância logo...*

Acerca da consulta, algumas famílias apontam que existe um “médico para tudo” e isto não qualifica o atendimento. Dizem serem necessários um pediatra, um oftalmologista e um cardiologista. As consultas são caracterizadas pela clientela como atendimentos simples e tratamentos fracos, expressados pela falta de suporte de equipamentos e, principalmente, pela ausência de remédios. Reconhecem que, em casos de doenças “simples”, a equipe resolve, ao passo que as doenças “maneiras” elas tratam em casa, com remédios caseiros ou automedicação.

*...É um atendimento meio devagar. É coisinha muito devargazinha, porque às vezes a gente vai com muita precisão de um remédio, a gente não recebe aquele atendimento que precisa. Dá uma consulta a pessoa para ir pegar o remédio lá no hospital e às vezes nem recebe. A gente entrega a consulta para o agente de saúde e não recebe mais (...); pra mim não representa nada, porque eles não atende as pessoas direito. Quando a gente vai lá, eles faz só olhar pra gente e diz você está com doença tal, aí passa um remédio que não serve pra nada, não passa nenhum exame pra gente fazer, nem nada. Eu nem estando doente vou pra lá, eu pego é um ônibus e vou pro Aquiraz, vou pra qualquer canto, mas pra ali perder o meu tempo eu não vou e nem levo esse menino. Eu levo para vacinar, mas se o Aquiraz fosse mais perto, eu ia dar era lá (...); pra mim eu acho bom, não tenho nada a dizer. O que eu tenho a dizer é só isso que devia ser mais organizado, devia ser uma coisa mais melhor pra gente. Tô achando que é muito fraco, mais assim mesmo por ser fraco ainda tá se recuperando (...); não gosta por causa que o posto não é 24 horas. Se tivesse aos menos mais uns dois médicos, um pediatra, um clínico geral, um pediatra, uma ginecologista (...); tem que ter mais médico com qualidade porque aqui não é só doença de criança, aqui tem muito tipo de doença que tem que consultar lá em Fortaleza. Porque se a gente não tiver dinheiro a gente morre. Por exemplo: se uma pessoa quebrar uma perna, tem que levar para o IJF e se não tiver ambulância tem que ir de carona ou pagar R\$ 30,00 ou R\$ 40,00 para deixar no hospital no centro. Aqui não tem nada disso. Agora quando é no tempo de eleição, eu que trabalho na eleição, eles prometem mundos e fundos, mas não cumpre nada...*

Mencionam ainda as famílias que não há uma quantidade suficiente de medicamentos, mostrando-se insatisfeitas com o PSF.

*Se a medicação que viesse pra cá fosse mais abundante, pelo menos para as crianças, porque os adultos já sabem resolver os problema dele. A senhora sabe que medicação é muito cara, um pobre pai de família que tem cinco filhos, que ganha R\$ 90,00 (noventa reais) por quinzena para dá de comer a sete pessoas não tem condição de comprar medicação (...); ora, a gente vem consultar, passa um horror de remédio e cadê o remédio? Cadê o dinheiro pra comprar? (...); é difícil faltar, mas aqui acolá falta remédio e quando falta pronto, as crianças fica sem tomar porque as condições é pouca, não dá pra comprar, porque o salário só é de R\$ 133,00 pra dar de comer, são seis crianças. São oito nessa casa, não tem condições (...); essa menina aí que o pai trabalhou aqui comigo tá com mais de um mês que tá pra receber mas nunca arrumou essa pomada dali do posto porque ela fez prevenção. Manda a receita lá e eles dizem que não tem. É cara essa pomada que ele passou mas dando a gente compra o negócio é condição, não é todos que tem pra comprar remédio, tá difícil (...); às vezes falta medicação, também é muita gente, sempre falta, mas não é nem uma semana, aí chega novamente(...); Não tinha todos os remédios, faltava duas pomada, mas uma eu comprei e um remédio pra garganta, inclusive esses ainda não vieram. Não tive dificuldade para comprar porque eu tenho uma comadre aqui que é muito boa, foi só dar o papelzinho que ela comprou. Ela é uma mãe pra mim (...); Agora o*

*que acho muita dificuldade no programa da família é com a causa dos remédios. Ainda estou achando que a distribuição dos remédios está sendo muito pouca nas comunidades. Tem pessoas que ainda passa muitos dias com a receita guardada. Ah ! eu não posso comprar o remédio e está faltando remédio no posto de saúde. Mandeí pegar e não tem. O doutor passa aqui e diz que vá pegar na quarta-feira, na quinta-feira receber chega lá não tem. Porque o remédio veio e o povo já levaram tudo(...); as crianças como a senhora está vendo é desse jeito aí, tudo nessas areias e tudo mal dirigido, cheio de coceira, cheio de pereba, vai para o médico e não tem remédio e quando tem o remédio não serve. Se levar três só consulta um e se entrar com dois só se for filhos(...); eu já fui para lá para ser consultada e passaram um remédio que não tinha. Eu entreguei a consulta pra o agente de saúde e nem a consulta recebi, nem o remédio nem nada. O atendimento é muito devagarinho (...); sai com raiva porque não traz o remédio, já vai com precisão e não tem o remédio, aí é ruim mesmo. O que é que vai fazer? Não é melhor ter ficado em casa ou então não adianta. A gente pega o papel, mas quem tem dinheiro compra e quem não tem vai ficar guardado, sem poder comprar (...); porque a gente é pobre vai consultar o menino e não vai levando dinheiro pra comprar remédio, a gente não acha bom mode isso. Pensa de receber o remédio e às vez tá faltando (...); às vezes ele vem consultar e não tem remédio, dá a receita para pegar e a pessoa dá três, quatro viagens e não consegue o remédio. Táí essa minha vizinha aqui está com um bocado de receita, e não consegue nenhum remédio até agora (...); doutora tem, às vezes tem remédio, às vezes não tem. Vai só consultar olhar para a cara do doutor e volta, nem compensa. A doutora é simpática, mas não resolve. Só resolve quando tem remédio mais como não tem, só consultou e pronto, para dizer que ficou boa e pronto (...); eu acho que devia dependendo da doença ter um remédio certo, ter aquele comprimido para atender aquelas pessoa (...); é bom e é ruim. Porque doutora tem. mas as às vezes vem e só dá papel. Se às vezes o menino está com febre alta, não passa uma injeção. Às vezes tem remédio, às vezes não tem, passa um mês aí não tem, tal dia tem. Aí pronto vai passando, passando o menino melhora só com a receita do papel em casa que não tinha remédio para comprar. Pois é bem. E outro coisa, não tem outra melhor (...); O mais necessário é não faltar o médico e nem o medicamento. Não adianta quando a gente vai, recebe a consulta e não tem o medicamento. Quando a gente pode comprar, tudo bem, mas não podendo?...*

No entanto as enfermeiras consideram que os medicamentos não faltam, porém podem não ser suficientes para o mês todo, mas pelo menos até a metade do mês é assegurada a medicação. Em outros aspectos, as metas fixadas para as necessidades da população adscrita não são atendidas.

Os agentes de saúde confirmam a insuficiência de medicamentos.

*... Agora o remédio é difícil porque vem pouco, mas fico com as receitas, quando chega pego e entrego as pessoas (...); às vezes falta um remédio e as pessoas só faltam me engolir. Eu não tenho culpa...*

Enquanto isso, outros dizem que há medicamento.

*...Depois que começou esse PSF, tem a vantagem de existir esse medicamento quando vão se consultar. Às vezes não tem na hora mas a enfermeira se encarrega de mandar o medicamento...*

Para operacionalização dessas estratégias, responsabilizam o Programa, que deve manter equipes por clientela adscrita de uma determinada área, composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente de saúde, possibilitando maior aproximação com o olhar multifacetado sobre o Programa de Saúde da Família.

Apreendi das falas das enfermeiras que o Município em estudo tenta alcançar essas ações, sendo que muitas delas tornam-se inviáveis, por fatores limitantes do tipo - número de equipes, com atingimento de apenas 49% da área. Para o Município pesquisado, segundo a portaria do M.S., seriam necessárias 16 equipes do PSF, para cobertura integral da população.

Na triagem estabelecida para a consulta, considerando os sinais e sintomas não compreendidos pelos usuários, muitas vezes a concessão de seus horários deixa de ser aceita, mesmo para os casos com maior gravidade. As normas estabelecidas para a triagem não são tidas como satisfatórias para quem chega e quer ser logo atendido.

*...Eles reclamam da demora na consulta, não entendem as normas de atendimento, tem aquelas pessoas que estão mais graves, com febre alta, diarreia com sangue, vômitos, depois as crianças menores de 1 ano em seguida os idosos, hipertensos e por último os adultos. A gente segue esta norma de atendimento do posto, não importando, pode ser amigo como não, vai ter que entrar na fila...*

Expressam, ainda, que, para ter acesso ao atendimento, há submissão às triagens, até as mais dolorosas, como sua dor ser considerada menos grave do que a dor do outro.

*... É o que eu vejo falar mesmo é o que eu to dizendo o pessoal não são chegado ao agente de saúde, porque se é de despachar as fichas na hora que a gente chega, procurar os que tá mais necessitado de consultar naquela hora, não? Ele despacha um dia antes numa hora dessa. A gente chega lá com febre já não tem mais ficha, às vezes tem um que a gente vê que não tem nem tanto problema e é consultado naquela hora e a gente(...); esse atendimento mensal não dá nem para a metade. Tem 20 fichas, tem uns que se consulta sem maior necessidade, às vezes a gente precisa que tem necessidade não é atendido. Porque o médico diz que não vai mais botar ninguém para se consultar sem ser nas fichas. Aí fica difícil para a gente(...); Às vezes se tiver umas pessoas com mais necessidade do que outros, o agente de saúde dá as fichas para ser atendido no mesmo dia, por que às vezes tem uns que estão mais doentes do que os outros, estão com mais precisão não dá para esperar por outra vez, e muita gente tem raiva por isso.*

Para estimular e facilitar o acesso aos serviços de saúde, um aspecto importante é a questão cultural das famílias, tomando como ponto de partida a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população. No entanto, o cotidiano retrata que as famílias, às vezes, apresentam dificuldades para compreender essas normas. A instituição também revela dificuldades de adequação à cultura das famílias, impedindo que essas sejam atendidas em face do horário estabelecido e do número de dias de atendimento.

Os agentes de saúde confirmam dificuldades que interferem na realização de outras ações:

*... O médico só vai uma vez por mês e lá não tem condição das pessoas fazerem o pré-natal, prevenção, porque o atendimento médico é feito na escola, não tem dentista e ainda tem que se deslocar para Aquiraz...*

Refere ainda a ausência desses atendimentos nos finais de semana.

*... Alegam que equipe é essa que não trabalha direito, porque num sábado ou num domingo que a pessoa precisa esta não se encontra (...); nos finais de semana, principalmente, era muito bom se ficasse alguém de plantão, acho que*

*não precisava nem ir pro hospital, só se fosse uma cirurgia (...); se tivesse aqui uma equipe no final de semana pra atender todo mundo, o que acontecesse nos finais de semana já seria resolvido aqui e daria uma assistência melhor e assim descongestionava a área do médico na semana...*

Dada a impropriedade dos horários de atendimento, frequentemente poderão ocorrer choques entre o anseio, a vontade e a necessidade da população *versus* o desempenho dos trabalhadores da saúde. Enseja-se, assim, o choque cultural de quem está ali para atender e o patrimônio cultural de quem vai atender. As informações das enfermeiras e dos agentes, confrontadas com os anseios das famílias, precisam se ajustar, portanto, para realização de um atendimento.

É destacada, ainda, em suas falas a necessidade de rever o horário de atendimento, pois este nem sempre corresponde às necessidades da população, em particular à classe trabalhadora das indústrias locais e de granjas, especialmente. Tais necessidades estão desvinculadas da atuação direta do profissional, tanto no meio ambiente como em relação a intervenções junto ao trabalhador, à exceção de vacinação e/ou consultas esporádicas. Esse contingente de trabalhadores está a requerer que os serviços mantenham uma atenção articulada com as empresas, para beneficiar as ações de vigilância sanitária, ações individuais e condições de trabalho.

Retratam também que a ausência de atendimentos nas datas apazadas repercute na atitude das famílias:

*... Na minha área o pessoal critica, só falta dar em mim quando acontece um problema que a médica ou a enfermeira não vem para o atendimento na localidade. Semana passada, quase que apanho. Eles queriam que eu desse conta por fim a força, porque o médico já tinha marcado 3 vezes e não ia. Eu disse que estava sem carro, mas eles querem que explique, que eu saiba por que...*

A assistência odontológica é havida pelas famílias como precária, necessitando de o usuário deslocar-se várias vezes para conseguir uma ficha. Não raro, acontecem desistências depois de freqüentes justificativas de equipamentos quebrados, de ausência de dentistas e falta de fichas. Parte da clientela destaca em suas opiniões que quase não usufrui dos atendimentos odontológicos, mesmo que deles necessite, isso porque são oferecidos durante o dia, não havendo compatibilidade de horário que permita o atendimento ao trabalhador, até porque, nessa hora, a oferta de serviços já se encerrou.

*... Sobre dentista, graças a Deus ainda não me sentei naquela cadeira, porque também são oito fichas e quando chega lá não acha mais ficha. Tem que ir cedo, marcar em um dia e arrancar no outro (...); o atendimento é um negócio meio difícil, a pessoa se não for cedo pra pegar uma ficha, não pega e pra dentista precisa sair de madrugada, a dificuldade é assim toda vida (...); dentista pro nosso bairro não tem, para Aquiraz é muito difícil a gente ir pra distrair dente...*

A infra-estrutura de atendimento da equipe do PSF, na zona rural, esta localizada em residências e colégios. De um modo geral, é constituída de mesa e cadeiras, não havendo disponibilidade de equipamentos, maca e balança, por exemplo, que possam dar suporte às consultas e/ou tratamentos. As famílias revelam que a população recebe apenas a consulta, sendo que as demais necessidades de exames laboratoriais e radiológicos, para prevenção do câncer do colo uterino, requerem o deslocamento dessas mulheres para uma unidade de referência, para a Sede do Município e/ou até mesmo para a Capital, onde é facilitado o atendimento, mediante a concessão do carro da equipe ou ambulância disponível, em caso de uma necessidade maior.

As famílias consideram inadequadas as instalações da equipe nesses locais para fins de atendimento, considerando a falta de privacidade, a possibilidade de exposição a situações de desavenças, por conta de um vizinho não gostar do outro, a precariedade das condições de ventilação e luminosidade, além do barulho, associando-se a tudo isso a

tendência de protecionismo, identificado pela liberação de fichas para pessoas alheias, pelo que a família precisa ceder o seu espaço. Revelam, também, que esses locais são pequenos para acomodar as famílias que estão aguardando a consulta, já afetadas pelo calor do ambiente. Nesse caso, a existência de um posto de saúde preservaria a individualidade das pessoas e o respeito de um pelo outro.

*...Não compreendem a presença do PSF sem um posto de saúde e este continua sendo reivindicado(...); diz que está satisfeita com os atendimentos, mas não concorda que aconteçam só de 15 em 15 dias. E preciso que os mesmos não sejam realizados, em casas de pessoas da comunidade(...); que tivesse um posto de saúde na comunidade, o atendimento odontológico também que nós não temos, se tivesse um posto de saúde na comunidade teríamos um atendimento odontológico mais próximo(...); agora seria bom mesmo se aqui tivesse um posto de saúde, porque no caso de uma emergência quando a criança quebra um braço, uma doença assim que a gente não pode resolver, não dá pra esperar o mês todinho. Se tivesse um posto de saúde seria bem melhor(...); e também no posto de saúde mais próximo ser melhor atendida porque se você chegar lá as 4 horas não tem mais aerosol e a mulher que atende é muito ignorante, não quer atender as pessoas com jeito.*

As enfermeiras também enfrentam a inadequação de alguns locais de atendimento, dizendo:

*...Nós já consultamos em quase todas as escolas. Mas a gente nota que pelo barulho não é um lugar adequado. Às vezes eles dizem que não tem aula para atender mas fica falho para a criança...*

Constatei que a vontade política e organizativa da coordenação do PSF representa sua intencionalidade em descentralizar o atendimento, não obstante, essa prática mostra-se, muitas vezes, em condições precárias. Nesse ínterim, a clientela reage, deixando de buscar a consulta, ao mesmo tempo em que manifesta o desejo de instalação do posto de saúde quando não, dirige-se à Sede do Município para receber atendimento.

Os documentos analisados indicam que o acesso/acessibilidade são indicadores de qualidade de atendimento, informação e identificação da clientela com os serviços. No

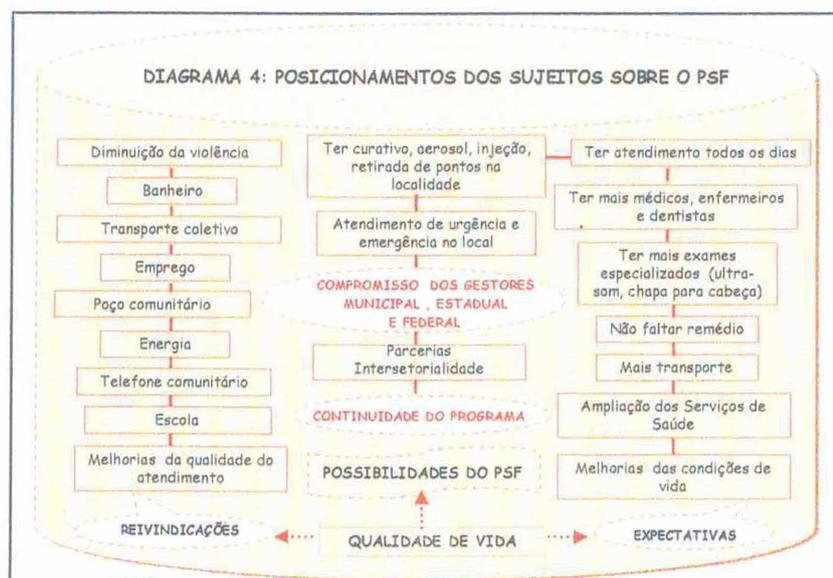
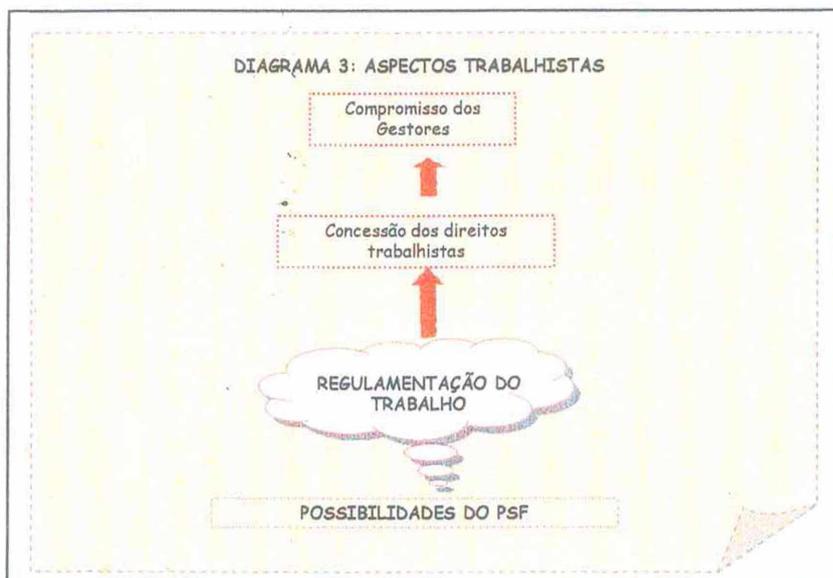
entanto, no cotidiano, as famílias revelam que essa preocupação governamental é incoerente com a realidade, em relação à oferta de serviços e demanda. Isto torna-se evidente, no momento em que as famílias põem à mostra a falta de medicamentos e dos exames, o sistema de controle de natalidade, contrário ao seu modo cultural de ver o fato, a inexistência de dentista, a inviabilidade do acesso a esses serviços, pela população, levando-a, mais uma vez, a lutar por um atendimento, mesmo que mais distante, mas que seja completo e que venha trazer satisfação para si, conduzindo-a, outra vez, à nova luta para si, para seus filhos, marido, mulher, ou membros outros da família.

O acesso, por si, não significa uma facilidade de atendimento, sugerindo a possibilidade de o PSF deslocar-se da sede do Município para localidades rurais. Em virtude da modificação nas áreas limítrofes, esse atendimento tornou-se inviável para a população, pela carência de transporte, não se completando, também, com a demanda reprimida, pois, mesmo chegando ao local de benefício, dele não conseguiu usufruir, frustrando-se e retornando decepcionada às suas origens, por não ter sido atendida por um serviço de saúde que lhe pudesse satisfazer suas expectativas.

### 4.3 Posicionamento dos Sujeitos sobre o PSF

#### 4.3.1 Reivindicações, Possibilidades e Expectativas

O PSF aparece nas falas das enfermeiras, agentes de saúde e famílias como uma instituição que oferece serviços básicos de saúde, propondo-se a atuar em um modelo novo. Essa oferta, no entanto, é prejudicada por necessidades dos usuários, nem sempre supridas a contento, e por incertezas sobre sua continuidade. Isso foi o que percebi ao extrair das expressões que seguem: as imagens sinalizadas pela enfermeira, agente de saúde e família estão relacionadas à regulamentação do trabalho, melhoria das condições de vida, melhoria da qualidade do atendimento, continuidade do Programa (Diagrama 3 e 4).



- **Reivindicações**

- **Regulamentação do Trabalho**

A categoria Regulamentação do Trabalho implica melhores condições de trabalho, recursos financeiros para operacionalizar o Programa em sua plenitude.

*... A gente sabe que o Programa é super importante, mas não está aparecendo pessoas que reconheçam isso, que vejam também a nossa parte e direito (...); melhores condições de trabalho, alguém que regularizasse nossa situação, a gente não tem direito a férias, a licenças, ao 13º salário (...); no futuro eu gostaria que existissem condições de trabalho em relação aos direitos trabalhistas e condições na própria área (...); O que atrapalha muito é a prestação de serviço e a gente não tem concurso, somos profissionais que podemos, a qualquer hora, ser postos para fora. Tudo isto atrapalha o funcionamento do PSF...*

Insegurança e ansiedade acompanham os funcionários do PSF entrevistados. Anseiam por melhores condições de trabalho, estabilidade e proteção das leis trabalhistas. Há um reconhecimento de que as limitações física, psíquica e social interferem no desempenho das atividades, em seu cotidiano, e isso reforça a ansiedade, contribuindo para a insatisfação.

*...eu acho que ninguém consegue trabalhar direito, sem ter férias, sem ter condições de trabalho...*

Em relação às questões trabalhistas, as enfermeiras do PSF ressentem-se do fato de não poderem usufruir de direitos básicos, como carteira assinada, estabilidade, reajuste de salário, férias, 13º salário, licenças, condições de trabalho, reconhecimento. Esta situação

produz reflexos nos compromissos assumidos para manutenção da vida, gera *stress*, descrédito e frustrações.

*...A minha perspectiva do PSF, no futuro, era que o Secretário de Saúde, as pessoas que coordenam o PSF para que eles tivessem sucesso assegurassem os direitos trabalhistas dos profissionais. Quando o enfermeiro sentir que está trabalhando no DST, com qualidade, sendo um profissional respeitado, com seus direitos e deveres garantidos. Valorizar o profissional e não se achar que este é só braço para trabalhar, aí o PSF vai ter mais sucesso, vai criar mais raízes(...); que no futuro deveria ter uma lei que protegesse mais o profissional, é um trabalho desgastante (...); o Governo Federal tem que investir não só na equipe, repassando recursos para implantação, mas dar condições de trabalho, férias e os demais direito(...); nós trabalhamos, nós reduzimos indicadores, mas não somos reconhecidos. O nosso salário nunca reajusta, nós não temos férias. Não existe "carteira assinada" uma coisa mais segura para gente. É essa problemática que decepciona. A gente trabalha, dá respostas e ninguém reconhece nosso trabalho. Não aparece ninguém que faça alguma coisa pela gente.*

A estabilidade no emprego foi apontada como uma necessidade essencial ao pleno desenvolvimento do profissional no desempenho das funções, isso porque a política de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) não contempla nenhum vínculo empregatício.

A situação em referência produz insatisfação, permite a rotatividade dos profissionais, não cria vínculo com as famílias, impede um trabalho educativo, na perspectiva de transformação da realidade, mudando condutas individuais e grupais, em relação ao processo saúde-doença.

O serviço de saúde passa, assim, a ser entrada e saída de profissionais, com falta de vínculos entre cuidadores e assistidos. Nesse contexto, o PSF, com a pretendida estratégia inovadora, se mantém apenas como uma possibilidade de impacto social, não representando, no entanto, a realidade.

*...precisamos de melhores condições de trabalho, alguém que regularize nossa situação. Há três anos que trabalho assim e o pessoal que ficou para trás conta a mesma história, quer dizer, ninguém vê muita evolução...*

Embora as enfermeiras mantenham um exercício à margem da legislação, sua contribuição efetiva ocorre ao mesmo tempo em que acreditam na viabilização dessa conquista. Mesmo enfrentando essa questão, os membros da equipe procuram manter o “pique” do ambiente, lançando-se ao desafio de projetos de trabalho com qualidade.

*... Percebo que a enfermeira, independente dele não ter esses direitos trabalhistas, se engaja muito e tem afinidade com esse trabalho...*

Os agentes de saúde elaboram suas opiniões, a partir de suas experiências cotidianas, retratando semelhanças com o modo de pensar das enfermeiras, quando atribuem imagens relacionadas à concessão de direitos trabalhistas, conforme é expresso nas falas:

*... Precisamos ser reconhecidos pelas autoridades, porque elas só jogam serviços e mais serviços e cadê o reconhecimento? Não somos ainda reconhecidos como funcionários e não somos enquadrados no Estado. Somos trabalhadores avulsos. É isso que espero, que alguém olhe com mais carinho para nós e veja que a gente trabalha de sol a sol, chuva a chuva, poeira no rosto e a gente está firme (...); aumento do salário, direito a férias, licenças, carteira assinada (...); até agora nós não temos direito a nada, nem carteira assinada, férias remuneradas. O que a gente tem mesmo é só o direito de trabalhar, trabalhar, e o salário que, às vezes, sai atrasado, mais o 13º salário. Se um sair sai do jeito que entrou, sem lucrar nada; se contrair uma doença e sair pronto; se adoecer e ficar prostrado, não tem direito a nada. Então acho que já tava na hora do governo ver isso, não sei quem lá, o responsável...*

• Reivindicações

- Melhoria da Qualidade do Atendimento

Quando as famílias emitiram sua opinião, foi posta à mostra a necessidade de melhoria da qualidade do atendimento, configurada na possibilidade de: não faltar remédio, oferecer mais exames especializados (ultrassom, “chapa da cabeça”), realizar curativos, aplicar aerosol e injeção, retirar pontos, assim como aumentar o número de consultas, propiciar atendimento todos os dias, colocar ambulâncias a serviço das pessoas que adoecem inesperadamente, já que *doença não marca hora e nem distância*; assegurar atendimento de urgência e de emergência; e, finalmente, ampliar os serviços hospitalares, conferindo prioridade aos postos de saúde com referência e contra-referência.

*...Dentista também é muito difícil; pra gente tirar uma ficha, tem que ser de madrugada, só são dez fichinhas e, para tirar uma ficha, o pessoal fica cansado de dormir lá (...); era bom, se aqui tivesse dentista para obturar e arrancar dente. Porque a gente vai para Aquiraz em busca de arrancar um dente, quando consegue ficha, tudo bem, mas quando não consegue, a gente gasta o dinheiro, aí a gente vai custar ir de novo, porque não tem dinheiro (...); e também no posto de saúde mais próximo ser melhor atendida, porque se você chegar lá às 4 horas, não tem mais aerosol e a mulher que atende é muito ignorante, não quer atender às pessoas com jeito(...); talvez um posto de saúde maior para gente. Sei lá. Médico, dentista para a área da gente, ter um médico diariamente. Aqui é por quinzena e nem é certo. Às vezes vem por mês, passa dois meses que não vem. A gente não está nem esperando, chega. Eu acho que devia melhorar(...); ter mais remédio de sobra, porque às vezes a gente vai e não tem, agora quando é uma coisa urgência a gente tem que fazer um meio de comprar, quem pode... quem não pode fica numa situação ruim, espero que melhore cada vez mais(...); ter mais atendimento e ser o dia todo, porque às vezes uma criança adocece, vai pra lá e não tem médico. A gente vai atrás de ambulância e tá no prego. Assim gostaria que melhorasse mais(...); botando um posto de saúde, um carro para na hora de uma precisão, um socorro porque às vezes uma criança se corta e não tem pra onde a gente correr, às vezes sem dinheiro, não tem donde tirar dinheiro pra ir buscar um carro. Essa seria uma solução(...); era pra ter um médico à noite, dando plantão, pois facilitava muito a vida da gente porque pagar R\$ 22,00 reais pra gente ir pro Aquiraz. Aqui é uma área de muitas crianças e, em época de inverno, só vivem doentes com problemas(...); quando for dia dos médicos,*

ter mais ficha pra gente, porque passa o mês sem nenhum deles vir, às vezes a gente tá com precisão, vai atrás de uma ficha, aí já não tem mais. Como aconteceu no mês passado que a menina veio deixar o comprimido e tinha muita gente pra se consultar. Cadê o médico? O médico não veio, tava viajando(...); que tivesse atendimento sábado e domingo e mais atendimento médico. A gente chega lá e às vezes elas vão fazer visita nas casas e o Posto de Saúde fica só com os trabalhadores e não tem quem faça curativo(...); era bom que tivesse atendimento para os idosos, que só é uma vez por semana, só dia de terça-feira, mais ou menos umas duas vezes(...); a doutora é muito boa, é uma clínica geral muito boa. Só que tem dia que ela atende trinta e cinco pessoa, criança, adulto, idoso, tudo misturado não pode. Tem que ser pelo menos um pediatra pra criança e ela, que é um clínica geral, atender aos outros.. Pelo menos atender melhor as criancinhas.. Porque a criança precisa mais do que nós, pois tem uma vida toda pela frente(...); tem que ter mais médico com qualidade, porque aqui não é só doença de criança, aqui tem muito tipo de doença que tem que consultar. Porque se a gente não tiver dinheiro, a gente morre. Por exemplo: se uma pessoa quebrar uma perna, tem que levar para o Instituto Dr. José Frota e se não tiver ambulância, tem que ir de carona ou pagar R\$ 30,00 ou R\$ 40,00 para deixar no hospital no centro. Aqui não tem nada disso. Agora, quando é no tempo de eleição, eu que trabalho na eleição, eles prometem mundos e fundos, mas não cumprem nada(...); devia melhorar, botar assim uma enfermeira (...); o que eu desejo ali é que fosse um hospital de emergência, tentaram botar uma maternidade, mas não conseguiram. Dona menina, adoce uma pessoa aqui de noite pra ir daqui pro Aquiraz, eles cobram R\$ 20,00, pro Eusébio R\$ 15,00. E se a gente não tem dinheiro na hora, vai tirar de onde? E lá no Aquiraz tem ambulância, a pessoa vai telefonar e quando vem chegar aqui, a pessoa já tem morrido(...); no futuro a gente vai querer um ato suave, atendimento que sirva para a gente que tenha um posto de saúde, um médico para trabalhar conosco, para consultar, mais remédio, um atendimento bem melhor mesmo. A gente não vai querer um hospital aqui para ser um hospital fechado, a gente quer um posto de saúde para viver aberto, atendendo os índios e não trancar e vir de mês em mês(...); aqui a localidade é muito grande sabe? Você chega de manhãzinha espera, espera, já aconteceu três segunda-feira comigo, que eu fui lá tirei uma ficha para o doutor. Deu dez horas, deu doze horas, deu uma hora da tarde, deu duas e nada, quando foi três horas é que a assistente, a enfermeira ligou, procurando o doutor e nada. Negrada, hoje não tem médico, vocês venham segunda-feira de novo, que ele prometeu de vir(...); ah! no futuro, que cada dia crescesse mais, que melhorasse mais que fosse feito aquele atendimento. Que tivesse um mini- posto, que fosse aplicado uma injeção, aerosol, que fosse feito um curativo na própria comunidade., que o povo não precisasse se deslocar. Ah! isso era muito bom. Quem sabe até que foi prometido lá pelo Conselho da Saúde que essa maca ia funcionar. Ia ter local, tudo mais. Se essa energia vier de verdade, já melhora essa situação desse resto de coisa. Que poderia ser implantado essa coisa. Com certeza melhoraria. O PSF ia ser diferente. A esperança é a última que morre. Espero que seja feito um trabalho que melhore cada dia. A expectativa da comunidade é essa(...); No futuro nós esperamos muita coisa. Que vá pra frente, mais adiante. Por exemplo, que nem a prevenção, nós estamos indo pra longe. Bater uma chapa do corpo da pessoa, ver o que a pessoa tem.

- **Possibilidades**

- **Continuidade do Programa**

A incerteza sobre o futuro do PSF, sobre a continuidade das ações, é associada às questões políticas do País.

*...quando passa para a realidade é até difícil de prever por causa da situação que se vive no país. A política de saúde do país está muito vinculada à situação do Brasil, como um todo, e a gente não tem segurança em nada, previsão de nada...*

A vontade política dos governantes foi apontada como um dos determinantes fundamentais para continuidade e futuro promissor do Programa.

Na visão dos agentes de saúde, a fragilidade dos conselhos municipais de saúde tem sua parcela de contribuição, na permanência ou não do Programa. Antes disso é fundamental a participação efetiva da comunidade, no que diz respeito à vigilância das políticas definidas pelo Plano Municipal de Saúde para garantia do cumprimento de diretrizes e metas das ações de saúde.

*...O Conselho Municipal de Saúde é quem resolve tudo. Se ele for forte e eficiente, é claro que o PSF vai permanecer...*

A incerteza do futuro do PSF relaciona-se ao empenho dos gestores municipais, quanto ao desejo de melhorar a saúde, sem interesse político-partidário, mas com investimentos financeiros suficientes para equipamentos, infra-estrutura e recursos humanos.

*... se não tiver o empenho dos gestores, profissionais, e aquele desejo de melhorar a saúde, sem ter um interesse a mais por trás disso, pode ser que tenha alguma perspectiva ...*

Além da esfera municipal, indicam a dimensão política na esfera federal - Ministério da Saúde (MS), atribuindo responsabilidade pelas diretrizes das políticas de saúde, que interferem na dinâmica do PSF, caso não sejam repassados os recursos financeiros para o funcionamento das equipes. Os compromissos dos gestores significam um determinante contundente para que as ações do PSF se concretizem.

*... o PSF tem tudo para dar certo, se tiver mais incentivo, mais recurso financeiro. Se continuar do jeito que está, o Ministério da Saúde repassando recurso financeiro cada vez menos em tudo, não tem perspectiva (...); tem que ter o compromisso dos gestores, não só a nível municipal, mas também a nível nacional (...); Se houvesse mais recursos financeiros, poderia ter mais equipes...*

Os agentes de saúde compartilham opiniões quanto à continuidade do Programa, convergentes com o modo de pensar das enfermeiras, em relação ao compromisso dos gestores. De acordo com os documentos técnico-normativos analisados, há uma confirmação de que o Governo Federal deve repassar, para o Estado e/ou Município, recursos financeiros para manutenção das equipes, além de suporte para equipamentos, insumos e pessoal. No entanto, na prática, os agentes de saúde retratam a necessidade de mais recursos para ampliação de postos, aumento das equipes e alargamento das ações.

*....Poderia ser feito mais coisas, se tivesse mais recursos, se pudesse espalhar mais micropostos, ampliar as equipes, botar uma auxiliar de enfermagem ajudando a enfermeira para que pudesse ter um atendimento melhor (...); aumentar os dias de atendimento... que tivesse um carro para qualquer emergência(...); .eu penso aqui ter um micro-hospital, porque à noite acontece muita coisa, é quando começa a dor de ouvido, a febre mais alta, o hipertensão passa mal. A doença parece que só quer vir quando o corpo relaxa (...); que venha aparelho de ultra-sonografia, porque tem uma certa dificuldade para a gestante (...); que melhorasse o hospital com cardiologista, oftalmologista, aparelho de ultra-som, transporte, diminuiriam as dificuldades...*

Fiz a devida apreensão, das falas aqui apresentadas do fato de que os agentes de saúde visualizam a melhoria da infra-estrutura, a partir da ampliação das equipes e da viabilização de transportes para o Programa da Saúde da Família, com garantia de acompanhamento sistemático às famílias.

*...Eu vejo o PSF, no futuro, com 4 médicos, mais três enfermeiras, ambulâncias, bem ampliado, porque só com uma enfermeira e um médico o Programa deu certo(...); no final de semana, se acontecer alguma coisa, a gente fica em uma correria para levar o paciente para o hospital, porque não tem carro, a gente pede uma ambulância no dia e, às vezes, chega no outro, ou nem vem(...); melhorar cada vez mais, o médico e a enfermeira visitando e consultando casa a casa, acompanhando mais de perto as famílias, abrangendo todas as famílias...*

#### **- Continuidade do Programa**

Na realidade, a continuidade do Programa, para as famílias, é pensada como uma forma de prestar assistência à população, diminuindo suas dificuldades, reduzindo o seu sofrimento, promovendo uma aproximação maior com a equipe, para estabelecer vínculos afetivos e esclarecer suas dúvidas. Além dessas questões, alertam para o fato de que a continuidade do programa depende dos governantes, nas três esferas do poder, sendo importante priorizar as necessidades da população, a partir da disponibilidade de recursos para ações básicas de saúde, instalações físicas dos serviços de saúde, aumento dos recursos humanos, com vistas a assegurar melhor assistência à comunidade.

*...a nossa saúde é uma saúde devagar, porque ela vive na UTI direto... vindo a hora pifar, a gente morrer e não ter mais recursos... a nossa saúde é assim, o governo não dá prioridade aos médicos, não dá prioridade aos hospitais, não dá prioridade aos postos... falta remédios... Eu falo que a saúde está na UTI porque quando uma pessoa tá doente que vai para UTI ou fica bom ou morre e a saúde nem fica boa, nem morre e nem melhora, é daqui pra pior mesmo, porque nossos governantes não tão ligando pra nada (...); dona, eu não espero nada, porque até*

*agora a senhora me acredita como eu estou com todos esses anos que eu voto e nós aqui não temos melhora de nada.*

- **Expectativas**

- **Promoção e Qualidade de Vida**

As enfermeiras revelam que é importante, como base de qualidade de vida, a melhoria das condições socioeconômicas das famílias para que estas possam dispor de oportunidades de lazer, habitação, escola, emprego e saneamento básico. Para tanto, é necessário o compromisso dos gestores, viabilizando as ações intersetoriais.

*...Aqui está difícil fazer um PSF de verdade, porque as condições socioeconômicas das famílias estão muito precárias e para ter um PSF de verdade a pessoa tem que ter, pelo menos, um emprego, um salário digno para manter a saúde com alimentação, lazer e escola. Os salários das famílias são muito baixos, não existe saneamento, não existe água, e quando tem, não é tratada, não tem onde jogar lixo, e o esgoto é correndo em frente a casa(...); melhorar as condições de vida das famílias, em seus aspectos sociais, econômicos, quanto à educação, escolas e professores qualificados, acesso ao telefone, a água potável, trabalho, saneamento básico(...); quando se fala muito em qualidade de saúde para mim passa por mudanças de vários aspectos de cada família, de cada cidadão para melhorar todos os determinantes que envolvem a saúde, como: ter o que comer, ter onde colocar os filhos na escola, ter onde morar razoavelmente bem, ter todos aqueles requisitos para você pensar em qualidade de vida e todos eles estão dentro das questões se trabalhadas no PS...*

O modelo de atenção à saúde da família, atribuído pelas enfermeiras, considera a intersetorialidade uma estratégia fundamental para operacionalização do PSF, embora se encontre adormecida, silenciada. Por sua vez, compreendem e apontam a necessidade de

concretizar estratégias, enfatizando que esta ação deve ficar sob a responsabilidade do poder municipal.

### **- Mudança da Prática**

A categoria mudança da prática é apontada como a necessidade de uma atenção epidemiológica-sanitária. Diz respeito, também, à intersetorialidade. Esta forma de pensar a prática leva a enfermeira a conferir uma participação efetiva, como condição peculiar de existência; ao mesmo tempo, encerra a possibilidade de ampliação da consciência do profissional que desenvolve a totalidade do processo de trabalho, desde a sua concepção até a transformação do real. A prática médica não é hegemônica, da mesma forma que as demais práticas profissionais, como totalidade, também não o são.

As ações coletivas do projeto terapêutico no Programa de Saúde da Família não pressupõem a perda da identidade profissional, mas a relativização da prática específica, no coletivo, donde a importância de rever e redimensionar a relação, com a própria clientela. Por ser uma prática em construção, o percurso da enfermeira não segue um caminho prévio, sendo feito ao caminhar, e se inscreve no campo do conhecimento, no circuito das ações epidemiológico-sanitárias, de ações centradas na saúde da família e, também, de ações interdisciplinares e intersetoriais. Não deve existir um modelo a seguir; o que existe é a necessidade da construção de ações voltadas para as necessidades da clientela, nas quais podem emergir diálogos, conflitos e significados.

*...O que a gente tem que fazer é conscientizar as pessoas, principalmente trabalhar a prevenção da doença, porque as pessoas têm uma visão muito hospitalocêntrica; é aquela que só vem quando tem a doença e a gente tem que fazer o possível para que elas previnam essas doenças, diminuindo o máximo possível, e é isso que o PSF faz (...); às vezes fico um pouco frustrada porque convenço as pessoas, faço o que tenho que fazer, mas quando depende de outros setores ... lá perto da unidade tem uma rampa de lixo que não consigo resolver, porque acho que isso é atribuição da Secretaria de Obras... portanto a intersectorialidade é o governo entender que saúde não é só saúde, propriamente dita, é educação, é infra-estrutura, é ação social. ...isso é muito complicado, principalmente quando está lá na ponta como eu...*

As famílias apresentam opiniões relacionadas às condições de vida, à qualidade do atendimento, associando essas à continuidade do Programa.

#### **- Melhoria das Condições de Vida**

Retira-se, das falas das famílias, que as condições de vida estão vinculadas a determinantes mais abrangentes, indo além do individual, perpassando pelo coletivo, no que diz respeito a ter estradas, escolas mais perto das casas, telefone comunitário, energia elétrica, poço comunitário, transporte escolar, banheiros nos domicílios e, finalmente, a diminuição da violência, que é atribuída por determinantes socioeconômicos e educacionais.

*...O que eu queria mais aqui era uma escola para as crianças que não têm. É muita criança sem escola, sem estudar. Era bom que fizesse um grupo pra ter mais facilidade pra criança (...); o estudo é fundamental para as crianças. Não tem condição de uma mãe de família sair daqui e deixar um monte de crianças pequenas em casa, para ir levar a criança maior que não tem condição de ir só também. Eu queria que houvesse um colégio mais próximo da gente. Porque tem um ali, mas é uma casa de família e a dona da casa não quer mais aceitar e o Prefeito não faz um colégio para as crianças. Só é dizendo que os pais se reúnam para ajudar a levantar esse colégio, mas se os pais forem deixar de trabalhar para levantar colégio, os filhos vão morrer de fome e fica uma coisa pela outra (...); o interior é muito devagar, mulher, porque o ganho é pouco, é professora, os pobres ganham pouco, tudo é salário, os trabalhadores aqui no interior, o que é*

*que a gente faz com um salário? Não é nada para cá, tudo bem que a gente não paga luz, não paga água, essas coisas. E aqui os pobres pagam água e luz (...); a água a gente vai buscar com o carro de mão, eu dou três viagens por dia. Lavo roupa num buraco que tem acolá no barreiro (...); o lixo aqui, o carro vem quando bem quer, é proibido a gente jogar lixo nesses terrenos dos proprietários, tem que guardar dentro de casa as imundices, porque não está vindo mais (...); aqui é difícil, a criança não tem espaço para brincar. A gente mora, bem dizer, na beira da estrada, que passa carro.*

Nas falas das famílias, verifiquei a relevância que atribuem ao meio ambiente, expressa através das idéias.

*...Sobre a saúde, se fosse coisa pra dar jeito, acho que todo mundo queria isso. É porque a gente tem criança pequena aqui e ali tem uma granja que prejudica muita gente, é por isso que acho que aqui tem mais moscas do que no outro canto. Pela manhã, não tem quem suporte a catinga que tem uma pocilga, que todo mundo aqui reclama, tem dia que a pessoa não consegue nem almoçar. A gente já falou com enfermeira que a doutora e até a própria agente de saúde já deixou de pesar os meninos dali, porque não agüenta. Aí, como o homem é rico, não tem quem tenha coragem de falar. O meu marido, um dia desses, queria reunir o pessoal aqui, que a maioria aqui trabalha pra ele, aí o pessoal não teve coragem de falar. Eu acho que se pudesse dar um jeito nisso...*

As famílias ressentem-se de ações intersetoriais, em relação ao meio ambiente, envolvendo água limpa, habitação, lixo, esgoto, energia, telefone público, banheiro, transporte. Todas essas necessidades estão a depender de quatro grandes eixos: saneamento básico, comunicação, meio ambiente e transporte. No entanto, diz-se é que o serviço de saúde é vulnerável, frágil nas resoluções dessas questões, freqüentemente postas no discurso das famílias: *...vamos cobrar dos políticos a melhoria do setor de saúde prometida por eles no período das campanhas...*

## 5 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NORTEANDO AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO PSF

### 5.1 Evidenciando as Articulações

O presente estudo buscou apreender os elementos sciocognitivos envolvidos na produção de conhecimento sobre o Programa Saúde da Família.

Para tanto, procurei analisar a estrutura das representações sociais, considerando suas três dimensões: a) atitude; b) informação/conhecimento; e c) campo da representação ou imagem.

#### a) Dimensão Atitude

Os aspectos positivos ressaltados pelas enfermeiras, agentes de saúde e famílias são semelhantes no que tange ao PSF, os quais propiciam, segundo os usuários, a redução do sofrimento das pessoas. Entretanto, os posicionamentos negativos – “*atendimento fraco*” (falta de remédios, falta exames) são apontados também pelas famílias, embora algumas delas indiquem posicionamentos positivos como “*...atendimento perto de casa, agora tem remédio..., ...tem consultas..., ...tem médicos... ...enfermeiras atendendo...*”.

Dito isto, posso afirmar que os sujeitos que mais conhecem o PSF são as enfermeiras, pois receberam treinamentos e são especialistas na área, adquirindo informações sistemáticas do poder municipal, estadual e federal.

Na produção de RS dos atores sociais sob diversas facetas conceituais, é possível observar quanto à dimensão atitude, posicionamentos favoráveis e desfavoráveis no que se refere à concretização das ações do Programa. Como a presença de atitudes favoráveis ao Programa, evidenciam-se posicionamentos semelhantes dos agentes de saúde e das enfermeiras, os quais favorecem a comunicação e o desenvolvimento de atividades em equipe. Além do posicionamento atitudinal do grupo das enfermeiras, de cunho favorável acrescenta-se a facilidade de mudanças na lógica da atenção, por meio da descentralização do atendimento, do incremento do sistema de referência e contra-referência, da promoção da saúde e no exercício da cidadania.

Ainda sendo, a forma de comunicação estabelecida no PSF, favorece a aproximação dos usuários com enfermeiras, agentes de saúde e entre famílias, na construção e compartilhamento de saberes sociais, ações, sentimentos e valores. Portanto, fica evidente que o grupo de enfermeiras é um mediador das informações qualitativas/quantitativas sobre o PSF, sugerindo, assim, medidas educacionais, preventivas e assistenciais necessárias à melhoria da qualidade de vida.

Neste sentido, para Moscovici (1978:100), é na comunicação que

*"...o objeto social é apreendido a um nível de infracomunicação. Tendo por único objetivo manter o contato por um único papel de emissor e receptor, os indivíduos integram-se a uma impregnação recíproca. Permutam-se atitudes, cacoetes, estilos de expressões, e o saber amplia-se, a princípio, por contágio..."*

Neste contexto, os aspectos educacionais vivenciados pelas enfermeiras, agentes de saúde e famílias, revelam não só as atividades desenvolvidas por eles como também as opiniões oriundas do processo comunicativo e interacional compartilhadas na comunicação sobre sua prática no Programa, possibilitando, assim, reelaborações de representações sociais que guiarão suas práticas, facilitando a interação, mais presente no grupo de enfermeiras e agentes de saúde.

A equipe de saúde do Programa, dimensionada pelos agentes de saúde e enfermeiras, procura retratar a subjetividade e a interdisciplinaridade como elementos importantes para o alcance das metas estabelecidas pelo Programa, com possibilidade de atuação efetiva, visando a um projeto comunitário, participativo, como condição peculiar de existência da equipe que desenvolve de forma abrangente o processo de trabalho, levando em conta suas concepções e possibilidade de transformação da realidade social.

No entendimento de tais aspectos, é interessante fazer referência às idéias de Japiassú (1977:34), sobre interdisciplinaridade, ao conceituá-la como

*...uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema do conhecimento, isto é, a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano pressupõe uma atitude de abertura engajada, não preconceituosa, onde todo conhecimento é igualmente importante.*

Com isto, é possível compreender o posicionamento atitudinal dos grupos de enfermeiros e de agentes ao abordarem a descentralização do atendimento e um fortalecimento do sistema de referência e contra-referência, como ações positivas à comunidade assistida. No entanto, o grupo das famílias referem opiniões negativas relacionadas ao acesso ao atendimento do Programa pela limitação do número de fichas, pela periodicidade do atendimento, irregularidade dos dias de atendimento por falta de

profissionais, número insuficiente de médicos para atender a demanda e a distância entre o local de moradia e o de atendimento. Os serviços de saúde devem ser distribuídos de forma que 80% da população residam ou morem em um raio de 10 km de uma unidade de saúde. No entanto, sabemos que há localidades que não favorecem a população, principalmente no que se refere às famílias que moram próximas à BR-040 e aquelas que, mesmo querendo utilizar caminhos de atalho, não dispõem de transportes.

No tocante ao acesso referendado pelo grupo das famílias, é interessante salientar aspectos levantados pela OPAS (1978:155-56), no que se refere à acessibilidade. É que esta

*...deve ser garantida do ponto de vista geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados para as necessidades da população.*

Ressalto que o acesso e a acessibilidade passam por questões outras como o funcionamento macro do sistema de saúde, o grau de dependência do sistema privado, o trabalho educativo desenvolvido com a população, a cultura e a prática de saúde defendida no meio em que o acesso e a acessibilidade se tornam garantias do setor saúde na investida de saúde para todos.

No aspecto referido pelo grupo das enfermeiras no tocante à promoção da saúde, verifiquei posicionamentos atitudinais que enfatizam ações vinculadas a mudanças de hábitos, pensamentos, costumes, ambiente, condições de vida e a revalorização da vida.

Detectei representações sociais semelhantes aos paradigmas da promoção da saúde como autodeterminação dos sujeitos como produtores de conhecimento, os quais são orientadores de práticas de saúde. Contudo, essas práticas requerem um planejamento de

ações voltadas à realidade, considerando o papel de ser ativo assumido, pelos sujeitos individuais e coletivos (Brasil, 1986).

Na concepção de Oliveira (2000:59)

*um aspecto paradigmático da proposta de promoção da saúde considera que um primeiro passo para a aproximação entre os interesses das instituições de saúde e das comunidades implica que essa população se constitua como sujeito, para que possa propor e gerir mudanças que considerem o contexto e as circunstâncias nas quais se pretenda a mudança.*

Apreendi da fala do grupo de enfermeiras conteúdos relacionados ao exercício da cidadania em que os sujeitos afirmam ser o PSF um espaço de exercício da cidadania. Vale lembrar que esses conteúdos contrastam com a prática no PSF, onde se verifica articulação de ações voltadas para o modelo clínico, em função de indisponibilidade de tempo dos profissionais para trabalhar essa dimensão. Desta forma, a prática profissional realizada nesse Programa configura-se na concepção do modelo teórico-clínico, biomédico e técnico-centrado (Oliveira, 2000). Esse modelo é justificado pela objetividade científica do processo saúde-doença centrado numa visão uni ou multicausalidade. Assim sendo, a existência de um exercício da cidadania possibilitado pelo Programa torna-se algo abstrato apreendido nas representações sociais pelo PSF, ao nível do imaginário.

Nesta perspectiva, o grupo das enfermeiras elabora representações sociais nas quais os discursos se articula com o movimento de promoção da saúde, voltado para a necessidade do trabalho comunitário, como forma de capacitação da comunidade.

Com relação ao grupo da família, observam-se conteúdos isolados, ações dirigidas a melhoria da qualidade de vida e saúde, sugerindo maior participação no controle do processo decisório.

Tais aspectos me conduzem ao pressuposto básico de que a negociação de saberes e prioridades constituídos a partir de universos opostos, isto é, os universos consensual e reificados, é uma explicitação que a Teoria de Representações Sociais pode privilegiar (SÁ, 1996).

Destarte, essas RS de cunho negativo produzidas pelos grupos de enfermeiras e de agentes de saúde do Programa englobam a necessidade de *atingir metas, realizarem o atendimento ambulatorial*. No que tange à dimensão atitudinal negativa sobre as metas, verifica-se o excesso de burocracia e produtividade. Com isto, observa-se uma restrição às demais práticas profissionais direcionadas às famílias. Desta forma, identifica-se o esquecimento do profissional como importante no desenvolvimento do processo. Logo, o atendimento ambulatorial é posicionado pelo sujeito de forma negativa, ao relacionarem ações centradas em consultas médicas e de enfermagem atreladas à produtividade.

Neste sentido, o Brasil (1986) exige dos profissionais do Programa 528 atendimentos mensais para enfermeiras e 700 para os médicos, o que vem corroborar as idéias das enfermeiras que atribuem um atendimento pautado na massificação, e não levando em conta a subjetividade dos sujeitos atendidos por eles, pela indisponibilidade de tempo e o quantitativo exigido.

As representações sociais dimensionam as práticas de saúde distribuídas nos quadros a seguir referentes ao grupo I (enfermeiras) e grupo II (agentes de saúde).

**QUADRO 1:** Práticas de Saúde das enfermeiras apreendida nas entrevistas\*.

SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
Assistenciais	<p>“...visita domiciliar aos idosos carentes, puérperas, crianças(...); consulta de enfermagem à mulher, à criança(...); aplicação de vacinas(...); encaminhamento do paciente para o nível secundário e terciário(...); consulta de enfermagem a hipertensos, diabéticos, hansenianos(...); controle das diarreias(...); realização de curativo(...); prevenção do câncer colo do útero e mama(..); verificação de sinais vitais(...)</p>
Educativas	<p>“...informações sobre a importância do pré natal (...); realização de palestras sobre planejamento familiar (...); orientação sobre T.R.O e I.R.A(...); DST e AIDS (...); palestras em escola (...); orientação sobre crescimento e desenvolvimento da criança(...); orientação sobre aleitamento materno(...); participação de manifestações sociais(...); conversas informais...”</p>
Gerenciais/administrativas	<p>“...reunião com agentes de saúde(...); avaliação da produção mensal (...); supervisão e controle do posto de saúde(...); gestão de pessoal (...); supervisão do agente de saúde(...); treinamento dos agentes de saúde (...); elaboração de relatório(...); diagnóstico da situação , aplicação de formulário junto à comunidade(...); burocracia( ..); reunião com as instâncias gestoras (Secretário de Saúde e Coordenação do PSF); participação no diagnóstico das micro áreas...”</p>

**a) As atividades assistenciais das enfermeiras**

Nas atividades assistenciais das enfermeiras, predominam as ações de consulta de enfermagem à mulher, com quase exclusão total do homem, em especial do adulto jovem. De

\* Estas atividades descritas foram observadas durante todo o trabalho de campo. Foi consultado o documento sobre a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. Estas estão respaldadas nos documentos técnicos do ministério da saúde e da Secretaria de Saúde do Estado e na Lei do exercício profissional.

uma forma mais abrangente, tais ações contemplam: planejamento familiar (predominando a entrega de anticoncepcionais); exame ginecológico; prevenção do câncer de colo uterino e mama, pré-natal; avaliação do estado nutricional, assistência à puérpera, imunização contra o tétano; incentivo ao aleitamento materno (com o incremento da suplementação alimentar).

No planejamento familiar, o comparecimento da mulher ao serviço é predominante; a orientação para o uso de anticoncepcional oral e/ou de camisinha não inclui sua distribuição, com regularidade; quando o produto não é fornecido, cada mulher atendida, ou convencida a usá-lo, adquire-o com seu dinheiro.

As mulheres que freqüentam o planejamento familiar estão acostumadas ao uso da pílula anticoncepcional, rejeitando o emprego de camisinhas e/ou outros métodos anticoncepcionais destacados nos meios de comunicação de massa. Há controvérsias entre a clientela e a equipe quanto à escolha do método; aquelas que escolhem seu método e que são aconselhadas a trocá-lo, em virtude da idade, mostram-se insatisfeitas e resistentes à aceitação de produto novo, para principalmente, o de uso oral. No caso de o casal não querer uma outra gravidez, a equipe, não raro, só conta com a camisinha e a pílula anticoncepcional para mulheres jovens. É quando a clientela e a equipe do PSF não se entendem e ambas saem insatisfeitas. Surge, então, a acusação de que o serviço é de controle de natalidade, e, mesmo assim, foi responsável pelas duas últimas vezes em que ocorreu gravidez. A distribuição do anticoncepcional, por ser indiscriminada e descontínua, criou a possibilidade de engravidar, durante os períodos de mudança e nos intervalos, quando não oferecida a pílula.

A prevenção do Ca., como serviço ofertado às mulheres, é rejeitada, atribuindo-se a isso significados de desconforto, vergonha, medo, descrédito, além da necessidade de deslocamento para outros lugares; a par disso, ao fato de, em referência ao exame do colo

uterino, mesmo quando buscam esse serviço, deixam as mulheres de valorizá-lo, inclusive não procurando receber os seus resultados.

*...Prefiro morrer, do que realizar tal exame(...); Valorizo a saúde, mas, por vergonha, não realizo a prevenção contra o câncer de mama e do colo do útero(...); Ocorre a prevenção contra o Ca. de colo de útero, na comunidade, acho importante, mas não o faço por não conseguir vencer o medo...*

Em referência à atenção ao adulto, a consulta atende aos programas específicos de tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, DST's. Realiza-se também a imunização contra o tétano dos trabalhadores das indústrias e, para os idosos, são aplicadas vacinas contra gripe.

No que diz respeito às crianças, são destacadas cinco ações básicas determinadas pelo Ministério da Saúde: crescimento e desenvolvimento da criança; imunização (administração e avaliação da situação das vacinas); aleitamento materno; terapia de reidratação oral e infecção respiratória aguda.

Muitas famílias têm envolvimento com as ações do PSF, a partir de interesses voltados para os benefícios materiais que oferecem para a criança, sendo maior o do recebimento do leite e de suplemento alimentar.

Em se tratando da amamentação, esta constitui um esforço sobrenatural da enfermeira, que a incentiva, através do pré-natal, e durante o acompanhamento às mães, no puerpério, chegando a emitir certificados àquelas que atingem seis meses de aleitamento materno. Mesmo assim, as mães referem compreender a importância da amamentação, dispensam-lhe elogios, mas só amamentam dois ou três meses.

A lógica da atenção, por programas, favorece a fragmentação das ações e permite a descontextualização da atenção integral, preconizada por um dos princípios do SUS, podendo se tornar um fator de elevação crescente dos custos médicos assistenciais.

Esta prática, pautada em ações verticais, é reflexo da política desenhada pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Saúde, que estabeleceram, ao longo dos anos, a organização dos serviços de saúde, através de programas verticais de saúde

Por ocasião da consulta, algumas enfermeiras incrementam o uso da fitoterapia, como recurso ao tratamento de processos inflamatórios, de assepsia e de cicatrização.

A visita domiciliar ocorre, tanto em relação ao binômio mãe-filho, quanto em relação à saúde da mulher no puerpério e à saúde da criança; envolvendo incentivo ao aleitamento materno; famílias com crianças desnutridas; aplicação de vacina; casos de tratamento de verminoses, sem resultados; gestantes que se recusam a realizar pré-natal; mães que recusam a hospitalização e a medicação; controle de faltosos; acompanhamento de tratamento de cirurgias; de casos clínicos e em situações de urgência; realização de ações curativas; tratamento de tuberculose; idosos carentes que, às vezes, precisam mais de uma conversa do que mesmo de um atendimento.

Estas ações são realizadas esporadicamente; quando solicitadas ou comunicadas pelo agente de saúde, segundo as entrevistadas, não realizam as visitas domiciliares, sistematicamente, por vários fatores.

*... Não há tempo, tem muita gente para consultar, já tive de marcar um dia para visita, mas não deu certo. Quando eles solicitam, a gente vai lá (...); tenho 10 microáreas que devo visitar pelo menos 2 vezes por mês cada microáreas e o mês só tem 22 dias (...); você é muito procurada por outros problemas, são muitas tarefas e fica com pouco tempo para dar assistência; realmente, não funciona a*

*filosofia de visitar cada família, de chegar, sentar e descobrir, com os familiares o problema que está ocorrendo passando no geral ...*

A inviabilidade apontada pela enfermeira reafirma que há necessidade da visita domiciliar, sendo incontestável a sua importância. A exigência da produtividade, por consulta, além de outras atividades burocráticas e administrativas assumidas pela enfermeira, impossibilitam uma programação efetiva de visitação domiciliar.

A ausência da enfermeira, nos domicílios, distancia a compreensão da realidade das famílias, afasta a possibilidade de intervenções focalizadas e também reforça o atendimento individualizado. Considero, assim, que a visita domiciliar, casa a casa, seria inviável, quando comparada com a cronologia, área geográfica e número de famílias. Visualizo dessa forma, uma probabilidade de agrupamentos familiares, de acordo com as demandas e intervenções necessárias.

Constituem-se realizações, por conta desse trabalho, também campanha de vacinação para crianças de 0 – 5 anos; “dia da mancha” e prevenção do colo uterino e de mama. Muitas dessas atividades das equipes são itinerantes, donde alguns procedimentos exigirem a concentração de equipamentos nos postos de saúde de referência, limitando o número de atendimentos.

#### **b) As atividades educativas das enfermeiras**

As atividades educativas estão consubstanciadas no seguinte: orientação às gestantes sobre o puerpério, envolvendo a saúde da criança; realização de palestras de promoção à saúde, em associações, escolas, centro de convivência, do tipo Shalom, com

abordagem dos temas DST/AIDS, dengue, tabagismo, prevenção de doenças, em atendimento às solicitações. Palestras são também realizadas para os usuários, antes das consultas, e, especificamente, para os idosos, no dia estabelecido para consultas. São ainda incentivadas as conversas informais com as mulheres, acerca do seu cotidiano (conflitos marido/mulher, mãe/adolescentes, dentre outros), a participação nos eventos sociais da comunidade, quando são convidadas. Raramente, participam das reuniões do Conselho Municipal da Saúde, ao contrário do que acontece, quando se trata de atividades de capacitação para o desenvolvimento do trabalho, incluindo treinamento dos agentes de saúde e do pessoal de enfermagem.

As atividades educativas são de cunho predominantemente informativo, associadas à assistência individual, dadas as inúmeras atividades assistenciais que sobrecarregam e preenchem todo o horário de trabalho. O acúmulo de funções, a falta de suporte de material educativo e a ausência de um planejamento eficaz, comprometem a qualidade das atividades educativas. Convém salientar que o grupo familiar, isto é, a família como grupo, é pouco trabalhado do ponto de vista educativo, e, quando isso ocorre, é dirigido à mulher, como promotora e multiplicadora de ações, no seio da sua família.

As enfermeiras reconhecem que a orientação individual e/ou grupal sobre as formas de prevenção de doença, muitas vezes, não são incorporadas, assimiladas e praticadas, pela ausência de um suporte das políticas sociais, interessadas em reverter essas condições desfavoráveis à população.

### c) As atividades gerenciais/administrativas das enfermeiras

As atividades gerenciais/administrativas compreendem a realização de reuniões mensais com os agentes de saúde, para controle da produção mensal; orientações gerais sobre problemas da comunidade; avaliação dos dados de morbi-mortalidade, visando à identificação de atendimentos específicos à clientela das localidades; estabelecimento de um cronograma/mensal por ações/localidades; previsão, requisição e provisão de material permanente de consumo e incluindo medicamentos e imunobiológicos; elaboração de relatórios e boletins; planejamento, coordenação e supervisão dos serviços; elaboração e implantação de normas e rotinas administrativas e técnicas; supervisão e controle de pessoal de enfermagem e agentes de saúde, além da análise de produtividade e de frequência.

São também de sua responsabilidade os encaminhamentos para a atenção secundária e terciária, nos casos de urgência, cirurgia, exames e consultas específicas, participação no diagnóstico da situação da micro-áreas (territorialização), para subsidiar o planejamento e programação das ações de saúde do Plano Municipal de Saúde; participação em reuniões da coordenação do Programa Saúde da Família, participação de reuniões sistemáticas com a coordenação do PSF, para avaliação das atividades.

No sistema de informação do Programa Agentes de Saúde, os dados são atualizados constantemente e utilizados para o acompanhamento de indicadores de saúde da mulher e da criança, tendo como destaque o controle da mortalidade infantil e mortalidade materna.

**QUADRO 02:** Práticas de Saúde atividades dos agentes de saúde apreendidas através da entrevista

SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
<p><b>Orientação e encaminhamento</b></p>	<p>... tem contato com as famílias, vê as dificuldades conjuntamente e busca soluções (...); orienta sobre a importância da prevenção do Ca (...); leva informações sobre desenvolvimento da criança(...); conversa com médico, enfermeira para tirar dúvidas (...); ouve desabaços dos problemas das famílias e fornece orientação (...); traz as pessoas mais para perto (...); leva e transmite informações (...); orienta a comunidade para a utilização dos serviços de saúde (...); realiza reuniões com as mães (...); repassa as informações recebidas nos treinamentos (...) ; identifica os problemas com o meio ambiente; interage com as famílias, lendo cartas, ensinando deveres escolares; realiza coleta de dados para projetos de pesquisa (...); encaminha ao pré-natal (...); troca conhecimentos sobre fitoterapia e maneiras de cuidar das crianças (...); mantém diálogos sobre educação, moradia, saúde (...);informa sobre a epidemia de dengue; incentiva a vacinação...” “...colabora no encaminhamento para o médico, hospital, pré-natal (...); distribui e orienta o preparo e uso do soro caseiro ...</p>
<p><b>Notificação e registro</b></p>	<p>...visita domicílios (...); orienta as pessoas como se prevenir de doenças empreende busca ativa de crianças desnutridas, hipertensos e diabéticos (...); realiza notificação de doenças compulsórias, registra nascimentos, óbitos; (...); cadastra as crianças, confirma vacinação ...</p>
<p><b>Apoio técnico</b></p>	<p>... acompanhamento das crianças em urgências (...); consegue cestas básicas e donativos para famílias carentes (...); marca exames (...); participa de campanhas (...); intermedia o recebimento do medicamento prescrito (...) acompanhamento das gestantes em situações de risco acompanhando-as ao hospital (...); realiza o controle de peso das crianças (...); realiza triagem em domicílios e procede encaminhamentos...</p>

**a) As atividades do agente de saúde no campo de orientação e encaminhamentos**

Os agentes comunitários concentram suas atividades no campo através da orientação às mulheres no pré-natal, conforme procedimento orientado em treinamento sobre prevenção do Câncer do colo do útero e de mama, pós-parto e com relação à saúde da criança no que se refere a vacinação. Prestam orientações básicas a adultos e idosos sobre hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose e quanto às medidas preventivas. Estabelecem reuniões com as mães, para transmissão de informações sobre as ações básicas de saúde; participam de treinamentos, ofertados pelo Secretaria Municipal de Saúde, fazendo-se presentes às palestras em que temas do seu interesse são abordados.

Estas orientações desenvolvidas pelos agentes de saúde, configuram-se como ações voltadas para as famílias visitadas e contribuem para que as mesmas procurem mais assiduamente a unidade de saúde.

**b) As atividades de notificação e registro de casos**

A visita domiciliar tem um papel preponderante para a realização dessas ações, sendo nessa ocasião que o agente de saúde realiza ações básicas no controle de agravos. Sob sua responsabilidade, fica o cadastro de todas as gestantes e crianças de 0 – 5 anos, em sua área de abrangência, e de todos os registros necessários aos serviços de saúde. Nesta ocasião, desempenha, independentemente do gênero, função de “professora”, “pai”, “ouvidora”, conforme o caso, mediando problemas de ordem social e econômica, como alcoolismo, falta

de escola e evasão escolar, conflitos familiares (violência doméstica, gravidez na adolescência, recusa de vacina, questões religiosas, ausência de emprego). A par disso, são requisitados os seus serviços para ensinar deveres escolares, ler cartas etc.

### **c) As atividades de apoio técnico- administrativo**

As atividades de notificação e registro de casos dos agentes compreendem as medidas primárias como: cadastrar, pesar, registrar o peso das crianças, confirmar vacinação e viabilizar o soro para as crianças, com episódios diarréicos; providenciam encaminhamentos, realizar a triagem do paciente em domicílio e procedem ao encaminhamento, para o serviço de saúde; em situações de urgência (apressa a equipe para prover transporte e atendimento e, às vezes, prestar primeiros socorros), exames, cirurgias, vacinas; divulga as campanhas; acompanham os encaminhamentos de risco (hipertensos, diabéticos, crianças com infecção respiratória aguda e diarreia). Ressalte-se que é também de sua responsabilidade registrar nascimentos, doenças de notificação compulsória e de vigilância epidemiológica, além de óbitos.

### **b) Dimensão Informação/Conhecimento**

A dimensão informação relaciona-se, neste estudo, aos conhecimentos que existem acerca do PSF, apreendida segundo enfermeiras, agentes de saúde e famílias, no que verifiquei uma pluralidade de informações e divergências em relação a este. Dessa pluralidade, observou-se entre as enfermeiras e os agentes de saúde um saber mais consistente

sobre o PSF, cuja representação permite realizar uma discriminação precisa. Cada grupo estudado expressou o conteúdo sobre o PSF a partir de uma visão positiva centrada em questões específicas, no tocante às suas experiências e práticas, por perceber que o PSF pode influenciar as condições de vida da população.

O grupo de enfermeiras diferencia-se do grupo de agentes no que se refere aos aspectos técnicos, ao atribuir os princípios do SUS de integralidade, universalidade e equidade, como facilitador de mudanças, caracterizadas pela mudança de lógica.

Observa-se que, nesse procedimento de apropriação do saber científico, sujeitos sociais criam a própria forma de comunicação com o objeto, PSF, dando-lhe significado e integrando-o no seu cotidiano. Dessa forma, a representação do PSF passou pela seleção e descontextualização, segundo aspectos socioculturais e socionormativos, que variaram de acordo com as informações armazenadas nos grupos segundo valores apreendidos culturalmente. Isto prevalece no momento em que os agentes retratam o significado do PSF.

Essas significações da mudança de lógica, vinculadas aos princípios doutrinários do SUS, foram discutidas por autores como Mendes (1996), Brasil (1986) e Teixeira (1986) com ênfase nas ações coletivas como: ação universal do atendimento e integralização da atenção sob o paradigma da vigilância à saúde da família.

No grupo das famílias, observei um distanciamento da compreensão sobre a expressão PSF em que os sujeitos fazem associações como: “*Campo de prática do Agente de Saúde*”, “*Cuidar das famílias*” e “*atender à comunidade*”, permitindo, assim, inferir o pouco conhecimento sobre o Programa. Esse pouco conhecimento parece estar atrelado à pouca divulgação do Programa nos meios de comunicação de massa, expressa pela falta de respostas às necessidades da população, ou e à própria prática do PSF, que tem como foco o atendimento individual, no qual exclui em parte a família como elo do processo de vida

cotidiano, considerando a situação socioeconômica e o grau de instrução das famílias estudadas.

Diante do exposto, percebe-se que não há uma socialização das informações nos diferentes segmentos da sociedade, como preconizam Leucovitz, Garrido (1996) ao definirem o PSF como:

*Modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida, no que toca à área da saúde e essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e, principalmente, humanizados.*

#### **c) Dimensão Imagens ou Campo de Representação Social**

Verificaram-se no grupo de enfermeiras, imagens atribuídas ao PSF, com conteúdos relacionados as "...expectativas...", às possibilidades do PSF e suas reivindicações, com o objetivo de melhoria das condições de vida e da qualidade do atendimento aos usuários. Essas imagens apontam para uma representação social do Programa de Saúde da Família centrada na promessa de qualidade de vida da comunidade que o assiste, como um aspecto relevante da continuidade do Programa.

No tocante às possibilidades, identificam-se imagens atribuídas ao PSF pelas enfermeiras e pelos agentes de saúde. Elas são constituídas por elementos que o articulam aos compromissos dos gestores municipal, estadual e federal, como possibilidades de continuidade do Programa. Tal fato decorre da não-regulamentação trabalhista dos profissionais envolvidos no Programa, denunciados por conteúdos reivindicatórios sobre

condições de trabalho, nível de insatisfação, insegurança em relação ao vínculo e à instabilidade no emprego.

Estas preocupações presentes nos dois grupos (enfermeiras e agentes) podem ser visualizadas nos diagramas anteriormente apresentadas (3 e 4).

É possível apreender representações sociais em que os sujeitos abordam estratégias e avaliações, como indicadores para uma nova política de saúde, já que expressam os anseios, as práticas e as necessidades desse segmento da população estudada.

Referente às imagens sobre o PSF produzidas pelo grupo de familiares, visualizam-se conteúdos reivindicatórios, associados à melhora das condições de funcionamento do PSF, que interferem na qualidade do atendimento ao usuário, como: "*...a diminuição da violência; suporte ao saneamento básico; educação e comunicação...*". A partir dessas informações, pode-se perceber que as famílias concebem a saúde de uma forma ampliada, que contempla preocupações que se enquadram nos setores social, político, econômico e cultural da população estudada.

Essas representações de cunho reivindicatório vão ao encontro ao pensamento de Costa (1987), no que se refere à saúde na concepção de estado dinâmico, cuja característica configura-se nas condições que permitem o indivíduo realizar projetos de vida, interagir com os outros, ter bens culturais, ser respeitado em sua singularidade, progredir nos estudos e no trabalho, alimentar-se adequadamente e usufruir momentos de lazer.

Verificam-se, ainda, imagens em que os elementos mais salientes são indicativos de expectativas dos sujeitos com relação ao pleno desenvolvimento do Programa, denotados pela melhoria nas condições de vida da população estudada, ampliando os serviços de saúde, capaz de proporcionar o aumento de exames, remédios, recursos humanos, e o número de

atendimentos necessário. Daí pode se inferir, a partir das concepções de sujeitos (grupos estudados), o nível de insatisfação sobre o PSF, quanto ao não-atendimento das necessidades da população com relação à saúde e às questões sociais que devem ser articuladas para melhoria da qualidade de vida da população.

Verifiquei, na prática, que as ações do PSF são desenvolvidas no isolamento do setor em relação aos demais setores, como educação, infra-estrutura, social, indicando que a intersetorialidade ainda não se efetivou nesse campo da Saúde da Família. Isso remete também à idéia de que as ações de promoção de saúde não poderão ser efetivadas a partir do setor saúde.

## **5.2 Considerações Finais e Proposições**

O estudo buscou apreender as representações sociais elaboradas por enfermeiras, agentes de saúde e famílias sobre o PSF; contribuir para o redimensionamento das práticas de saúde no âmbito do PSF a partir das representações sociais. O interesse pelo tema deve-se à minha experiência na implantação e implementação dos serviços básicos de saúde, na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, nas décadas de 1980 e 1990. O estudo teve como marco teórico a Teoria de Representações Sociais, que se revelou adequada às propostas desse estudo por lidar com os aspectos psicossociais do cotidiano, sendo um campo fértil para estudos relacionados com o processo saúde-doença. Além de evidenciar as complexas relações entre o biológico e o social, permite explorar as relações entre o senso comum e o saber oficial.

A pesquisa foi embasada nos conceitos da teoria das representações sociais, segundo Moscovici nos modelos de atenção à saúde e saúde da família, considerando o momento histórico do estudo, as políticas de saúde vigentes, as práticas dos profissionais de saúde - enfermeiras e agentes de saúde - no cotidiano do PSF e a conduta das famílias frente aos serviços de saúde. Recolhi os resultados expressos no primeiro objetivo a partir dos discursos das enfermeiras, agentes de saúde e famílias. A amplitude e a diversidade das imagens construídas acerca do PSF apresentam representações sociais positivas e negativas.

As enfermeiras e agentes de saúde elaboraram representações sociais positivas sobre o PSF, quando o apontam como uma estratégia que favorece a descentralização do atendimento, a redução do sofrimento das famílias e a comunicação intergrupala.

As enfermeiras também atribuem significados ao PSF, denominando-o como mudança na lógica da atenção em que as ações são direcionadas para a atenção primária, promoção da saúde, exercício da cidadania e para aplicação dos princípios do SUS. Nessas falas, constatei a reprodução do discurso governamental que idealizou a operacionalização do PSF. No entanto, o cotidiano revela que há ainda um distanciamento entre o discurso e a prática em razão de inúmeros pontos de estrangulamento relacionados ao acesso aos serviços de saúde, com destaque para a não-implantação do sistema de referência e contra-referência, recursos humanos reduzidos, limitações em número de consultas, horários irregulares de atendimentos, falta de exames especializados, dentre outros.

Notei, a partir das falas dos sujeitos sociais do grupo de familiares, ênfase naquilo que é visível, como por exemplo a presença do agente de saúde em suas casas e dos demais membros da equipe na UBASF. Eles atribuem prática do agente de saúde no PSF, espaço de atenção de saúde as 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. Como diz Moscovici (1978), uma representação faz circular e reúne experiências que provêm de origens diversas. No entanto, as famílias constroem representações sociais negativas, denotando desconhecimento da expressão PSF e tomando decisões quanto à resolução de certos problemas de saúde que fogem à rotina do PSF.

Outro aspecto a ser realçado são as práticas profissionais das enfermeiras e agentes de saúde voltadas para o modelo biomédico, estratificadas em tarefas de acordo com as competências específicas de cada profissional, valorizando o grupo materno-infantil. Essas ações distanciam-se dos pressupostos do Programa, que evidenciam a centralização de suas ações na família. Como registra Oliveira (2000), nesse modelo, o homem é objeto de uma ação sanitária sem sujeitos, submetido a uma ação técnico-normativa da saúde pública, determinada por parâmetros técnicos definidos por seus profissionais.

O cuidado de enfermagem prestado ainda se pauta na dimensão técnica, embora mantenha uma visão humanística e solidária. Essas práticas são expressadas como um trabalho árduo, mal-remunerado mas também produzem satisfação pessoal.

As famílias, por sua vez, adotam práticas de atenção à saúde ao grupo familiar, valorizando o saber popular, resgatando a fitoterapia, embora também façam uso do medicamento alopático, muitas vezes como automedicação.

Na dimensão explicativa das representações sociais sobre o PSF, há uma variedade de benefícios que permitem reforçar as expectativas dos profissionais de saúde em relação ao PSF a partir dos significados atribuídos por eles a esse Programa, ao designarem, como estratégia ótima para inversão do modelo de saúde, atendimentos mais próximos da comunidade, consulta médica e de enfermagem e retenção da demanda para o nível secundário.

No entanto, reconhecem que, para o Programa ter continuidade, necessita do compromisso dos gestores municipal, estadual e federal, favorecendo a melhoria da qualidade do atendimento, a efetivação da regulamentação do trabalho dos profissionais, a implementação de ações intersetoriais nas áreas básicas de saneamento básico, comunicação emprego/renda, transporte, energia, educação e segurança.

O segundo objetivo proposto visa contribuir para o redimensionamento das práticas de saúde no âmbito do PSF a partir das representações sociais, o que relato a seguir.

O Programa Saúde da Família, embora normalizado pelo Ministério da Saúde como eixo estruturante para a organização da atenção básica à saúde, deve ser ampliado e/ou regulamentado em suas ações. Indico algumas sugestões, relacionadas ao planejamento, à acessibilidade, ao quantitativo de pessoal por equipe e sua capacitação, à organização de uma infra-estrutura para implementação do sistema de informações, comunicação, controle e avaliação, à intersectorialidade, ao controle social, às ações educativas, aos meios alternativos, à saúde do trabalhador e à pesquisa. Enfatizo a idéia de que alguns destes pontos exigem posicionamento do gestor municipal, como também a cooperação/assessoria da própria equipe do Programa e participação representativa dos usuários, consubstanciados nos seguintes aspectos:

#### **a) Planejamento**

O planejamento deve ser intersectorial, participativo, para definição de prioridades para o enfrentamento dos problemas detectados através de uma cooperação com o Governo do Estado como preconiza a Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS (Brasil, 2001).

Os resultados do diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas, adquiridos pelo Município, definindo prioridades, devem ser compartilhados com a população, buscando soluções conjuntas, delegando à população as ações que ela é capaz de realizar e capacitá-la para tal, a fim de transformar a realidade encontrada.

No orçamento municipal, é necessário criar um fundo de participação, com recursos financeiros oriundos de diversas fontes destinados a assegurar a assistência aos clientes em domicílio (portadores de doenças crônico-degenerativas, em situações de pós-cirurgias por exemplo) para garantia do princípio de integralidade nas ações de saúde.

À gestão municipal compete atender os critérios de funcionamento das equipes de saúde da família, considerando a necessidade do usuário/família, estabelecendo horários não convencionais de atendimento.

As equipes de saúde da família deverão realizar visitas domiciliares por amostra, na área da atuação dos agentes comunitários de saúde, considerando: as famílias de risco; com maior número de filhos, de idosos (que moram sozinhos), com casos de distúrbios mentais ou conflitos familiares (alcoolismo, uso de drogas).

As equipes do PSF devem identificar pessoas na comunidade solidárias com a população em momentos de dificuldade, para mantê-las como referência e atualizá-las sobre saúde visando ao desenvolvimento de lideranças comunitárias em saúde.

## **b) Acessibilidade**

No que se refere à acessibilidade aos serviços, a gestão municipal poderá incorporar novas tecnologias de trabalho e gestão, em conjunto com os profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, conseguir a adesão das entidades representativas dos gestores, dos profissionais e das instâncias colegiadas, realizando encontros sistemáticos de avaliação dos resultados, das ações programadas e o impacto gerado pelo sistema local de saúde no atendimento das necessidades do cidadão, atuando segundo o princípio da integração dos setores e segmentos da sociedade civil.

Ressalto que um reestudo da área se faz necessário, considerando que a estrutura física das unidades básicas de saúde da família ainda não apresenta o perfil arquitetônico adequado e a montagem de um sistema de avaliação e manutenção nos equipamentos dessas unidades. É necessária a ampliação e/ou reforma das estruturas, com a construção de espaços para atividades de grupo, lúdicas, de treinamentos. A criação de ambientes diversificados com áreas de lazer e convivência, favorece a integração social de clientes e profissionais, co-responsabilizando os usuários para ajudar na manutenção desse ambiente.

As equipes de saúde da família, devem ser ampliadas, considerando os parâmetros de cobertura adotados pelo Ministério da Saúde, que variam entre 2.400 a 4.500 pessoas, conforme a situação espacial do Município, apresentado pelos níveis federal, estadual e municipal. Poderá ser adotado o modelo assistencial proposto por Cecílio (1977:475), que o desenha como um círculo em que se “associa com a idéia de movimento, de múltiplas alternativas e entrada e saída do sistema de saúde, sem hierarquizar,” cabendo ao gestor municipal o mapeamento de todos os equipamentos sociais da comunidade (Gráfico 1).

Com efeito, não de ser estabelecidas parcerias para se discutirem as viabilidades de atenção à saúde, difundindo informações, definindo prioridades, redes de apoio sócio-sanitárias, treinamentos, estruturação de um sistema de referência e contra-referência nos diversos níveis do processo de territorialização, de modo a atingir uma cobertura de 100% das famílias, e, por fim, avaliação dos resultados.

Observam-se algumas ações de nível secundário. A gestão municipal, por exemplo, deveria avaliar e analisar a possibilidade de ampliação atendendo à política de assistência à saúde, conforme a Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS, que propõe tanto na assistência ambulatorial como na hospitalar a organização de municípios-sede do módulo assistencial com capacidade de ofertar serviços com suficiência correspondente ao primeiro nível de referência municipal para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

Outro ponto importante é que a NOAS pleiteia o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução dos seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores, para o atendimento de referências intermunicipais, como também apresenta características de municípios, dependendo de sua capacidade resolutiva, com suficiência apenas para sua população ou de outros municípios a ele adscritos, definidos como: a) município-sede do módulo assistencial; b) município-pólo do módulo assistencial. Nesse âmbito, a Programação Pactuada Integrada-PPI é o instrumento legal de pactuação que poderá estar contribuindo com a gestão municipal para viabilizar com qualidade o acesso e a suficiência da assistência em sua totalidade.

O gestor municipal deve incluir facilidades para quem mora nas áreas limítrofes, reorientando as políticas de transporte e das ações de saúde. Nesses casos, o orçamento e a

Programação Pactuada, instrumentos legais da organização da assistência junto à área de abrangência de cada equipe, podem ser compensados ou repassados.

Em relação ao transporte, o gestor municipal deverá abrir a possibilidade de a população se locomover, à ausência do carro público, através das diferentes opções como: mototáxi, credenciamento de carros particulares, vale-transporte, recursos ao voluntário, possuidores de transporte, vale "Topic", carro-lotação, transporte escolar e donos de sítio, contando com o apoio da equipe do PSF para realizar o cadastro de pessoas da comunidade, treinando-as, co-responsabilizando-as pelo atendimento em situações de urgências/emergências, com a contribuição da Prefeitura no pagamento das despesas de deslocamento. O Poder Municipal também deve favorecer a manutenção de ambulâncias junto às unidades de vigilância à saúde ou em pontos estratégicos.

### **c) Intersetorialidade**

Um ponto em questão no estudo é a otimização das ações aplicando o conceito intersetorial. Portanto, é necessário o fortalecimento da intersetorialidade, cabendo à gestão municipal fomentar e sensibilizar os demais gerentes das Secretarias, como OBRAS e EDUCAÇÃO, entre outras, para o incremento de ações intersetoriais de extrema relevância para a saúde e para a qualidade de vida das populações em áreas prioritárias como habitação, emprego, geração de renda, educação, água, esgoto, coleta e tratamento do lixo, cultura e lazer.

Sobre a geração de emprego/renda, o gestor municipal deve incentivar a formação de cooperativas, cadastro de pequenos produtores (agricultura), grupos de interesse (como de

bordadeiras, costureiras e rendeiras), e treinar os membros da comunidade, enquanto as equipes do Programa devem apoiar essas iniciativas, cedendo espaços para reuniões e informando a população sobre as Instituições que prestam assessoria na formação e gerencia de cooperativas. Essas iniciativas devem levar em consideração as peculiaridades de cada localidade ao definirem campo de interesse.

#### **d) Sistema de informações**

A gerência municipal deve favorecer a estruturação de um sistema informatizado em saúde (gerenciais e tecnocientíficas), transparente e fidedigno, para subsidiar a tomada de decisões e definir o papel das lideranças e instituições representações da sociedade para o exercício da cidadania, ao assumirem o papel de regulação, e controle social no Sistema Único de Saúde. O sistema de informações deve ser aprimorado, incluindo com maior precisão dados da epidemiologia social a partir de estudos etnográficos para incrementar e/ou fortalecer o processo de monitoramento e avaliação permanente dos indicadores de saúde do Município.

É necessária ainda a revisão do bloco de indicadores dos sistemas de informação implantados no Município, estabelecendo novos modos de coleta e técnicas de análise quantitativa e qualitativa, criando uma cultura do monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas, e fortalecendo a implantação de “salas de situação”.

### **e) Comunicação**

Na área de comunicação, deve-se instalar uma ouvidoria permanente para captar as necessidades da população e confrontá-las com a oferta de serviços atuais; implantar rádios comunitárias, programas de rádio, urna de sugestões, painéis contendo o resultado das ações e sua aplicação financeira, visando manter canais de comunicação permanentes com a população; implantar o Núcleo de Mobilização Social no Município, como estratégia básica para o fortalecimento das ações de promoção e educação em saúde.

### **f) Controle Social e Instâncias Gestoras**

A prática do controle social e do controle público deve ser estabelecida a partir do incremento de ações educativas, capacitação das instâncias colegiadas, ampliação da capacidade de atuação da população definindo mecanismos de participação, a definição de uma gestão e de um planejamento participativos. A articulação com as universidades, com a Secretaria Estadual de Saúde, com a Escola de Saúde Pública-Ceará são estratégias que muito irão contribuir para a efetivação do SUS.

O estabelecimento de canais de comunicação entre o Conselho Municipal de Saúde e as equipes do PSF é uma providência capaz de fortalecer a ação dos conselheiros, estimular a participação da comunidade no controle social.

### g) Educação em Saúde

É necessário que as ações educativas sejam sistematizadas a partir da metodologia da educação popular com expansão em todas as áreas. Portanto, as equipes devem incrementar a formação de grupos por adesão, pelo ramo de atividade: bordadeira, costureira, rezadeira, curandeira, rendeira; por profissão: professores, trabalhadores da indústria; por faixa etária: idosos, adolescentes, crianças e adultos, para discutir sobre o cotidiano das famílias, as questões sociais, econômicas, motivando e capacitando a clientela para agir a favor da cobertura da população e resolutividade dos problemas de saúde segundo o nível de atenção. Esses grupos devem ter um coordenador e um animador sendo subsidiado pela equipe, com informações básicas através de treinamentos, literatura, materiais instrucionais sobre saúde, sociedade, convivência social, comunicação, educação popular, política econômica, criatividade, conflitos familiares, laços fraternos e/ou temas de interesse do grupo, estratégia básica para alimentar a conservação dos grupos. São indispensáveis reuniões sistemáticas, encontros de avaliação e confraternização dos grupos.

A aproximação dos profissionais com as famílias e com os movimentos sociais (associação de moradores), lideranças comunitárias, grupos de interesse, organizações não governamentais, conselhos e igrejas, é imprescindível para o estabelecimento de um diálogo, visando manter parcerias, criar canais de negociação, desenvolver projetos sociais, culturais e de saúde, e desenvolver habilidades comunicativas, visando uma efetiva participação da população nas intervenções de saúde.

É importante desenvolver atividades de educação em saúde com o corpo de professores, alunos e pais, subsidiando a escola para a criação de bibliotecas setoriais na área de saúde, aquisição de materiais instrucionais (portfólio, jogos educativos etc), criação de

ciclos de alunos e pais para debates sobre saúde e enfoque de ações que representem a imagem do aluno saudável, interagente na comunidade no exercício da cidadania.

As famílias consideradas saudáveis devem organizar reuniões em uma das residências da comunidade e estabelecer acordos para manutenção do que já vem sendo praticado e formas de ajudar as demais famílias; estudar com elas tudo aquilo de que se dispõe para manter níveis de saúde adequados. Quanto às famílias de risco, deve-se apoiá-las em todas as situações de dificuldades financeira, moradia, saúde, educação e lazer.

#### **h) Meios alternativos no cuidado de saúde**

Referente aos meios alternativos, as equipes do PSF precisam habilitar-se e desenvolver projetos sobre práticas em saúde com as famílias, professores, voluntários, relacionados à fitoterapia, hidroterapia, geoterapia, criando ambientes que mantenham amostras utilizadas pela cultura local com possibilidade de troca de informações, aconselhamento e distribuição.

#### **i) Saúde do trabalhador**

Em relação à saúde do trabalhador, a gestão municipal deve-se articular com os empresários das indústrias de pequeno e/ou grande porte e com a vigilância sanitária para o desenvolvimento de ações conjuntas para beneficiar a saúde do trabalhador. Quanto ao meio

ambiente, devem ser levados em conta os riscos ambientais, negociando com os gerentes/empresários a execução de medidas de proteção ao meio ambiente, bem como a higiene da indústria, a sua área de abrangência, e, quanto ao trabalhador: proporcionar o fornecimento de equipamentos de proteção individual, os exames periódicos, a imunização, os horários especiais de atendimentos, apoio à formação de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes-CIPA e qualificar seus membros, contando com o apoio da equipes do PSF.

#### **j) Capacitação de Recursos Humanos**

A política municipal de desenvolvimento de recursos humanos deve ampliar os investimentos nesta área, através da dotação orçamentária, criar núcleos de formação em serviço nas áreas de saúde e administração no Município; promover a articulação com os segmentos do ensino-universidades; manter convênios com pró-reitorias de graduação, pós-graduação, de pesquisa e de extensão, Escola de Saúde Pública-ESP, Serviço Nacional do Comércio-SENAC, Serviço Nacional da Indústria-SENAI, Serviço Social da Indústria-SESI, para viabilizar projetos de educação continuada, com o uso de outras técnicas de educação à distância, utilizando os meios mais modernos como o computador, estágios, além de dar suporte a uma infra-estrutura bibliográfica e de multimeios, qualificando as equipes para habilidades em técnica gerencial, social, educação em saúde, mobilização e organização comunitária, ética, política e de pesquisa como suporte para o desenvolvimento pleno do Município.

É necessário estabelecer quadros de consultores e assessores para as áreas de organização e avaliação dos serviços, epidemiologia social, pesquisa e educação em saúde, antropologia, planejamento em parceria com as universidades e outros centros formadores.

#### **l) Controle e Avaliação**

O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos objetivos, indicadores e metas estabelecidas pelo Plano Municipal de Saúde, devem ser reavaliadas pela gestão municipal. A avaliação deve ser intersetorial e envolver a população no processo avaliativo sobre os resultados de atenção à saúde (qualidade da assistência), o impacto sobre a saúde da população e a satisfação do usuário.

#### **m) Pesquisa**

Por fim, a pesquisa deve ser desenvolvida pela equipe do PSF, com o grupo familiar (homens, mulheres, crianças); professores; formadores de opinião da localidade (madrinhas, padrinhos, líderes, catequistas, entre outros), através da utilização de variados instrumentos e opções de diagnóstico da realidade que viabilizem o conhecimento do impacto das estratégias adotadas pelo PSF, no controle dos agravos ambientais e na promoção da saúde.

Os resultados desse estudo apontam para um redimensionamento das atividades do PSF, inserindo a qualificação técnica e gerencial, a participação social e comprometimento dos gestores, profissionais e famílias.

Considero que o PSF é um novo espaço para a atuação da enfermeira e sua equipe de trabalho para exercer o seu papel com autonomia, com criatividade e numa perspectiva de transformação social.

## 6 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Maria Irismar de. *Prática social da enfermeira: saber e poder no processo educativo*. Fortaleza, 1991, 196 p. Dissertação (Mestrado em Educação/Universidade Federal do Ceará).
- ARRUDA, Angela M. S. *O Estudo das Representações Sociais: uma contribuição à Psicologia Social no Nordeste*. *Revista de Psicologia*, 1 (1): p.5-14, jan./dez. 1983. [URNe – Campina Grande, Paraíba].
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Ltda., 1997. 225 p.
- BONFIM, Z. A. C.; ALMEIDA, S. F. C. de. *Representação social: conceituação, dimensão e funções*. *Revista de Psicologia*. Fortaleza, v. 9 (1/2), v.10 (1/2), p. 51-74. Jan./ dez. 1991/92.
- BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo, CEBES / HUCITEC, 1981, 226 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Recursos Humanos. Brasília, 1986.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Saúde dentro de casa: Programa saúde da família*. Brasília, 1994. 20 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Municipalização é o caminho*. IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1992.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1998, 34p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Estabelece a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS. NOAS/SUS. 01/2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Educação. *Constituição da República do Brasil*. Brasília, 1988, p. 147-150.
- CAMPOS, G. W. de S. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1988.

- CAMPOS, G. W. de S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992.
- CEARÁ, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde – Gestão 1997-2000. Aquiraz, 1997.
- \_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão – 1997*. Aquiraz, 1997.
- \_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão – 1998*. Aquiraz, 1998.
- \_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão – 1999*. Aquiraz, 1999
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul./set., 1997.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. *Anais*, Brasília: Ministério da Saúde, 1987. 429 p.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, 1992, Brasília. Relatório final, 1992.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10, 1996, Brasília. Ministério da Saúde.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 2000, Brasília. Ministério da Saúde
- CORDEIRO, H. O PSF como mudança do modelo assistencial do SUS. *Cadernos de Saúde da Família*. Brasília, ano 1, n. 1, p. 10-15, jan/jun. 1996.
- DOISE, W. Représentations et relations entre groupes. In: Moscovici, S. (Ed.). *Introduction à la psychologie sociale*. Paris: Larousse, 1973, p. 194-213.
- FARR, Robert. Les representations sociales. In: Moscovici, S. (Dir). *Psychologie Sociale* 2 ed. Paris: PUF (1984).
- FONSECA, M. I. F. da. *Programa saúde da família de Beberibe-Ce: o processo de implantação e as mudanças obtidas – um estudo de caso*. Fortaleza, 1997. 148 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, 1997.

- IBGE. *Censo populacional – 1996*. Rio de Janeiro, 1996.
- IPLANCE. *Indicadores sociais dos municípios do Ceará*. Fortaleza, 1997.
- JAPIASSÚ, H. *Introdução à epistemologia*. Rio de Janeiro: Imago, 1977.
- JODELET, D. Réflexion 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. Representation sociales: phenomnes, concept et théore. In: Moscovici, S. (Ed.). *Physicologie sociale*. Paris: PUF, 1984.
- JODELET, D. Representations sociales: un domaine en expansion. In: Moscovici, S. (Ed.). *Les representations Sociales*. Paris, Presses Universitaires de France, 1989.
- KIRK, J., MILLER, M. L. *Reability and validity en qualitative research*. 2 ed. Califórnia, Sage, 1986.
- LANDMANN, J. *Evitando a saúde e promovendo a doença, o sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1982.
- LEMOS, D. de O. *As representações sociais do grupo familiar da gestante sobre a gravidez: uma referência para melhorar a qualidade da assistência pré-natal*. Florianópolis, 1994, 119 p. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina.
- LEVCOVITZ, E., GARRIDO, N. P. G. *Saúde da família: a procura de um modelo anunciado*. *Caderno Saúde e Família*, v. 1, n. 1, jan/jun, 1996.
- MELO, Cristina Maria Meiro de. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986.
- MENDES, E. V. (Org.). *Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário*. Brasília: OPAS, 1994. Desenvolvimento de Serviços de Saúde, (13).
- \_\_\_\_\_. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: HUCITEC, 1998, 359 p.
- \_\_\_\_\_. *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1993, p. 310.

- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996, 300p.
- \_\_\_\_\_. *Reforma sanitária: um projeto de descentralização do sistema de saúde no Brasil*. S. L.; S.n. ; 1986, 7p. Texto mimeografado.
- MENEZES, Céres Lêda Jácome. *Fixação de médicos no interior do Ceará: um problema para a municipalização*. Fortaleza, 1998, 166 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará.
- MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998. P. 328.
- MOSCOVICI, Serge. *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, 290 p.
- \_\_\_\_\_. On social representations. In: FORGAS, J. P. (Ed.). *Social cognition perspectives on everyday understanding*. Londres: Academic Press. 1981.
- NAKAMAE, Djair Daniel. *Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão*. São Paulo: Cortez, 1987.
- NIGHTINGALE, Florence, 1820-1910. *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. Tradução Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.
- NÓBREGA, Sheva Maia da. *O que é Representação Social*. Tradução parcial, revisada e ampliada do trabalho intitulado *La maladie mentale au Brésil; étude sur les représentations sociales de la folie par des sujets internés à l'hôpital psychiatrique et leur familles*. 1990, 76 p. Mimeografado.
- OLIVEIRA, D. C. de. Representações sociais de saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano em saúde. *Revista Ciências Humanas*. Florianópolis: EFUFSC: Edição Especial Temática, p. 47-65, 2000.
- OMS. *Cuidados primários de saúde*. Declaração Alma-Ata, 1978. Brasília, 1979. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, 1978.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. *Extension de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad*. Washington, D.C., 1978 (documentos oficiales, 156).

ORDOÑEZ, Cosme. Saúde em Cuba: plano médico de família. *Revista Saúde para Todos*, v. 3, n. 6, p. 34-42, out. 1995.

PAIXÃO, Waleska. *História da Enfermagem*. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis-Livraria, 1979, 138 p.

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; LEOPARDI, Maria Tereza. *O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros*. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999, 118 p.

SÁ FILHA, Zenaide de Sousa. *Programa de saúde da família: como ele é idealizado e como de fato funciona*. Fortaleza, 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará.

SÁ, C. P. *Teoria do núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1996.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury (coord.). *Antecedentes da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1988b. 70 p. (Texto de apoio).

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury; GIOVANELIA, Lígia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: ECBENSCHUTZ, Catalina (org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 362 p.

UNICEF/OPAS/OMS/CUBA. Ministerio de salud publica. *El plan del medico de la familia en Cuba*. 1991, 56 p.

VALA, Jorge. Representações sociais para uma psicologia social do pensamento social. In: VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta (orgs). *Psicologia social, serviço de educação*. Fundação Calouste Gulbenkian, 3ª ed., 1996, Lisboa.

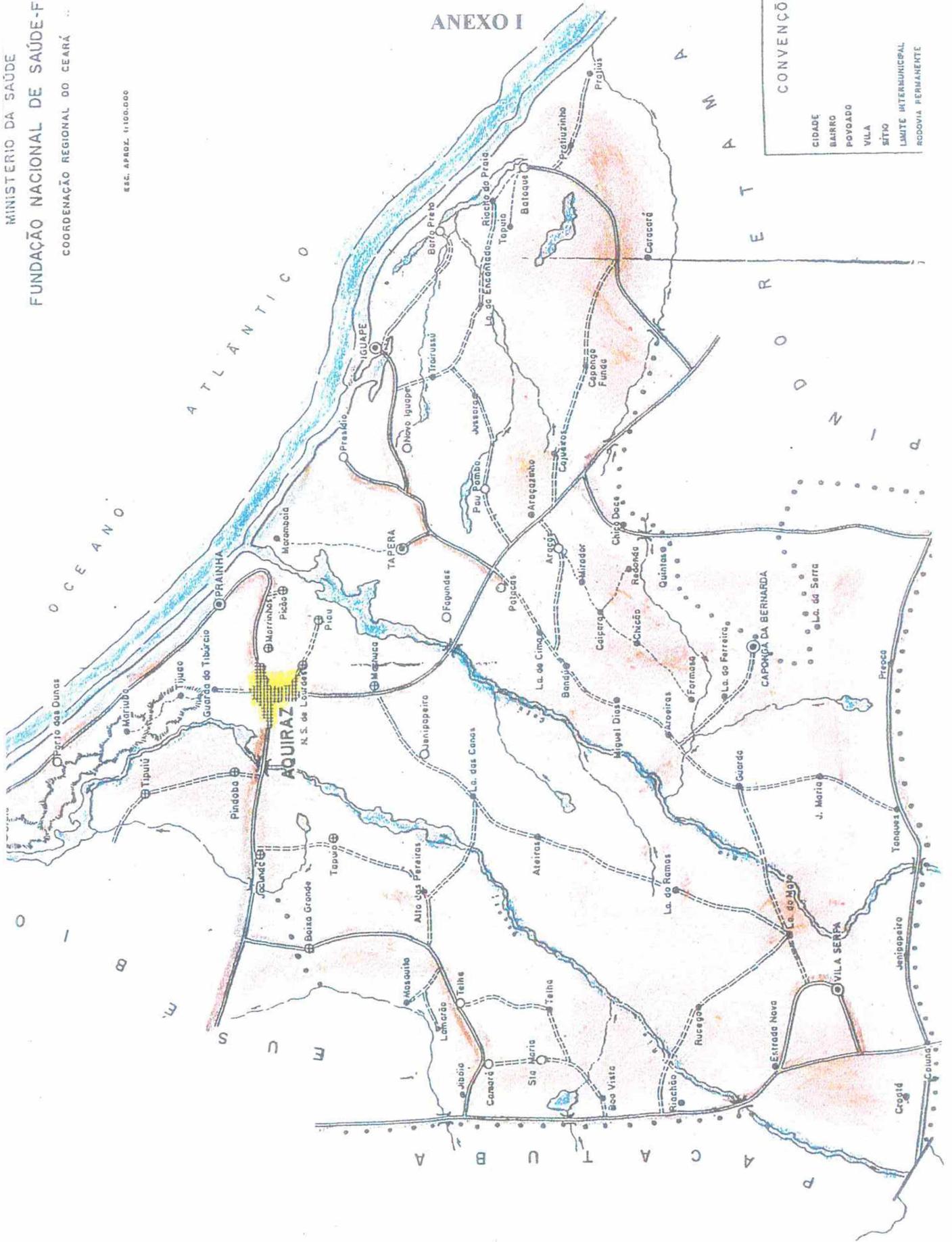
WAGNER, W., ELEJABARRIETA, F. & LANNSTEINER, I. How the sperm dominates the onum – objectification by metaphor in the social representation of conception. *European Journal of Social Psychology*, v. 25, 671-688, 1995.

XAVIER, Iara de Moraes; GARCIA, Carmen, L. L.; NASCIMENTO, Maria Aparecida de Luca. A reforma sanitária e a participação do enfermeiro. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília, 41(3/4): 190-204, Jul./Dez. 1988.

ANEXOS

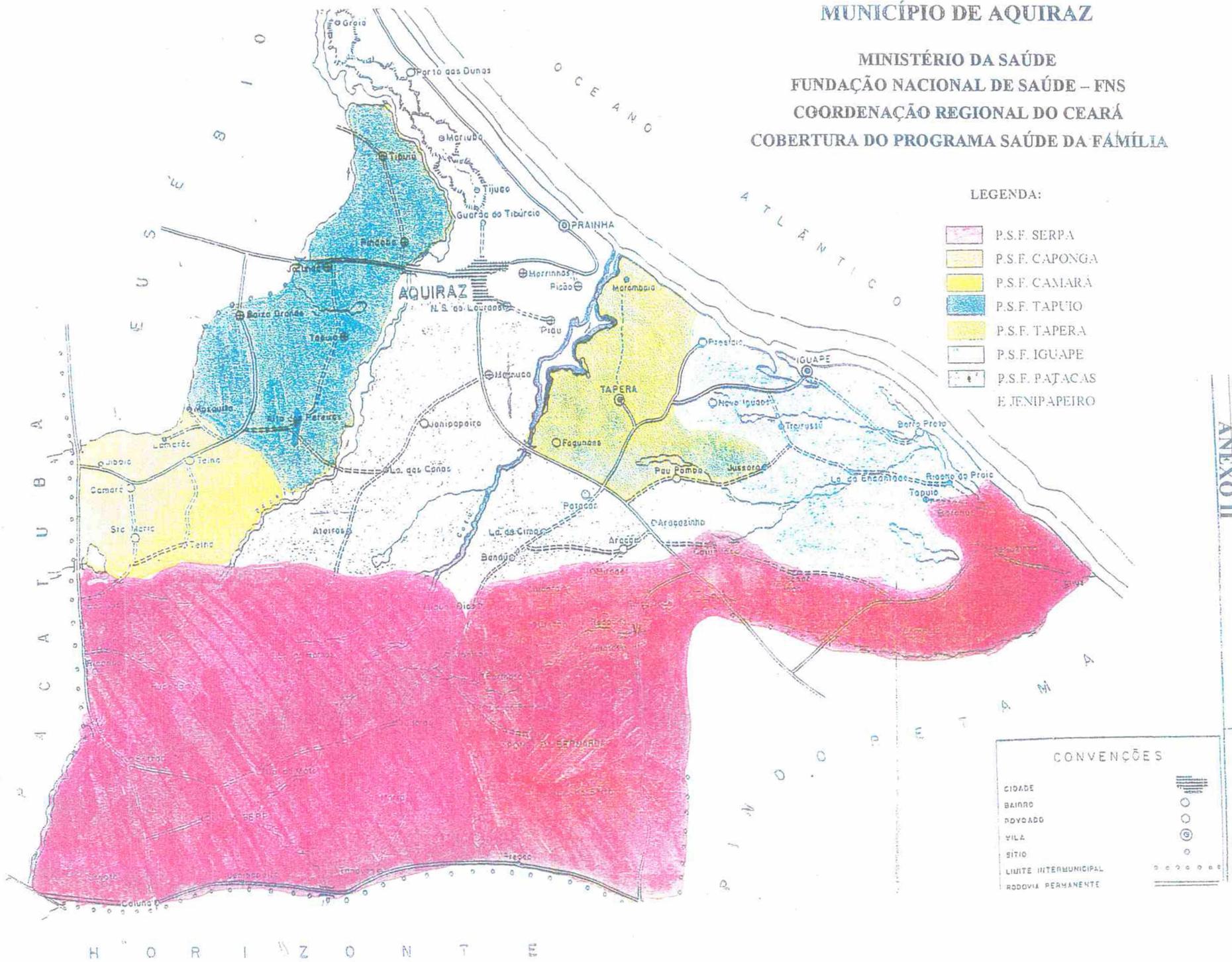
ESC. APROX. 1:100.000

ANEXO I



# MUNICÍPIO DE AQUIRAZ

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
 FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - FNS  
 COORDENAÇÃO REGIONAL DO CEARÁ  
 COBERTURA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA



ANEXO III

GRÁFICO 1: EQUIPAMENTO SOCIAL PARA VIABILIZAR A ATENÇÃO À SAÚDE

