

ANA PAULA AZEVEDO HEMMI

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS SOBRE
O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
2008**

ANA PAULA AZEVEDO HEMMI

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS SOBRE
O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como critério para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Cláudia Maria de Mattos Penna

**Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
2008**

Hemmi, Ana Paula Azevedo.
H488r Representações sociais de usuários sobre o Programa Saúde da Família [manuscrito]. / Ana Paula Azevedo Hemmi. - - Belo Horizonte: 2008.
96f.: il.
Orientadora: Cláudia Maria de Mattos Penna.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Saúde da Família. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Participação Comunitária. 4. Representação dos Pacientes. 5. Acesso aos Serviços de Saúde. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Penna, Cláudia Maria de Mattos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM: WA 308

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadeu Penna

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Jaime Arturo Ramirez

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves

Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa Oliveira

Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública – EMI

Chefe: Jorge Gustavo Velasquez Melendez

Sub-Chefe: Lenice de Castro Mendes Villela

Colegiado de Pós-Graduação

Coordenadora: Cláudia Maria de Matos Penna

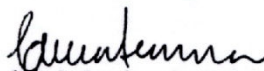
Sub-Coordenadora: Tânia Couto Machado Chianca

Universidade Federal de Minas Gerais

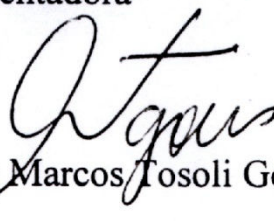
Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação: Mestrado em Enfermagem

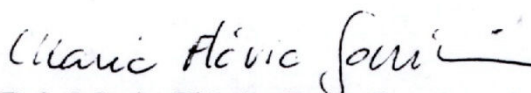
Dissertação intitulada: “*REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA*”, de autoria da mestranda Ana Paula Azevedo Hemmi, aprovada pela banca examinadora, constituída pelos seguintes professores:



Prof.^a. Dr.^a. Cláudia Maria de Mattos Penna
Orientadora



Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes



Prof.^a. Dr.^a. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli

Belo Horizonte, 18 de dezembro de 2008

*Aos usuários e profissionais dos
Centros de Saúde Floramar e
Jardim Montanhês*

Agradeço,

À Cláudia, por orientar-me nesse caminho e apresentar-se de maneira singular a cada encontro.

À Roseni Sena e à Clarissa Seixas, pelos primeiros passos.

Ao Bernardo por cada dia fazer-me acreditar mais...

À Gena, ao Heli, à Cori e toda sua família pelo carinho.

Aos colegas e amigos do Jardim Montanhês, em especial à Karla, Angélica, Lenice, Índia, Graça, Vânia, Artur, Lina, Elzi, Cilene e Evandra [in memoriam].

Ao Chico, à Maria José Brito e à Mônica Canhestro pela torcida e por seus ensinamentos.

Ao Professor Renato de Mello por me mostrar o mundo da linguagem, e aos colegas da Letras, em especial ao Leonardo pelo carinho em minha tradução.

Ao Professor Adriano Nascimento, da Psicologia Social por me conduzir às possibilidades das Representações Sociais na Enfermagem e na Saúde Coletiva.

Aos acadêmicos da Saúde Coletiva II, por compartilharem desse momento, pelo incentivo à docência e aprendizado.

Às colegas Angela, Denize, Fernanda, Selma, Maristela, Marina e Regiane pelos momentos de "socialidade".

Aos colegas Cláudio, Xina e Daphne pelos descontraídos momentos de aprendizagem da língua francesa.

À Elione, por me trazer à mim mesma.

À Mamãe e Mãe Lydía, por suas presenças e incentivo em seguir esse sonho.

Às Oi Amigas e à Sabrina, pela amizade fraterna!!!

À Roberta e Pedro por suas acolhidas e compreensão de minha ausência.

À Fundação Espírita Cárita, pelos momentos de reflexão.

Ao tempo que nos leva à separação por me sensibilizar com os acontecimentos cotidianos.

À minha inquietude de chegar a algum lugar, por um caminho ainda desconhecido mas traçado a cada dia, com cada gesto e palavra. E a Deus, por me conduzir nas minhas escolhas.

*Hoje, um dia a mais
Um dia de produção, de esperança, de alegria
Foram momentos de tristeza, de solidão, de significação e ressignificação
Momentos de retomadas, de idas e vindas
De apoio e de ser apoiada
De medo...
De silêncio
De análises, de auto-conhecimento
Enfim, de crescimento.*

*Hoje não consigo pensar em algo que não seja isso.
A pesquisa, a dissertação, as palavras, a análise
Analisar envolve sensibilidade, escuta e paciência
A metodologia, o caminho que se mistura com o viver
O viver lá não é diferente do viver aqui
São sentimentos que se encontram, que estão presentes em todo ou
em grande parte do tempo...
o tempo, meu, determinado, indefinido,
a separação fruto de pensar e repensar, refletir e entender
nos faz, talvez, perceber as delicadezas do mundo!
Que nos apresentam a cada momento, a cada instante,
Elas passam, vão tranquilamente com o tempo
Cabe a nós prestarmos atenção,
Atentar somente com amor...*

Ana Paula Hemmi

23 de outubro de 2008

RESUMO

HEMMI, A.P.A. Representações Sociais de Usuários sobre o Programa Saúde da Família. Belo Horizonte. 2008. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, com o objetivo de apreender as representações sociais de usuários sobre o Programa Saúde da Família. Os sujeitos da pesquisa foram sete usuários, sendo dois homens e cinco mulheres, com a média de idade de 70 anos, moradores, há aproximadamente dez anos, da área de abrangência de uma Unidade Básica de Belo Horizonte, localizada no distrito Noroeste. Realizou-se entrevista aberta a partir da seguinte questão norteadora: “o que você entende sobre o Programa Saúde da Família”. As entrevistas foram encerradas no momento da saturação dos dados. Utilizou-se a análise de discurso para a interpretação dos dados. Fez-se a leitura sistematizada das entrevistas para definição do *corpus* e apreensão das representações dos usuários sobre o Programa Saúde da Família. Os dados foram organizados em duas categorias: 1 - no tempo em que acesso significava espera e falta; 2 – novas formas de fazer saúde, novas formas de representá-la. A primeira refere-se às representações sociais da atenção à saúde no período anterior à implantação do Programa em Belo Horizonte, enquanto a segunda mostra as representações no momento atual. A partir dessas categorias, percebe-se que há mudanças reconhecidas no discurso dos usuários, com outro olhar sobre as ações desenvolvidas pelos profissionais na Unidade Básica. As representações dos usuários sobre o Programa Saúde da Família não são definidas pelo reconhecimento do nome ou da sigla estabelecida pelo Setor Saúde e por seus trabalhadores, mas por aproximações e noções construídas no cotidiano das relações que vivenciam quando procuram atendimento. Os usuários percebem o momento de transição que o Setor Saúde vivencia o que reflete sobre novas formas de representação do Programa apesar de haver resquícios, em sua memória, do atendimento que recebiam antes da implantação do atual modelo. Destacam a garantia de acesso ao Serviço com o término das filas, a construção de vínculos com os profissionais que os atendem, além de identificarem a Unidade Básica de Saúde como espaço social onde podem desenvolver atividades de promoção da saúde. Espera-se que este estudo proporcione reflexões, por parte de profissionais e gestores, sobre a importância de conhecermos os valores e crenças dos usuários quanto à organização do Serviço e sobre a parceria com os usuários para que os princípios da estratégia de Saúde da Família sejam alcançados integralmente.

Palavras-chave: Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Representações Sociais; Participação Comunitária; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

HEMMI, A.P.A. Representações Sociais de Usuários sobre o Programa Saúde da Família. Belo Horizonte. 2008. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

This is a qualitative study case based on the Theory of Social Representations and the aim is to grasp the social representations of the users about the Family Health Program. Seven users were interviewed, two men and five women, all around the age of 70. All of them have been living in the area around the Basic Health Units of Belo Horizonte, in the northeast of the city, for about ten years. The main question of the interview was "What do you understand about the Family Health Program". The interview finished with the data saturation. Discourse Analysis was used to interpret the data, the interviews were systematically read until the definition of the *corpus* and the representations of the users were organized in two categories: 1- when the access to health programs took a long time and the services were bad; 2- new ways to do and represent health services. The first category is related to the period before the implementation of the program in Belo Horizonte and the second is related to what happened after this implementation. Through these two categories we can see that there were changes that can be noticed through the users discourse and these changes favor the services in the Basic Health Units. The representations of the users about the Family Health Program are not defined by the recognition of names or symbols created by health professionals but they are defined by the notion acquired by the users when they look for the services. The users are able to see the transformation through which the services are passing, what reflects upon the new forms of representation of the program besides the memory of the times before the program implementation. The end of the long lines and the links between the users and the health professionals made the Basic Health Units a social space for activities. The research can be useful to make the health professionals reflect about the importance of knowing the values and beliefs of the users and about their involvement in the programs for its success.

Key words: Family Health; National Health Programs; Social Representations; Consumer Participation; Health Services Accessibility.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Localização das Unidades Administrativas por Regionais do Município de Belo Horizonte.	28
FIGURA 2 – Centros de Saúde localizados na área de abrangência do DISANO	29
FIGURA 3 – Representações Sociais dos usuários sobre o atendimento antes da implantação do PSF	39
FIGURA 4 – Representações Sociais sobre o Atendimento Prestado Atualmente	48
FIGURA 5 – Comparação das representações sociais construídas pelos usuários antes e após a implantação do PSF	71
QUADRO 1 – Perfil dos sujeitos da pesquisa por sexo, idade e equipe	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB** – Atenção Básica
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- APS** – Atenção Primária em Saúde
- CSJM** – Centro de Saúde Jardim Montanhês
- CERSAM** – Centro de Referência em Saúde Mental
- CRIA** – Centro de Referência em Saúde Mental - criança
- DeCS** – Descritores em Ciências da Saúde
- DISANO** – Distrito Sanitário Noroeste
- ESF** – Equipe de Saúde da Família
- IndexPsi** – Index Psi Periódicos
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social
- LILACS** – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MOD** – Modos de Organização do Discurso
- MS** – Ministério da Saúde
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAM** – Pronto Atendimento Médico
- PePSIC** – Periódicos Eletrônicos em Psicologia:
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- SF** – Saúde da Família
- SciELO** – Scientific Electronic Library Online
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- UFMG** – Universidade Federal de Minas Gerais
- UPA** – Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 O Despertar para a Pesquisa	13
2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	20
3 PERCURSO METODOLÓGICO	25
3.1 Abordagem Teórico-Methodológica	25
3.2 Cenário da Pesquisa	26
3.2.1 Centro de Saúde Jardim Montanhês como Recorte Espacial da Pesquisa	29
3.3 Sujeitos da Pesquisa	31
3.4 Coleta dos Dados	32
3.5 Análise de Discurso dos Dados	34
4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	39
4.1 No Tempo em que Acesso Significava Espera e Falta	39
4.2 Novas Formas de Fazer Saúde, Novas Formas de Representá-la	48
4.2.1 Noções do Programa Saúde da Família	49
4.2.2 E as coisas melhoraram?!	54
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE A	83
ANEXO A	84
ANEXO B	85
ANEXO C	86
ANEXO D	87

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Despertar para a Pesquisa

Acredito que nossas experiências e percepções sobre o mundo em muito influenciam nossos caminhos. A trajetória desta pesquisa inscreve-se em minhas vivências, desde a época da graduação em enfermagem, com a aprendizagem proporcionada pela iniciação científica e o internato rural. E, depois, como enfermeira de Unidade Básica de Saúde (UBS). O processo vivenciado no período de iniciação científica foi o impulso inicial para a compreensão da importância da pesquisa em enfermagem e na saúde pública. Foi quando também tive um primeiro contato com a Teoria das Representações Sociais, imprescindível para reconhecer a importância das ciências humanas na área da saúde, motivo pelo qual busquei a disciplina de Psicologia Social.

Quanto ao internato rural, durante a estada no Vale do Jequitinhonha, aproximei-me do modo de viver da população local, com seus conhecimentos em relação à cura de doenças, com forte matiz indígena e suas relações afetivas com o rio Jequitinhonha. Compartilhei minha experiência com profissionais de áreas correlatas, apreendendo o que seria um trabalho interdisciplinar em saúde. Isso foi possível graças ao contato diário com a população, por meio do trabalho em conjunto com a Equipe de Saúde da Família (ESF) do município de Jequitinhonha. Pude, além de trabalhar, compartilhar o dia-a-dia das pessoas, da sede municipal e de seus distritos, principalmente de São Pedro e Guaranilândia. Havia, sobretudo, uma discrepância de saberes. De um lado, meu conhecimento científico acerca da saúde, acrescido dos costumes da população belo-horizontina, por meio de ações prescritivas e autoritárias e, de outro lado, o da população local, com práticas de saúde distintas próprias à cultura da região. Isso me fez refletir sobre o modo de viver das pessoas, seus costumes e suas crenças que as fazem adotar posturas relacionadas a suas origens. Segundo Gerhardt (2007), as pessoas possuem diversas experiências de vida que as fazem decidir por diversos caminhos ou “itinerários terapêuticos” com base tanto no vivido como na cultura na qual se

inserem. Adam e Herzlich (2001) afirmam que o cuidado, nas diversas culturas, apresenta-se diferentemente mesmo que se trate de uma mesma doença ou agravo.

Ao retornar a Belo Horizonte, busquei, na disciplina Psicologia Social, do Curso de Graduação em Psicologia, um maior aprofundamento na teoria, por acreditar que a mesma pudesse me auxiliar no trabalho como enfermeira. Isso porque representações relacionam-se às crenças, ao imaginário, ao conhecimento popular acerca de fenômenos ou objetos sociais e a enfermagem, principalmente, na Atenção Básica (AB), lida diariamente com o conhecimento e o modo de viver da população das áreas de abrangência dos serviços públicos de saúde; minha inquietação aumentou, ao trabalhar como enfermeira da estratégia de Saúde da Família (SF) em Belo Horizonte.

Nesse município, essa estratégia foi implantada em 2002, com proposta de reorganizar a Atenção Básica. Em 2003, a Secretaria de Saúde apresenta como proposta a organização da rede hierarquizada de saúde de Belo Horizonte, denominada BH Vida Saúde Integral, com foco central na produção do cuidado continuado, assegurando acesso universal aos serviços de saúde, atenção integral e resolutiva, por meio de uma escuta qualificada com encaminhamento adequado a cada problema apresentado pelos usuários, além de participação da comunidade e desenvolvimento de ações intersetoriais (BELO HORIZONTE, 2003).

Esse tipo de escuta é denominada *acolhimento* e, segundo Malta *et al* (1998), acolher significa uma forma de reorganizar os serviços de saúde em seus processos de trabalho e também de permitir um acesso universal às pessoas, ressaltando que esse acesso não deve se restringir às consultas médicas mas ampliar-se aos demais profissionais, como forma de potencializar os saberes da equipe multiprofissional para melhor resolução das necessidades apresentadas.

Mesmo compreendendo o significado de acolhimento proposto pelos autores supracitados, assim como pelo BH Vida Saúde Integral, deparei-me com uma realidade complexa ao trabalhar em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, como enfermeira da estratégia de SF. Por acreditar nessas propostas, tinha por objetivo segui-las, com vistas a uma qualificação do atendimento prestado por mim, mas que parecia não ter eco junto aos usuários dos serviços, o que tornava complexa a relação entre eles e eu. Tal complexidade relaciona-se à distância e à singularidade de necessidades apresentadas pela população e minhas perspectivas, pois as pessoas dirigiam-se ao serviço visando, exclusivamente, exames, receitas

de medicamentos ou consultas médicas; às vezes, contentavam-se com uma conversa.

Para mim, essas pessoas tinham interesses relacionados apenas à prática médica – curativa – que, por vezes, não correspondia a suas reais necessidades, pois os problemas de *saúde* ou *a doença* apresentados careciam de cuidados permanentes e atentos às características sócio-econômicas daquela população.

Cabe ressaltar que o atual modelo de saúde tende a uma prática diferenciada daquela, exclusivamente, médica. Com base na proposta do *Acolhimento*, possui também uma maneira de ampliar as possibilidades de resoluções das necessidades de saúde dos usuários, com ações intersetoriais, por exemplo, co-responsabilizando-os por seu estado de saúde. Isso permite fazê-los reconhecer que suas demandas ou seus problemas de saúde podem, ou não, ser, apenas, biológicos.

Assim, as propostas de mudança, os princípios e diretrizes que acompanham o Sistema Único de Saúde (SUS) desde a Constituição de 1988, podem estar claros para os profissionais da Atenção Básica, mesmo que não sejam, ainda, totalmente, aplicados por eles. Para os usuários, essas propostas podem não estar claras, pois, segundo Moscovici (2003) o comportamento de pessoas pertencentes a grupos sociais distintos, pode ser justificado pela visão diferenciada que possuem sobre um mesmo objeto social.

Essa visão ou percepção sobre as distintas maneiras de se lidar com os objetos sociais, podem ainda comprometer-se, uma vez que a interação das pessoas perpassa aspectos da emoção e da linguagem (HARRÉ, 2001). Desse modo, os usuários, não apenas fazem parte de um grupo diferente daquele dos profissionais de saúde mas tanto uns quanto os outros utilizam linguagens que os fazem interagir entre si, havendo ou não uma compreensão sobre o que lhes é apresentado.

Outro aspecto que influencia o entendimento entre profissionais e usuários, é o processo de organização dos serviços de saúde no Brasil. Tal processo, desde o período colonial, caracterizou-se por ser unilateral e excludente. Ressaltamos que, durante o período histórico de construção de políticas de saúde no Brasil, a profissão médica e as tecnologias de ponta foram suporte para o planejamento das ações do Estado, voltadas com exclusividade aos trabalhadores. Porém, com a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Brasileira de 1988, a

saúde e sua promoção são instituídas como direito de todos, pautando-se nas diretrizes de universalidade, integralidade e participação social.

É preciso considerar a introdução da participação social como diretriz operacional do SUS, em meio à contradição de que, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) foi concebido pelo Ministério da Saúde – MS, como estratégia da Atenção Básica. O PSF, segundo Almeida (2003), surgiu a partir de uma experiência no interior cearense em 1993, sendo oficialmente lançado pelo MS em março de 1994, tendo por objetivo melhorar a qualidade de vida e a saúde das famílias, com base na territorialidade e em conformidade com os princípios do SUS. Além disso, o PSF tem como objetivo geral contribuir para a reorganização da prática assistencial a partir da Atenção Básica, imprimindo nova dinâmica de atuação nas UBS, com definição de responsabilidades entre os serviços e a população, possibilitando, assim, a mudança do modelo tradicional de saúde, centrado nos médicos e nos hospitais (FRANCO e MERHY, 2006; ROSA e LABATE, 2005).

Almeida (2003) acrescenta que o PSF tem como proposta democratizar a assistência à saúde, uma vez que desloca o profissional ao espaço familiar, possibilitando um maior conhecimento da vida da população. Destacamos que tal proximidade de gestores e de profissionais da saúde com os usuários não garante a responsabilização ou participação das pessoas e das famílias nas decisões em saúde.

Para garantir os princípios e diretrizes do SUS, é preciso considerar que suas raízes estão na Reforma Sanitária, iniciada na década de 70, no quadro de um movimento social e político que envolveu uma parcela da sociedade civil. Devemos dizer que, mesmo constando da Constituição, a participação das pessoas no que tange a saúde, as práticas governamentais, principalmente por parte do Ministério da Saúde, ainda são verticalizadas. Corroborando com Merhy (2006), é importante a participação cotidiana no espaço em que é produzido o cuidado em saúde, sendo essa participação essencial para a elaboração de representações que os usuários terão dos serviços de saúde.

O processo histórico da construção de políticas de saúde é marcado pela exclusão de uma parcela da população e de uma prática impositiva o que influencia a memória social daqueles que vivenciaram esse processo e justifica a evolução para um Sistema de Saúde que apresente um discurso mais participativo, na atualidade. Essa memória, de acordo com Moscovici (2003), não é inerte nem morta

e influencia as representações que indivíduos ou grupos irão formar sobre determinado objeto ou acontecimento social.

Assim, percebemos que o PSF está acompanhado de um discurso integral, mas também de uma implementação complexa, já que precisa enfrentar desafios para sua consolidação. Segundo Queiroz e Vianna (1992), o processo em que a área da saúde embarcou no Brasil seja possivelmente, irreversível e seu desenvolvimento envolve diversos desafios. Dentre esses, podemos destacar o discurso e ações paradoxais do Ministério da Saúde, ao prescrever ações uniformes em distintas regiões e municípios, e considerar, simultaneamente, os governos locais para entendimento das peculiaridades de cada população (PASCHE *et al*, 2006; FRANCO e MERHY, 2006). Em relação a isso, Spink (2003) afirma que a Saúde Coletiva precisa dialogar com diversas áreas do conhecimento para que possamos compreender o processo saúde/doença em que vivem diversas populações, sendo que tal entendimento exige atenção à realidade social. Isso, para a autora, envolve o conhecimento trazido tanto pelo saber oficial dos profissionais da saúde e aí, incluímos os programas instituídos pelo Ministério da Saúde quanto o saber popular da sociedade.

Diante disso, a presente pesquisa torna-se relevante, ao observarmos a escassez de estudos que abordam as crenças e valores das pessoas em relação aos serviços de saúde. Os trabalhos desenvolvidos restringem-se à satisfação e percepção de usuários sobre os serviços de saúde, existindo ainda lacunas sobre a perspectiva dos usuários no que tange a Atenção Básica (ESPIRIDIDÃO e TRAD, 2005; JESUS e CARVALHO, 2002). Para confirmar essa lacuna, foi realizada uma revisão bibliográfica, sobre o tema da pesquisa, em quatro bases de dados - Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde: LILACS; Scientific Electronic Library Online: SciELO; Periódicos Eletrônicos em Psicologia: PePSIC; Index Psi Periódicos: IndexPsi – apropriando-nos de terminologia indexada aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) tanto na LILACS quanto na SCIELO e, nesta última e nas bases PePSIC e IndexPsi, utilizamos terminologia mais empregada nas ciências humanas. Foram encontrados, respectivamente, 21, 28, 81 e 118 referências a artigos, porém somente nove relacionam-se à visão de usuários sobre os serviços de saúde, o que denota uma necessidade de explanarmos sobre esse assunto.

Dentre os estudos encontrados, Almeida (2003) afirma que as famílias associam o PSF ao atendimento médico e à prática do Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo a expressão “Saúde da Família” desconhecida pelas famílias. A autora afirma que tal desconhecimento mostra a desinformação relacionada aos meios de comunicação, à falta de respostas às necessidades apresentadas pelas pessoas e à prática do PSF que se volta ao atendimento individual, excluindo a família como sujeito do atendimento.

A mesma consideração é feita por Campos (2005) e Trad *et al* (2002) ao afirmarem que as pessoas têm dificuldade de entender a lógica de funcionamento do PSF.

Em estudo recente, Ronzani e Silva (2008) afirmam que há uma exigência de gestores e profissionais da saúde de que os usuários conheçam os objetivos do PSF. Os autores analisam que os profissionais atuam direcionados a atendimentos, a consultas especializadas, a atividades de educação com visão higienista e em campanhas que, além de não interessarem aos usuários, são pontuais e descontextualizadas. E concluem que, há o reconhecimento da importância de ações preventivas e de promoção da saúde mas ainda permanecem apenas no discurso.

A partir desses estudos, pressupomos a distância entre o discurso e a prática na tão almejada co-participação na construção do SUS e na estratégia de Saúde da Família. Pois, mesmo que a participação social esteja assegurada e regulamentada pela Lei 8142/ 90 e conformada nos Conselhos Locais e Conferências de Saúde, podemos inferir que ela acontece apenas em determinados momentos e em determinados espaços. Mas essa participação torna-se mais ampla, quando pensamos que as pessoas precisam participar nos espaços públicos de saúde, no dia- a- dia, para se reconhecerem sujeitos de suas vidas e no processo de construção do SUS, ou seja, garantirem seus direitos de cidadãos (LOPES *et al*, 2007; MERHY, 2006).

Segundo Crevelim e Peduzzi (2005), o PSF está pautado, dentre outras diretrizes, no trabalho de equipe multiprofissional e na participação social, porém percebe-se uma lacuna quanto à efetiva participação dos usuários ou de seus representantes nas tomadas de decisões. As autoras reforçam que há uma visão de fiscalização quando se fala em controle social por parte dos profissionais e, sob a perspectiva dos conselheiros, uma idéia de parceria. Porém, na prática não há um

compartilhamento entre os saberes para o planejamento e a construção de um projeto assistencial comum. Acreditam que a ausência dos usuários nas discussões das equipes se deve à relação de poder entre o saber técnico e o saber popular.

Desse modo, pretendemos, com este estudo, obter subsídios para uma reflexão por todos os envolvidos nesse processo, usuários, profissionais de saúde, gestores, acadêmicos, dentre outros, já que percebemos uma participação restrita por parte de usuários nos serviços de saúde. E ainda, Crevelim e Peduzzi (2005) relatam que muitos programas de saúde são elaborados e executados **para** a população, mas ressaltam que o mais adequado é que sejam desenhados **com** a população, de forma a se garantir uma participação democrática.

Nosso estudo tem como eixo teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais que, para Moscovici (2003), estão relacionadas a aspectos históricos e que sofrem transformações ao longo dos tempos. Podemos, assim, apreender como o surgimento do SUS e, posteriormente do PSF, inserem-se em um contexto repleto de contradições e transições que acreditamos fazer parte da memória social das pessoas, influenciando-as em seus comportamentos contemporâneos.

Desse modo, questionamos: Como os usuários representam o PSF?

Temos como objetivo compreender as representações sociais de usuários sobre o Programa Saúde da Família.

2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais parte daquilo que Durkheim apresentou, inicialmente, como Representações Coletivas. Para Durkheim (1970), a sociedade tem como essência a associação de indivíduos que, na vida social, compõe, a consciência social e as representações coletivas. Estas são exteriores aos indivíduos e independentes dos mesmos. Isso, em outras palavras, significa que as representações coletivas, ao se formarem, ganham vida própria e podem circular, sem sofrer alterações, a outros grupos sociais impondo-se aos mesmos. O autor apresenta, como exemplo dessas representações, as religiões, que possuem independência das consciências individuais, circulando por diferentes meios. Assim, considera as representações a partir de um *lugar* que não seja a consciência individual e que não pode ser explicado pela psicofisiologia, reconhecendo a importância do social na construção das representações que são estáticas após serem formadas (DURKHEIM, 1970).

Moscovici inspirou-se nesse autor para a elaboração da Teoria das Representações Sociais (FARR, 1998), apropriando-se das representações coletivas e utilizando o termo social, por ser menos amplo, menos geral, que o utilizado por Durkheim (MOSCOVICI, 2003). Ainda, as representações sociais diferenciam-se das coletivas, pois as primeiras podem modificar-se – não sendo, pois, estáticas – uma vez que estão relacionadas a um contexto histórico e à memória coletiva das pessoas. As representações, para Moscovici, não possuem a independência relativa entre coletivo e individual, a qual é proposta por seu ancestral (FARR, 1998). Para Moscovici (2003), não há uma separação entre o universo interior e exterior, tanto de indivíduos quanto de grupos, sendo o sujeito e o objeto social presentes em um mesmo plano. Jodelet (2001) acrescenta às idéias do autor falando da dinâmica das representações sociais, na capacidade de mudar e de circundar os diferentes grupos sociais. Mostra-nos, também, a importância da comunicação para que as representações não permaneçam estáticas, uma vez que, no cotidiano, as pessoas formulam e reformulam suas idéias, seus imaginários e, conseqüentemente, suas ações (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2003).

Em relação à Teoria das Representações Sociais, é preciso destacar alguns aspectos relevantes tais como a existência de fenômenos sociais, crenças, hábitos e

experiências de grupos ou de uma população que compõem a realidade em que vivem. O autor considera relevante a interação e a comunicação entre os indivíduos para que tais fenômenos perpetuem ou mesmo para serem transformados. Assim, Moscovici (2003) afirma que a comunicação é relevante e intrínseca às representações, ressaltando que o discurso e a linguagem são inerentes à expansão do conhecimento que vai além da comunicação realizada pela mídia.

Os conhecimentos sociais partem da interação das pessoas no dia-a-dia, as quais procuram explicações para fenômenos que não necessariamente são explicados pela academia. E, assim, introduz a importância do senso comum na vida das pessoas e dos grupos, considerando-o algo “mais compartilhado igualmente do que qualquer outra coisa no mundo” (MOSCOVICI, 2003, p.127).

Para o autor, a origem do senso comum e do modo de vida das pessoas, advém da interação da ciência ou do conhecimento científico, com o conhecimento popular, as maneiras de pensar e agir na vida cotidiana, acrescentando os conceitos de universo reificado e consensual, respectivamente. O universo reificado é aquele restrito aos grupos científicos, aos intelectuais, aos pesquisadores, a ciência em geral, sendo que, no domínio do universo consensual, apresenta-se o senso comum, havendo compartilhamento de algo estereotipado, enraizado, mas possível de ser modificado. Busca distanciá-los, já que, nos tempos atuais, os primeiros tendem a sobrepor-se ao senso comum, relegando-o a um plano inferior, sem grande importância. E afirma que, “se o pensamento científico impõe suas regras e operações sobre a mente, ele questiona outras formas de pensamento e as condena ao desaparecimento” (MOSCOVICI, 2003, p. 155).

É relevante tratar desses universos, visto que as representações formam-se a partir do contato entre os mesmos, favorecendo o reconhecimento de objetos ou de fenômenos sociais que, inicialmente, causam certo estranhamento aos diferentes grupos da sociedade.

Esse estranhamento proporciona, por meio da interação e da memória coletiva, a ancoragem, em que algo que não é familiarizado aproxima-se de algo já conhecido, objetivado, para ser, conseqüentemente, entendido pelas pessoas. Ou seja, as pessoas ou grupos precisam dar sentido e associar os objetos sociais a imagens, como forma de conduzirem suas vidas no meio social. Isso refere-se às significações, associadas a imagens as quais constituem-se em signos, que indivíduos ou uma coletividade dão aos fenômenos sociais, já que “representar

significa trazer presentes as coisas ausentes e apresentar as coisas de tal modo que satisfaçam as condições de uma coerência argumentativa, de uma racionalidade e da integridade normativa de um grupo” (MOSCOVICI, 2003, p. 216).

Desse modo, é importante considerarmos a comunicação para a formação das representações e a memória coletiva para preservar e familiarizar o objeto não-familiarizado ao já conhecido pelas pessoas, ou por um determinado grupo. Abric (2001) e Jodelet (2001) caracterizam-nas como uma forma de conhecimento, socialmente elaborada, que orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais.

As representações sociais constituem, assim, aspectos sócio-cognitivos, por exercerem uma coação sobre os comportamentos das pessoas, interferindo no comportamento de outras, tornando-se um comportamento social. Essa é uma forma de expressar o sistema de valores das pessoas, a que precisamos estar atentos se quisermos compreendê-las.

Herzlich (2005), em seus estudos sobre representações sociais no campo da saúde, enfatiza que seu interesse é o de entender fenômenos de natureza coletiva, principalmente desentendimentos provenientes de grupos de diferentes indivíduos. Não há, assim, a finalidade de compreender comportamentos estritamente individuais. As representações não são espelho do real mas uma realidade socialmente construída. A autora detém-se às representações sociais da saúde e da doença relacionadas ao senso comum, à história ou memória coletiva e que “o saber dos doentes é, pelo menos em parte, dependente do saber dos médicos” (p. 61), porém não se reduzem à reprodução de um saber, visto que há um movimento entre o pensamento erudito e o senso comum. A autora considera importantes os estudos de representação social que abordem o âmbito coletivo, principalmente os que provocam tensão ou conflito, e causam, assim, uma mobilização de ações coletivas e, conseqüentes mudanças de sentidos, como forma de não cairmos na repetição de utilização das noções de representação social.

Na área da saúde, assim como em outras, as representações têm sido freqüentemente utilizadas para identificar determinados significados de objetos para uma compreensão mais abrangente acerca de fenômenos sociais (TRINDADE, 1996). A autora critica o fato de que as representações, em alguns estudos, têm sido utilizadas apenas como ferramentas de produção de conhecimento sobre um

determinado objeto social, sem qualquer preocupação com um retorno para as questões teórico-metodológicas que permeiam o conceito que utilizam.

As representações sociais têm, assim, grande potencial para contribuir com as ciências da saúde, pois estamos atualmente investindo em ações de assistência às pessoas, aos grupos populacionais, buscando enxergar e escutar os homens enquanto homens, dotados de sentimentos, de amor ou de ódio, de esperanças e medos, de crenças e costumes, que emergem em nossas interações com as pessoas que freqüentam os serviços de saúde. Inclusive para entender que a trajetória da atenção em saúde tenha caminhado com os princípios do SUS, partindo de um cuidado destinado ao corpo biológico, ainda predominante nas práticas de profissionais de saúde. Como afirmam Oliveira *et al* (2007; 2008) a conduta dos profissionais perante as mudanças introduzidas com o SUS, relaciona-se às representações sociais baseadas na memória social sobre os serviços de saúde antes da implantação do mesmo. Isso se torna relevante ao observarmos que os profissionais adotam estratégias para implementar o PSF, sob a constante imposição do Ministério da Saúde, sem contudo considerar as representações dos sujeitos interessados.

Consideramos pertinente trabalhar com as representações sociais nesta pesquisa, uma vez que o processo histórico de organização da saúde no Brasil desenvolveu-se de maneira excludente e a partir de imposições do Estado. Não muito diferentemente – mesmo com uma parcela de participação da população no momento da Reforma Sanitária, ocorrida nos anos 70 do século passado – percebemos que o Ministério da Saúde implantou o PSF sem que houvesse uma efetiva participação das pessoas. Segundo Merhy (2006), a conformação desse modelo de saúde dar-se-á a partir dos microespaços do processo de trabalho vivo em saúde e as representações dos usuários se definir-se-ão a partir de suas relações e interações com os profissionais. Entendemos, então que, a partir das práticas cotidianas dos profissionais para com os usuários, as atitudes dos também serão redefinidas.

Além da interação com os profissionais de saúde, temos também a presença da mídia influenciando na formação do senso comum sobre o PSF, apesar de o conhecimento sobre as diretrizes e princípios dessa estratégia não serem divulgados, mas conforme afirma Moscovici (2003), as pessoas, por meio da

comunicação e da interação cotidiana, representam os objetos, sendo que tais representações justificam seu comportamento perante os mesmos.

Consideramos que os discursos dos usuários trazem idéias e representações que são apreendidas a partir da linguagem que tem, por sua vez, a função de expressar o contexto social em que vivemos. E como são co-participantes no processo de implementação do SUS e do PSF, sendo este um objeto social de nossa contemporaneidade, as representações sobre o PSF são importantes para o alcance dos objetivos de um sistema de saúde integral e com participação da comunidade.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Abordagem Teórico-Metodológica

Para apreendermos as representações construídas pelos usuários sobre a estratégia de Saúde da Família, este estudo tem como abordagem a pesquisa qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Para Minayo (2006), a pesquisa qualitativa visa um aprofundamento de determinada realidade social e a apresenta como uma investigação social que tende a registrar a historicidade humana, a fim de respeitar a especificidade da cultura que marca, em si, a trajetória dos acontecimentos. Assim, segundo a autora, os pesquisadores trabalham com sujeitos, envolvendo a subjetividade e interesses que se relacionam a uma visão de mundo historicamente construída, sendo, por isso, esse tipo de estudo essencialmente qualitativo. Minayo (2006) acrescenta que o percurso metodológico tende a fazer uma mescla entre teoria e metodologia com seus instrumentos de investigação, com o objetivo de construir uma realidade, com características do acabado provisório e do inacabado permanente.

Para realizarmos essa mescla proposta por Minayo (2006), associamos a Teoria das Representações Sociais - que permite a apreensão dos significados que as pessoas construíram sobre o PSF - à metodologia da pesquisa qualitativa com seus instrumentos de análise e de coleta de dados.

Este estudo desenvolveu-se de acordo com a estratégia do Estudo de Caso, que, para Yin (2001), visa a compreensão de fenômenos sociais complexos e contemporâneos, os quais fazem parte de um contexto de vida real e que, por isso, nos permite acessar diretamente os sujeitos envolvidos, além de afirmar que essa estratégia aplica-se às pesquisas qualitativas. O autor ainda afirma que essa estratégia permite preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos e, ao mesmo tempo, possibilita uma generalização analítica do fenômeno.

Segundo Deslandes e Gomes (2004), as pesquisas qualitativas podem construir pontes para um possível diálogo, a partir do reconhecimento de distintas lógicas culturais que orientam as ações das pessoas, tanto no que se refere à

própria saúde, quanto aos serviços de saúde. Isso torna-se considerável, ao pensarmos que a abordagem qualitativa permite também a apreensão daquilo que relaciona-se à experiência, às emoções, ao que é vivido, que para Maffesoli (2007), significa se opor ao dogmatismo, ao absoluto, para valorizar o qualitativo dos acontecimentos do *maravilhoso cotidiano* (p. 203) com as suas múltiplas expressões. Diante disso, a pesquisa qualitativa permite diálogo, a liberdade, buscando não a nossa verdade, mas a dos sujeitos.

A partir dessas considerações, partimos para o cenário onde foi desenvolvido este estudo.

3.2 Cenário da Pesquisa

O cenário deste estudo situa-se na cidade de Belo Horizonte, que, conta com uma população de 2.412.937 habitantes, possui 1.032 estabelecimentos de saúde, sendo 207 públicos (sete federais, 19 estaduais e 181 municipais) e 825 estabelecimentos privados (IBGE, 2007). Ressalta-se que Belo Horizonte compõe a Região Metropolitana juntamente com outros 33 municípios (BELO HORIZONTE, 2008a).

O desenvolvimento dessa metrópole, segundo Campos (1998), não é muito diferente das demais metrópoles brasileiras, sendo caracterizado por diferenças territoriais marcantes e com uma estrutura social hierarquizada. Segundo o autor, a cidade foi planejada e inaugurada em 12 de dezembro de 1897 e seu projeto urbanístico previu a organização da cidade em três setores: área urbana, limitada pela Avenida do Contorno (onde residiriam os cidadãos de primeira categoria – empresários, políticos, proprietários, cúpula da Igreja); área suburbana, destinada à residência de homens comuns e à futura expansão da cidade; e área rural, reservada para ser o cinturão verde da cidade. Com o desenvolvimento das atividades comerciais e da industrialização, a cidade expandiu-se para as áreas suburbana e rural, já que não havia uma política pública de ocupação do solo e, para agravamento da situação, tampouco existia uma política agrária que fixasse o homem do campo no interior do Estado. Nesse quadro, deu-se grande movimento migratório para a capital mineira (CAMPOS, 1998).

Na década de 80, foi registrado um a cada quatro moradores de Belo Horizonte residente em favelas. Esse quadro de desigualdades explica as grandes diferenças sociais e os vários problemas da cidade, sendo talvez o mais sério o da saúde de seus habitantes. Associado a esse processo de desigualdade, o autor ressalta as escolhas feitas pelos sucessivos governos da capital que deram os rumos da história da cidade e, conseqüentemente, de seus moradores. Segundo Campos (1998), podemos perceber que, só nos anos 90 quando o governo democrático- popular assumiu seu mandato, começou a existir uma efetiva preocupação com as necessidades básicas da maioria da população.

Dentre as ações governamentais em âmbito nacional, destacamos que o avanço do processo de descentralização da saúde, na década de 1990, conferiu à esfera municipal relevante papel na gestão dos serviços e ações de saúde do país (BODSTEIN, 2002). Nessa ótica, tornou-se possível uma aproximação maior dos gestores locais com os reais problemas de saúde da população com implementação de ações em saúde mais pertinentes e de maior impacto social. Em vista disso, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte implantou o PSF em fevereiro de 2002, ressaltando que, na década de 90, o Ministério da Saúde havia formulado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com a finalidade de reduzir a mortalidade materna e infantil, primeiramente, nas regiões Norte e Nordeste do Brasil (ROSA e LABATE, 2005).

No momento da implantação do PSF em Belo Horizonte, os profissionais de saúde que já possuíam vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde, constituíram as primeiras Equipes de Saúde da Família, representando 176 equipes, responsáveis pela assistência à saúde das populações com maior risco de adoecer e de morrer (BELO HORIZONTE, 2006).

Posteriormente, o município foi dividido em distritos sanitários e apresenta hoje nove distritos definidos de acordo com espaço geográfico, populacional e administrativo (FIG. 1). Cada distrito possui, em média, de 15 a 20 Unidades de Saúde, constituídas de Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde), Unidades de Referência Secundária – URS, Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM, Unidades de Pronto-Atendimento – UPA. A Rede Municipal de Saúde conta com 142 Centros de Saúde, sete UPA, quatro URS e mais de 40 hospitais conveniados com o SUS (BELO HORIZONTE, 2008b).

O município tem, atualmente, 506 Equipes de Saúde da Família implantadas e distribuídas pelas 139 UBS, cada uma com um território de responsabilidade ou área de abrangência, o que corresponde a uma cobertura de 76% da população, com 1.500.000 indivíduos cadastrados (BELO HORIZONTE, 2006, 2007). Cada Equipe de Saúde da Família é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde sendo a Equipe responsável por sua área de abrangência, que é a adstrição de uma parte da população da área total do Centro de Saúde. Essa população é classificada de acordo com os níveis de riscos avaliados previamente pela Prefeitura Municipal.

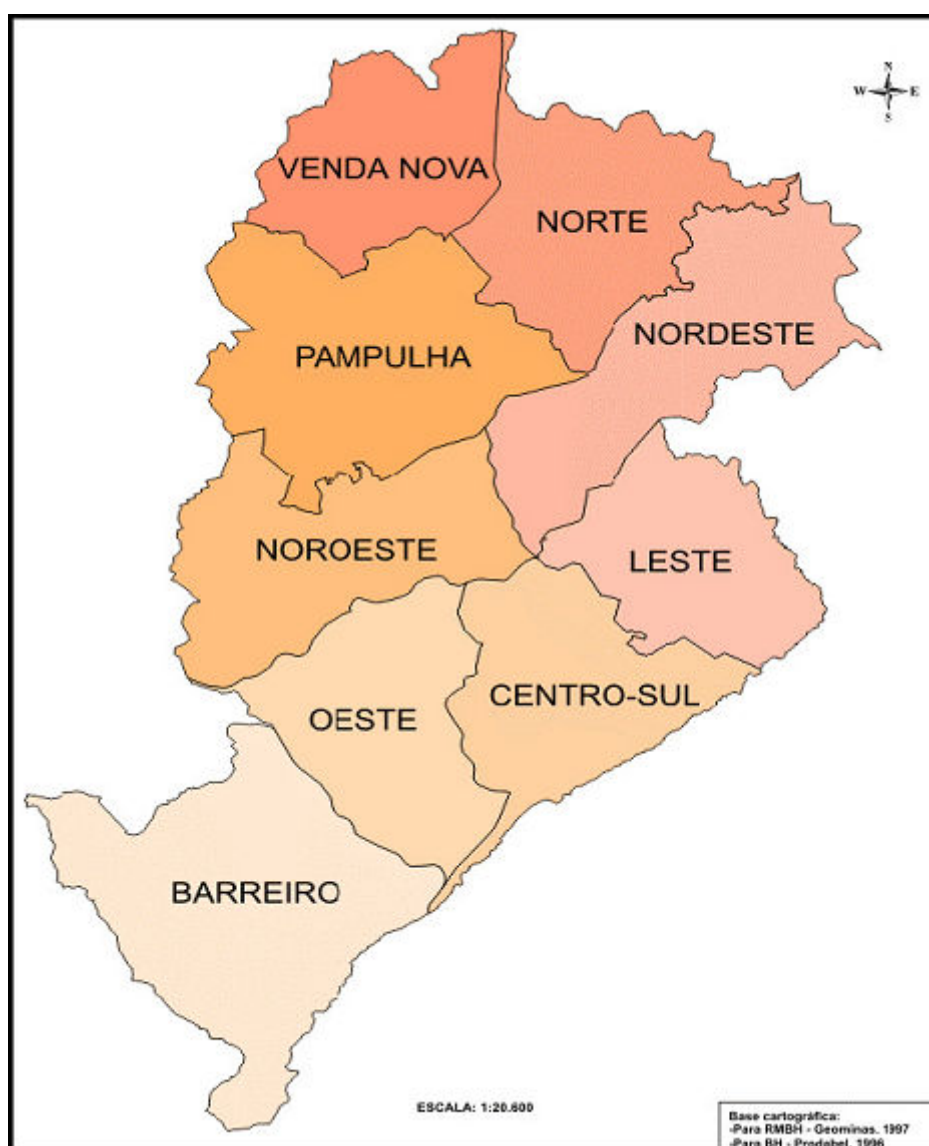


FIGURA 1: Localização das Unidades Administrativas por Regionais do Município de Belo Horizonte.

Divisão do município em nove distritos sanitários.

Fonte: BELO HORIZONTE, 2007a, p.19.

O cenário do estudo está localizado na Regional Noroeste sob a coordenação do Distrito Sanitário Noroeste – DISANO, que limita com o município de Contagem, e com os Distritos Sanitários Pampulha, Nordeste, Oeste e Centro-Sul (FIG. 1). Sendo que sua área de abrangência é constituída por 19 Unidades Básicas de Saúde (FIG.2); dois serviços de Atenção Secundária (um Pronto Atendimento Médico – PAM e um CERSAM); um Centro de Referência em Saúde Mental - criança – CRIA; e um Centro de Convivência de Saúde Bucal; além de dois Hospitais públicos (Hospital Odilon Behrens e Hospital Alberto Cavalcanti) e um laboratório distrital. Essas Instituições estão localizadas em uma área de 37.63Km², atendendo a uma população de 337.351 habitantes (BELO HORIZONTE, 2007c).

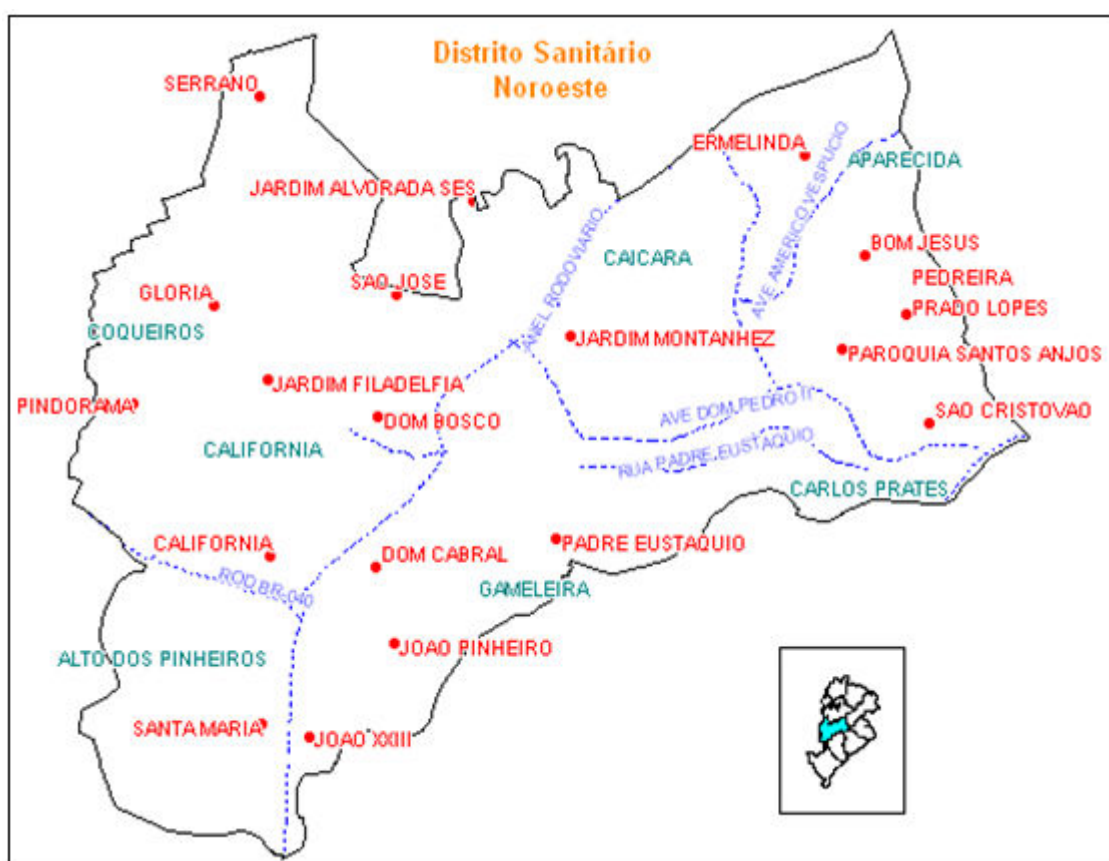


FIGURA 2: Centros de Saúde localizados na área de abrangência do DISANO.
Fonte: BELO HORIZONTE, 2007c.

3.2.1 Centro de Saúde Jardim Montanhês como Recorte Espacial da Pesquisa

Elegemos, como cenário deste estudo, o Centro de Saúde Jardim Montanhês (CSJM), com consentimento da gerente para identificação nominal da UBS, por meio de Termo de Autorização (ANEXO A). Essa escolha deve-se a minha inserção, tanto como enfermeira egressa do serviço como, atualmente, orientadora de estágio de acadêmicos de Enfermagem nesse campo. Assim, conforme Minayo (2006), os sujeitos pertencentes ao campo e à pesquisa tornam-se parte de uma relação de intersubjetividades, uma interação social, tendo como resultado uma descoberta construída, como um produto compreensivo.

A idéia de construção do CSJM iniciou-se por iniciativa de padres da região, em 1984, sendo levada a audiência com o Secretário Municipal de Saúde e aprovada nesse mesmo ano. Em 1985, iniciou-se a obra de construção em parceria com a Igreja Católica, sendo a área do serviço utilizada também para festas religiosas. Mas foi somente em 1987 que o Serviço começou a funcionar. Contava com o Conselho de Saúde local composto por representantes das entidades locais com a função de participar do planejamento, avaliação e gerenciamento do Serviço e por duas Equipes de saúde.

Em 1990 e 1991, iniciaram-se os estágios de acadêmicos do Curso de Especialização em Medicina Social e Preventiva, do Internato Metropolitano e da disciplina de Medicina Geral de Crianças do curso da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); além de acadêmicos de Fisioterapia e, posteriormente, estagiários de Odontologia da mesma universidade.

Em 1993, foi realizada uma oficina de territorialização com a Equipe local e a Comissão local de saúde iniciando e fortalecendo discussões em relação ao modelo da Vigilância à Saúde em implantação. Para isso, visando o enfrentamento dos problemas prioritizados, as Equipes da Unidade são divididas, de acordo com sua identificação e preferência pessoal, em projetos, estrutura que se manteve até 1996.

Em 1995 e 1996, iniciou-se o estágio de Clínica Médica de Medicina Geral de Adultos da Faculdade de Medicina da UFMG.

Atualmente, o CSJM tem uma área de abrangência composta por 15.765 habitantes – valor referente à população de médio e elevado risco, sendo esta última a Vila São José – atendidos por cinco Equipes de Saúde da Família completas, identificadas pelas cores vermelho, verde, azul, rosa e laranja.

Além das cinco ESF, compõem a UBS uma Equipe de apoio formada por profissionais das especialidades de Pediatria, Ginecologia, Odontologia, Saúde

Mental, Clínica Geral, Equipe de Zoonoses, além de estagiários dos cursos de Enfermagem, Medicina e Fisioterapia da UFMG.

3.3 Sujeitos da Pesquisa

Foram entrevistados sete usuários que freqüentam o Centro de Saúde Jardim Montanhês, cujo perfil é apresentado no Quadro abaixo. A identificação por E1 a E7 deve-se à preservação do anonimato dos sujeitos participantes.

QUADRO 1
Perfil dos sujeitos da pesquisa por sexo, idade e equipe. Belo Horizonte, 2008.

Entrevistados	Sexo	Idade	Equipe
E1	Feminino	76 anos	Vermelha
E2	Masculino	69 anos	Vermelha
E3	Feminino	67 anos	Vermelha
E4	Feminino	72 anos	Vermelha
E5	Feminino	47 anos	Vermelha
E6	Masculino	95 anos	Rosa
E7	Feminino	61 anos	Rosa

O critério de inclusão para participar da pesquisa foi ser morador da área de abrangência e usuário do CSJM, que vivenciou o período anterior ao da implantação do PSF – BH VIDA e sem participação nos Conselhos Locais de Saúde, com capacidade mental preservada, indicado pelos trabalhadores da UBS, que também vivenciaram a transição entre o antigo e o atual modelo de atenção à saúde.

Inicialmente, foi realizada uma abordagem aos profissionais que ali trabalham desde antes da implantação do PSF em Belo Horizonte, quando indicaram treze usuários. Entramos em contato com as agentes comunitárias que foram indicando outras pessoas que poderiam contribuir. O aporte das agentes comunitárias foi relevante pois alguns dos usuários, indicados pelos auxiliares de enfermagem ou pelo médico generalista, não estavam lúcidos ou já haviam falecido.

Assim, antes de entrarmos em contato direto com os informantes, os ACS, informados sobre a pesquisa, explicavam, aos usuários indicados, a visita da pesquisadora e a intenção da mesma. Após esse primeiro contato, dirigia-me, junto com elas, à casa dos possíveis participantes, para convidá-los pessoalmente a participarem da pesquisa.

Para as pessoas que concordaram em participar, foram agendados dia e horário, conforme sua disponibilidade. As entrevistas foram realizadas de 28 de abril a 02 de junho de 2008, nos domicílios dos usuários, sem o acompanhamento das agentes de saúde para evitar que sua presença interferisse negativamente na necessária liberdade de expressão dos usuários. Antes do início das entrevistas, era feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos sujeitos da pesquisa, explicadas as demandas e solicitada assinatura do Termo. Vale ressaltar que tanto a pesquisa quanto o TCLE (APÊNDICE A), foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (ANEXO B) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (ANEXO C), conforme os princípios legais e éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece as diretrizes para a pesquisa envolvendo seres humanos, prevendo procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, garantindo a não- utilização das informações em prejuízo das pessoas, respeitando os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos (BRASIL, 2007). Todos os Termos foram assinados ou consentidos por digital pelos participantes.

3.4 Coleta dos Dados

Foram realizadas, com os sete sujeitos da pesquisa, entrevistas abertas não-estruturadas que permitem compreensão mais aprofundada das especificidades culturais dos grupos (MINAYO, 2006), a partir do seguinte enunciado “conte-me o que você vivenciou em relação ao atendimento prestado pelo Centro de Saúde”, sendo que, ao longo de sua narrativa, ao sujeito era perguntado “o que você entende sobre o Programa Saúde da Família”. Minayo (2006) reforça que esse tipo de entrevista contempla o contexto do dia- a- dia, as experiências, a linguagem do senso comum e, uma vez que segue um roteiro *invisível* e permite ao entrevistador

fazer intervenções para ampliar o campo de explanação dos sujeitos para aprofundamento de suas informações, assim como permite o silêncio dos entrevistados. Assim, o sujeito da pesquisa tem liberdade de seguir uma seqüência própria, relatando suas preocupações, relevância e ênfase sobre o assunto em pauta. Em relação às representações sociais, Souza Filho (2004) afirma que a utilização de questões abertas e a pesquisa qualitativa são importantes quando os sujeitos estão familiarizados com o assunto a ser pesquisado, sendo uma forma de compensar lacunas de conhecimento de temas de interesse coletivo.

O número de entrevistas não foi estabelecido a priori, uma vez que, de acordo com Minayo (2006), seguimos o critério de saturação, que é definido pela autora como o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que pôde compreender a lógica interna do grupo em estudo. Fontanella *et al* (2008) destacam que amostras qualitativas não se atêm exclusivamente à quantidade, como em epidemiologia, mas sim à qualidade das informações obtidas e à representatividade das informações. Outro aspecto abordado é de que os estudos que utilizam a saturação dos dados precisam relacionar-se ao objetivo da pesquisa, à delimitação do problema de pesquisa e ao desenho teórico utilizado. Assim, a saturação perpassa diversas singularidades que se relacionam ao pesquisador e aos sujeitos pesquisados. Dentre tais singularidades, podemos destacar a percepção/ cognição do pesquisador em relação à coleta de dados, ou seja, a percepção de que aquilo que foi adquirido, em determinado momento da entrevista, é cientificamente viável à análise; a capacidade dos entrevistados para responder ao que se relaciona ao objetivo da pesquisa; e a interação de ambos. Segundo os autores, o que consta em determinadas entrevistas pode sobrepor ou acrescentar às demais, ressaltando também que os discursos referem-se a contextos específicos que são socialmente compartilhados e diferem-se entre os indivíduos, quando pensamos nas diferentes formas pelas quais esses indivíduos interpretam e vivenciam os objetos sociais.

Com base nos autores supracitados, percebemos que os discursos dos sete entrevistados permitiram a contemplação da realidade vivida pela população, visto que há, na construção discursiva de todos os sujeitos, a mesma descrição do serviço, com emergência de representações sobre o mesmo, alcançando-se, assim, o objetivo da pesquisa.

3.5 Análise de Discurso dos Dados

As entrevistas foram gravadas, com o consentimento dos sujeitos, e, para se garantir sua fidedignidade, transcritas de imediato e levadas para uma análise preliminar dos *corpora* a fim de se garantir a saturação dos dados. As entrevistas foram identificadas de acordo com a ordem cronológica de sua realização como E1, E2 e assim por diante até E7.

Após a saturação, iniciou-se uma leitura exaustiva das entrevistas separadamente, denominada leitura vertical. Posteriormente foi feita uma leitura horizontal do texto, a fim de se encontrarem unidades de significados no discurso de cada entrevista. E, por último, foi feita uma leitura transversal em que as unidades de significados foram transformadas em temas, buscando-se um aprofundamento do conteúdo das mensagens.

Como se trata de entrevistas não-estruturadas, o *corpus* constituiu-se do discurso dos sujeitos que discorreram livremente sobre o tema da pesquisa. Porém, em alguns momentos, houve direcionamento do entrevistador na condução dos relatos, já que se trata de um ato de comunicação considerando-se a existência de dois comunicantes o locutor (ao falar) e o interlocutor (parceiro na comunicação).

O enfoque dado às análises foi o de considerar o discurso dos participantes da pesquisa como uma forma de significar o mundo como uma totalidade, incluindo o contexto sócio-histórico. Isso é relevante, uma vez que a linguagem, em suas diversas formas (visual, gestual, falada, corporal, etc) insere-se em um determinado contexto, relacionando-se com os sujeitos em interação e com os sentidos (explícitos ou implícitos).

Assim, podemos destacar que a análise do discurso permite ao pesquisador certa liberdade, principalmente quando o mesmo se encontra inserido no mesmo contexto em que se dá a comunicação.

Para se chegar às análises, foi preciso transpor o que é estudado na lingüística sobre Análise de Discurso, para o entendimento e recorte do *corpus*, tendo sempre como foco a apreensão das representações sociais dos usuários. Analisamos os discursos conforme os Modos de Organização do Discurso – MOD, propostos por Charaudeau (2008).

Segundo o autor, é preciso considerar quatro componentes essenciais à comunicação, a situação de comunicação (constitui o enquadre físico e mental dos parceiros da troca linguageira e ligados por um contrato de comunicação); os MOD (princípios da organização da matéria lingüística e da finalidade do sujeito em se comunicar); a língua (constitui o material verbal estruturado em categorias lingüísticas com uma forma e com sentidos) e o texto (representa o resultado do ato de comunicação da interação entre os sujeitos falantes).

Assim, a análise do *corpus* da pesquisa fundamentou-se na finalidade dos sujeitos em comunicarem e na maneira como o discurso dos mesmos foram organizados no momento da entrevista. Para Charaudeau (2008) os MOD são constituídos por quatro modos: Enunciativo, Descritivo, Narrativo e Argumentativo.

Em relação ao MOD Enunciativo, podemos dizer que a construção do *corpus* de cada entrevista foi entremeada por este, que consiste em organizar as categorias de língua, ordenando-as de modo que o locutor se dê conta da posição que ocupa frente ao interlocutor e vice-versa. Tais categorias referem-se ao emprego da gramática, de tempos verbais, dentre outros que, isolados, não garantem o entendimento ou o sentido de um discurso.

Ressaltamos que os MOD Descritivo, Narrativo e Argumentativo são os mais evidentes ao longo do *corpus* da pesquisa, mesmo que permeados pelo MOD Enunciativo. Charaudeau (2008) afirma que um texto sempre é heterogêneo, podendo haver um imbricamento dos modos em sua organização. Assim, a construção de um discurso pode ocorrer com a contribuição de cada MOD, cada qual com suas particularidades, tais como por meio de nomeação, localização e qualificação de seres ou objetos, próprios do modo descritivo; ao criar relações entre os pensamentos, próprios do modo argumentativo e do modo narrativo, ao subsidiar elementos para testemunho de uma experiência. Foram essas as características da organização do discurso que encontramos para analisar o *corpus*.

Em relação ao MOD Descritivo, três são os seus componentes: nomear, (constitui-se em dar existência a um 'ser', envolvendo a percepção de uma diferença na continuidade do universo e, ao mesmo tempo, associá-la a uma semelhança, consistindo na classificação); localizar-situar (consiste em atribuir características ao 'ser' na medida em que ele depende de sua posição espaço-temporal); e qualificar (consiste em atribuir sentidos particulares aos 'seres', o que depende da

singularidade do sujeito falante ou da maneira de os sujeitos manifestarem seus imaginários).

Quanto ao MOD Narrativo, para que se constitua, é preciso haver uma narrativa, com contador (narrador ou testemunha) que tem a intencionalidade de contar algo a um destinatário (ouvinte) resumindo aquilo que dá sentido ao discurso. Assim, a narrativa precisa inserir-se em um contexto, com a finalidade de apresentar respostas aos questionamentos das pessoas. Charaudeau (2008) ressalta que contar é uma atividade posterior, que faz parte do passado, permeada por tensões e contradições, visto que uma narração jamais será fiel ao que passou, por mais que tenha sido vivenciada pelo sujeito. A composição da narrativa não é fixa, pois os sujeitos muitas vezes encenam de maneira não previsível, mas existem componentes que auxiliam a sua construção, como as seqüências e os actantes. As seqüências dependem da sucessão de ações segundo uma lógica, enquanto os actantes desempenham um papel particular relacionados à ação da qual dependem, podendo haver uma hierarquia (actante principal e secundário) entre os mesmos.

O último MOD, o Argumentativo, apresenta-se em contato com um saber que considera a experiência humana. Assim, o sujeito que argumenta procura explicar e transmitir ao interlocutor uma proposta que seja legítima, para que esse alvo da argumentação possa compartilhar da mesma *verdade* do sujeito argumentante, por meio de suas explicações.

Outro aspecto relevante na análise do *corpus* foi o de considerar as formas aparentes do discurso, que, segundo Fiorin (1997) são os fenômenos e a essência. O primeiro refere-se àquilo que é visível, que se encontra explícito no discurso (mais próximo possível de elementos naturais reais, como objetos, para fazer uma descrição mais próxima da realidade mas que, por sua vez, precisa exprimir uma idéia inaparente). O segundo faz alusão ao que pode ser apreendido quando contextualizamos, interpretamos os elementos implícitos do discurso.

O discurso dos entrevistados, perante o recorte do *corpus*, está associado aos modos de organização e à essência do discurso, retratando um sistema de saúde. As pessoas dão ênfase ao atendimento prestado pelos profissionais de saúde, como testemunhas de uma época em que a saúde era caracterizada por um atendimento marcado pela exclusão.

Ao longo de cada entrevista, são apresentadas comparações entre o atendimento prestado no momento presente e aquele do passado. Isso, de acordo

com Moscovici (2003), relaciona-se ao processo de familiarização de algo não familiar ou desconhecido a algo já significado pelas pessoas ou grupos sociais. Segundo Jodelet (2001), os meios diversos que as pessoas encontram para entenderem, justificarem, significarem um determinado objeto, ocorrem por meio de resquícios, por ressurgimento de crenças arcaicas em virtude de falta de informação a respeito de determinado tema. As pessoas criam representações “correspondentes a saberes enterrados na memória social, por causa de seu valor simbólico, às vezes, orquestrado com fins políticos e sociais” (JODELET, 2001, p.20).

Há um recorte temporal realizado pelos entrevistados, demarcando uma mudança ocorrida nesses anos. Dentre os recursos para a construção da narrativa, os usuários utilizam o tempo verbal, no pretérito imperfeito, sendo isso um ponto de referência nesse modo de organização (CHARAUDEAU, 2008). Os entrevistados narram conforme um enquadre espaço-temporal, caracterizando e qualificando os actantes ou os sujeitos responsáveis por determinadas ações.

Desse modo, narram e argumentam demonstrando, por meio de recursos lingüísticos, uma maneira de dar maior credibilidade ao testemunho dos relatos e de seguir uma coerência com o que está sendo contado, havendo uma abertura da lógica narrativa, por sucessão de ações com finalidade ou intencionalidade (CHARAUDEAU, 2008). Porém, as seqüências das narrativas dos entrevistados não ocorrem de maneira linear, sendo que há um modo de encadeamento paralelo, ou seja, os acontecimentos são narrados de maneira autônoma cruzando-se em determinados momentos da narrativa. Isso se evidenciou em todas as entrevistas, ao solicitarmos ao entrevistado que nos relatasse o processo de mudança assistencial, a partir do enunciado: “conte-me o que você entende sobre o Programa Saúde da Família”.

Assim, os relatos dos entrevistados dividem-se em representações de um serviço de saúde anterior (*de primeiro, antes, antigamente*) e de um serviço de saúde atual (*hoje, agora*), sendo que a expressão PSF se dá de forma implícita. Isso é relevante quando associado às representações sociais, pois o que há na memória dessas pessoas também influencia essas representações.

Evidenciamos, então, mudanças percebidas pelos usuários que representam a atenção em saúde estabelecida em um **tempo remoto** e percebem mudanças em consonância daquela em um **tempo presente**. A partir desse recorte temporal, o

corpus foi organizado em duas categorias temáticas referentes às representações sociais de um período anterior à implantação do SUS e do PSF, e outra referente às representações atuais sobre o serviço, assim denominadas, respectivamente: 1 – no tempo em que acesso significava espera e falta; 2 – novas formas de fazer saúde, novas formas de representá-la.

4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir da análise das entrevistas apreendemos as representações sociais sobre o PSF. As pessoas percebem as mudanças que ocorreram com a implantação do SUS e do PSF, apesar de não saberem nomeá-lo ou conceituá-lo conforme as categorias a seguir.

4.1 No Tempo em que Acesso Significava Espera e Falta

Essa categoria refere-se ao recorte do *corpus*, em que se evidenciam, no discurso dos usuários, as representações sociais acerca do serviço de saúde em um tempo passado, anterior à implantação do SUS e do PSF. As marcas desse tempo remoto estão representadas pelas longas filas, a longa espera para serem atendidos; a escassez de recursos materiais e humanos (profissionais); um serviço de saúde repleto de dificuldades restrito às consultas médicas e à cura de doenças:



FIGURA 3 – Representações Sociais dos usuários sobre o atendimento antes da implantação do PSF. Belo Horizonte, 2008.

Uma das representações mais marcantes do atendimento realizado nesse tempo e que é um marco da discussão da Atenção Primária em Saúde (APS) na década de oitenta, são as imensas filas que se formavam para se conseguir uma ficha para se consultar:

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

Acontecia de gente chegar pra fazer exame, **ficar lá na fila duas, três, quatro, até o dia inteiro. E2**

A **gente ia pra lá, umas quatro horas da manhã** pra gente conseguir uma ficha. **E3**

Ah **era** muita, vinha **gente de São José**, não sei de onde que vinha, gente de tudo quanto é canto do mundo. **Era demorado, era demorado. E4**

Tinha fila. Tinha que dormir na fila ficava ali no, na rua, ali na beira do meio fio. Quando abria, aí que entrava, né, entrava e **atendimento por chegada. E6**

Era sem recurso, né, **em vista de agora**, que tá com mais recurso, mais atendimento. **E7**

Dessa forma, as narrativas dos sujeitos apresentam uma sucessão de ações passadas na tentativa de mostrar ao destinatário a construção de uma realidade vivida. Conforme Charaudeau (2008), o MOD narrativo pode associar-se ao descritivo, já que, para contar (*a gente ia, era demorado, tinha mais fila*), é preciso descrever, por meio de ações e qualificações (*tinham as dificuldades, ficá lá na fila duas, três, quatro, até o dia inteiro*).

A utilização desses recursos lingüísticos mostra a precariedade do sistema de saúde brasileiro, um atendimento repleto de dificuldades, vivenciado e relatado pelos sujeitos, no tempo gasto nas filas que se formavam de madrugada e estendiam-se pelo dia inteiro, além de apresentarem que moradores de outros territórios iam buscar atendimento, sendo este focado no profissional médico, são reflexos da escassez de recursos destinados à atenção básica da época.

Podemos destacar que o controle do Estado sobre a saúde, durante as décadas de 60 a 80, tinha como prioridade os serviços de assistência médica com atendimento aos doentes no âmbito hospitalar em detrimento das Unidades de Saúde (BERTOLI FILHO, 1996). O contexto que os usuários vivenciaram aponta

reflexos da maneira como eram conduzidas as questões de saúde no país, uma vez que os serviços eram centralizados nas esferas federal e estadual.

Porém, a permanência *o dia inteiro* não assegurava o atendimento, como se evidencia nos relatos a seguir:

(...) Porque, **antigamente, você** chegava, por exemplo, sentindo uma dor, **se tivesse vaga pro médico, tem, se não tivesse não tinha. E1**

Aí **tinha** vez que **a gente** nem **conseguia**, né, porque já tava cheio, né? **A gente ficava do lado de fora** e aquela fila de todo tamanho, quando **chegava lá dentro já não tinha consulta mais. E3**

(...) **a gente tinha** que **chegar** lá e o médico que tava lá que atendia a gente, né. **E7**

Os entrevistados, assim como as demais pessoas que freqüentavam o Posto enquanto agentes de uma ação, empreendiam a busca por um atendimento (**a gente tinha que estar no Posto seis e meia. Acontecia de gente chegar pra fazer exame**), que conduz à idéia de que era preciso adotarem estratégias para conseguir esse atendimento, e portanto, dependia da necessidade que tinham em *chegar* ou não *de madrugada*. O acesso ao serviço é apresentado como limitado, pois mesmo em situação de doença não eram atendidos (*se tivesse vaga pro médico, tem, se não tivesse não tinha; Aí tinha vez que a gente nem conseguia, né, porque já tava cheio, né?*).

A postura adotada pelos usuários reafirma que as representações sociais estão “profundamente incorporadas nas ações das pessoas e exercem uma coação que se estende a todos os membros de uma comunidade” (MOSCOVICI, 2003, p.176). Por isso, a necessidade de chegarem cedo, acordar de madrugada para garantir um lugar na fila ou mesmo um atendimento. Representam, portanto, a idéia de que o serviço atendia a quem chegasse primeiro, sem priorizar o quadro de saúde de cada pessoa, influenciando na baixa resolutividade do serviço público de saúde e reforçando ações de iniquidades características daquele momento histórico.

Dos relatos apresentados, emergem as dificuldades de acesso ao atendimento, como as filas e conseqüentemente um acúmulo de pessoas para se consultarem, e da ausência de profissionais para realizarem a consulta. A organização do atendimento focava-se em apenas um profissional, o médico. Assim

se estabelecem as representações dos entrevistados, referentes ao modelo de saúde anterior.

A gente chegava lá e já **marcava pro médico**, sabe. Aí podia assim, se tivesse já era, acho que quatorze ou quinze pessoas que ele atendia... **E7**

Arruda (1985), em seu estudo sobre as representações de mulheres sobre a saúde, afirma que o acesso ao serviço está entre as dificuldades apontadas pelas entrevistadas quanto ao atendimento. Corroborando com este estudo, Oliveira *et al* (2008) afirmam que a memória dos profissionais de saúde antes da implantação do SUS, refere-se às dificuldades de acesso aos serviços, sendo importante considerar o que esses profissionais trazem sobre o SUS, pois são os principais responsáveis pela implementação do atual sistema de saúde e, principalmente porque há uma prescrição normativo-institucional do Ministério da Saúde em detrimento do que é construído pelos profissionais no cotidiano de trabalho.

E justificativas vão sendo encontradas para entender as dificuldades diante do fenômeno da falta e da espera:

(...) eram menos **médicos**, (...) **Antes, tinha** mais dificuldade, **porque são poucos os médicos e... os doentes muitos**. **E1**

Antes, não tinha atendimento das enfermeira, **era só o médico**, que eu me lembro. **E5**

As dificuldades encontradas pelos usuários também relacionam-se às particularidades do atendimento prestado e convergem-se na resolução de seus problemas de saúde, já que no imaginário dessas pessoas a demora era decorrente da desproporção entre o número de atendimentos e a quantidade de pessoas a serem atendidas (*tinha mais dificuldade, porque são poucos os médicos e... os doentes muitos*). O argumento apresentado por E1 advém de uma tentativa de explicar ou mesmo entender esse fenômeno social, construindo, assim, representações sociais por meio da comunicação e de uma interação diária entre as pessoas (MAFFESOLI, 1988; JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2003).

Podemos identificar também dificuldades relacionadas à estrutura física para o acesso à UBS, conforme expõe E2:

Então, **depois desse Posto aí começou melhorar.** (...) Isso aqui era tudo mato. (...) Aqui, aqui não tinha saída não, pra ir pro Posto, não. Então, **rodava era por aqui.** Isso aqui **era um sofrimento que só cê vendo.** (...) Porque, não ti... era puro mato. (...) Quando chovia, a gente passava água por assim [mostra apontando a perna]. Por água no joelho. É! **Isso aqui não tinha, não tinha nada. Aí depois, foi melhorando.**

A falta de estrutura física local, na época em que *era tudo mato*, desperta em E2 *um sofrimento*, que precisava ser visto para ser compreendido. A construção do Posto trouxe melhorias para o bairro, sobretudo quanto ao acesso físico, o que demonstra a importância dessa construção, visto que *aqui não tinha, não tinha nada*. O espaço e o território estão estreitamente relacionados ao cotidiano das pessoas pois são locais onde se encontram, conversam e partilham representações, sendo uma das características da socialidade¹, que Maffesoli (1988) considera enraizada no ambiente urbano das grandes cidades.

Diante das dificuldades, os usuários ainda qualificam o atendimento recebido como *péssimo, ruim*, e tais qualificações são justificadas pelo excesso de pessoas para serem atendidas e pela desorganização do serviço.

Era ruim, naquele tempo **não era ruim** não, **era péssimo.** E2

Demorava muito bololava, bololô de gente e não conseguia, **tinha umas coisas bem descontroladas**, né. E4

Os silêncios que entremeiam os discursos também nos demonstram as qualificações dos serviços, a ausência de palavras, o não-dito carrega em si sentidos que podem ou não ser captados pelo interlocutor (ORLANDI, 1997). E3 dá-nos uma possibilidade de encontrar sentidos em sua fala:

(...) Porque **tinha vez** que era muita gente né. Aí a gente ia, pra marcar esse exame de prevenção. Inclusive, tá com uns três anos que eu não faço isso. (...) Ah, **tinha hora** que conseguia, **outra hora não. Mas eu é que não tinha paciência, né de na fila.**

O que E3 silencia ou expressa, em suas palavras entremeadas de silêncio, é a auto-responsabilização de algo que lhe foge à governabilidade. Não ser atendida,

¹ Maffesoli, 1988. Termo empregado pelo autor para designar “o ser -estar junto com”, característica essencial das interações presentes no cotidiano que possui uma finalidade em si própria.

ou não ter paciência, é dizer que não resolvia seus problemas e denuncia, de certa forma, a falta de responsabilidade do Estado para com a saúde das pessoas.

(...) ele [o silêncio] é a possibilidade para o sujeito de trabalhar sua contradição constitutiva, a que o situa na relação do um com o múltiplo, a que aceita a reduplicação e o deslocamento que nos dizem ver que todo discurso sempre se remete a outro discurso que lhe dá realidade significativa (ORLANDI, 1997, p. 23).

Ou seja, por meio do não dito, E3 qualifica o serviço e como o discurso não possui um sentido, mas múltiplos sentidos, essa qualificação se apóia nos relatos de E1, E2 e E4 que nos são apresentados explicitamente, ao dizerem que *as coisas eram descontroladas, era péssimo*, sendo responsabilidade de outrem e não de si.

Assim, os usuários representam o serviço e o atendimento prestado como ruins, devido às dificuldades apontadas. São explicações que os sujeitos dão para a situação em que se encontram, para se confortarem e, assim, “criam condutas interindividuais ou intergrupais a partir de uma realidade social comum cuja origem precisa ser encontrada no contexto social” (MOSCOVICI, 2003, p. 154). É preciso, então, os sujeitos elaborarem o saber popular a respeito de algo para seguirem determinadas condutas.

Ao revisarmos a história do Sistema de Saúde Brasileiro, identificamos que a preocupação do Estado com questões referentes à saúde pública, delineou-se, por anos, de acordo com a determinação do desenvolvimento econômico, sendo a saúde um acesso restrito a classe trabalhadora (BERTOLI FILHO, 1996; ALEIXO, 2001), reforçado pelo atendimento médico privatista ligado à Previdência Social antes da implantação do SUS.

Por isso, mesmo que as representações dos usuários em relação ao modelo de saúde estabelecem relação com a falta e a escassez, comprovando a ausência de um território onde pudesse ser delimitado o perfil epidemiológico e demográfico para um atendimento resolutivo. Além da precariedade da própria saúde, convivia com a precariedade do atendimento em todos os seus aspectos físicos, humanos e organizacionais.

O modelo previdenciário de atenção à saúde propunha uma assistência médica centrada na cura de doenças, na fragmentação dos indivíduos e em um atendimento prestado a determinadas categorias profissionais (LOPES *et al*, 2007). Diante dos relatos, evidencia-se a predominância de ações destinadas ao

atendimento médico (*A gente chegava lá e já marcava pro médico*). O destaque dado à figura médica justifica-se pela presença de ações ligadas diretamente aos mesmos e ao considerarmos o contexto de atenção à saúde que essas pessoas vivenciaram. Assim, a finalidade de ir ao Posto resumia-se em procurar esse profissional, enquanto agente da ação de diagnosticar, solicitar exames, prescrever remédios, enfim, responsável pelo tratamento das doenças.

O destaque dado à figura do médico reforça a importância desse actante principal, responsável pelas ações de saúde desenvolvidas junto à população, anteriormente. Assim, as representações sobre o atendimento, sobre os cuidados de saúde das pessoas são direcionadas ao médico. Isso reforça o modelo de atendimento biomédico, centrado na doença e que até hoje influencia a atenção em saúde. De acordo com Queiroz (2008), há uma cultura dos usuários, centrada em procedimentos próprios dos níveis secundário ou terciário, que resulta “na busca por acesso a tecnologias capazes de significar a dor ou a cisma” (QUEIROZ, 2008, p. 52). Isso perpassa, também, a necessidade de ter acesso aos serviços hospitalares, a equipamentos de apoio diagnóstico e tratamento medicamentoso que se destinavam a trabalhadores assalariados e que contribuía com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Desse modo, as pessoas do meio rural e outras que não tinham como pagar eram atendidas por serviços públicos (KLEBA, 2005).

Evidenciamos, portanto, a responsabilidade exclusivamente médica para o atendimento às pessoas. Mas não bastava conseguir a consulta, os exames ou o atendimento, pois há manifestação de insatisfação quanto à postura do profissional diante o usuário.

Naquele tempo, até **os médico** era ingnorante, todos os. (...) É porque, quando ia atender a gente, **atendia com a cara ignorada, com aquela brutalidade**. Não sabia como portar a gente. (...) Pra eu aposentar, eu fiquei cadastrado, eu chegava três horas da manhã...
E2

Quanto a essa postura dos profissionais, Silva (2006), em seu estudo com profissionais da Atenção Básica do município de Belo Horizonte, apresenta que os profissionais reconhecem a indiferença com que tratavam as pessoas, mas vêem tal postura como angustiante, já que, hoje em dia, experenciam uma relação agradável de vínculo com a população. Outro aspecto apontado pela autora é o de que a inserção do acolhimento, enquanto postura e técnica nas Equipes de Saúde da

Família, veio como possibilidade de ampliar as relações entre equipe-equipe e equipe-usuário (SILVA, 2006).

A necessidade de atendimento ocorria de maneira pontual e imediata, não havendo um acompanhamento do estado de saúde das pessoas, não se conhecia o usuário, muito menos criava-se vínculo, por isso mesmo a população provinha de qualquer lugar (*vinha gente de São José, qualquer lugar*). Assim, as representações de um modelo de saúde individualizado e emergencial configuraram-se conforme a organização do serviço e do apoio do Estado em priorizar as atividades curativas e pontuais.

Mas era assim, né, **eles** [os médicos] **ia atender**, né, mas é... **de hoje pra amanhã**. Aí, **eu já ficava pra amanhã**, aí eu ia e eles marcava pra mim. **E3**

Outro aspecto que, no discurso dos usuários, nos chama atenção é a indeterminação das pessoas que os atendia, ou seja, uma forma de generalizar também o atendimento feito por um profissional qualquer, do qual nem se lembra o nome:

Tinha as enfermeiras, tinha é o... **o vigia**, tinha **os atendentes**, tinha **um porteiro**. São **essas pessoas** assim, não lembro o nome deles. **E1**

(...) **algumas meninas** da outra época, né, que eu não lembro o nome. **E5**

Há nesses relatos algo implícito que reforça a ausência de vínculo entre os profissionais e a população, mesmo que tenham consultado no Posto *toda vida*. O desconhecimento dos nomes nos mostra a distância dos usuários e os profissionais naquele tempo. Silva (2006) afirma que o excesso de demanda espontânea, a ausência de ações destinadas à coletividade e de demarcação territorial são características das Unidades de Saúde de Belo Horizonte antes da implantação do PSF. Logo, o não – conhecer é compartilhado, nesse momento, tanto por profissionais quanto pelos usuários das Unidades.

De acordo com Bertoli Filho (1996), desde o momento de responsabilização do Estado para com a saúde pública da população do Brasil, ou seja, no final do século XIX, somente médicos diplomados ou vindos da Europa (especificamente da

França) poderiam tratar da saúde da população. Isso se torna considerável, ao pensarmos que, no imaginário das pessoas, há estruturas específicas – tais como instituições públicas, igrejas, universidades – das quais os indivíduos fazem parte (MOSCOVICI, 2003). Isso, em outras palavras, significa que o imaginário de um grupo social delinea-se conforme o cenário político-econômico vivenciado.

Assim, a história da saúde pública favorece o destaque dado aos médicos pela população e pelo governo, visto que as intervenções na saúde eram realizadas por esses profissionais (BERTOLI FILHO, 1996). Tal destaque é também percebido quando mencionam a presença de outros profissionais no serviço, nomeando-os por meio de suas ações, como actantes secundários do atendimento prestado.

Ao mesmo tempo em que a utilização do verbo no passado refere-se a uma época, dando idéia de distância, há também idéia de proximidade. Isso nos demonstra que as representações dos usuários perante o atendimento sofrem mudanças. Para Moscovici (2003) elas não são inertes nem mortas, elas circulam e sofrem influências do meio ou do contexto social. Enquanto Jodelet (2001) afirma que as representações sociais possuem características, tais como: vitalidade, transversalidade e complexidade, dadas pela importância da comunicação no processo de interação social para a construção de representações e pelos aspectos cognitivos e sociais na estrutura e na construção dessas representações.

Nessa categoria, apresentamos os discursos dos usuários referentes a um serviço que, com o passar dos anos, modificou-se. Foram utilizados, para narrar, elementos lingüísticos que se sucedem até um desfecho (*Aí depois, foi melhorando.*), característicos de um modo de organização narrativo.

Podemos, então, apreender que as representações sociais dos usuários sobre o atendimento anterior ao PSF, referem-se às dificuldades percebidas pela falta de recursos materiais, por escassez de profissionais médicos, resultando em demora para serem atendidos e em ausência de vínculos tanto com os profissionais quanto com a própria Unidade de Saúde. Outra representação que emerge dos discursos é a desorganização (*falta de controle*) do atendimento prestado, associado ao excesso de pessoas para um Posto de Saúde apenas. São imaginários que se manifestam, por meio da memória social de um período histórico em que a saúde pública priorizava o atendimento hospitalar e em casos de doenças ou surtos epidêmicos. Isso se refletiu estruturalmente no Serviço e diretamente nas demandas trazidas pela população.

As representações sociais fazem as pessoas adotarem comportamentos condizentes com as mesmas. Assim, um serviço de saúde representado como precário, resulta em sentimentos relacionados a sofrimento, falta de paciência e descaso para com a própria saúde, visto que a responsabilização do Estado em garantir acesso a esses serviços não responde a suas necessidades.

A seguir, apresentamos a categoria, em que as representações sociais sobre o Programa de Saúde da Família emergem ancoradas na categoria precedente.

4.2 Novas Formas de Fazer Saúde, Novas Formas de Representá-la

A presente categoria refere-se às representações sobre o atendimento prestado, na atualidade, pelos profissionais do Centro de Saúde. Parece haver uma re-significação das representações anteriormente construídas diante de um serviço de saúde, que se encontra, no atual momento histórico, em processo de transição, estabelecendo novas formas de atenção à saúde da população, mas que também preserva características do modelo anterior (FIG. 4).



Figura 4 – Representações Sociais sobre o Atendimento Prestado Atualmente. Belo Horizonte, 2008.

O SUS, construído a partir de lutas políticas, por diálogo da academia e de parte da sociedade civil ou por movimentos sociais tem, em sua base, o conhecimento científico, a percepção de um mundo social. Como também o desenho do BH Vida: saúde integral com suas diretrizes operacionais que influenciam o agir cotidiano dos profissionais de saúde e destes para com os usuários, ambos demonstram características do “universo reificado”.

Por meio do discurso dos usuários, identificamos o processo de formação do senso comum a partir das ações dos profissionais, de um contato diário e no modo de organização do serviço, devido aos princípios doutrinários e organizacionais do SUS e também, das diretrizes do BH Vida: Saúde Integral. Penna *et al* (2008), em estudo realizado com profissionais de saúde da rede hierarquizada do município de Belo Horizonte, ressaltam que tais princípios encontram-se parcialmente inseridos em suas práticas cotidianas, considerados pelas autoras como a “comissão de frente”, responsáveis diretos para a efetivação do SUS.

A presente categoria encontra-se dividida em duas subcategorias: Noções do Programa Saúde da Família; E as coisas melhoraram?!

4.2.1 Noções do Programa Saúde da Família

Os usuários relatam as mudanças ocorridas, a percepção de uma melhoria, significando assim o atendimento prestado pelos profissionais da UBS. Porém há algo que chama atenção, quando interpelados sobre ‘o que é PSF?’, as respostas são inúmeras, desde um silêncio até a explicitação sobre o que sabem a respeito, apesar de enunciarem com interrogação ou negação.

O silêncio é a primeira manifestação de E1, sendo que, posteriormente, indaga:

[Silêncio] É aquela? Aquele programa? Que... são ‘aten’... **tem atendimento em casa?! As pessoas saem, as funcionárias saem para dar atendimento fora da, do posto?** (...) Eu não sei bem, porque nunca fui atendida por eles, mas o que eu percebo é que **eles dão assistência às pessoas que não tem muita condição** de vir ao posto. É, **as meninas** vão, procura saber as necessidades, **aonde** é que tem uma pessoa **necessitada de, de médico** que não tem

condição de vir ao posto. (...) Porque sai uma turma. **Tem uma turma que sai pra visitar as pessoas.** (...) É justamente, por isso que **eu não tenho muito conhecimento, porque... fala-se pouco.** (...) Não é um programa assim: **bem expansivo, bem falado não.** (...) É, poderia ter alguém, por exemplo, no posto, né, que fizesse uma reunião, fizesse um esclarecimento maior... EU (enfática) tiro essa conclusão, entendeu? (...) A **equipe que... visita a respeito da dengue** essas coisas e tem a **outra turma** que sai, **vão nas casas** atendem às famílias que não podem, por exemplo, se você tem um doente que não pode vir ao posto, eles vão lá. **E1**

O relato apresenta informações ricas em sentidos. Há primeiramente, um silêncio e, posteriormente, interroga sobre aquilo que presencia, quase que à distância, para depois fazer uma descrição da forma como percebe o trabalho realizado por alguns profissionais do Posto. Ela significa o PFS como ir além (*fora do Posto, onde tem pessoas que não tem muita condição de vir, vão às casas*), mas apresenta-se insegura em afirmar isso, pois não é *bem expansivo, bem falado não*.

Lopes *et al* (2008) afirmam que a visita domiciliar consiste em uma prática antiga e também uma tecnologia para a efetivação da Saúde da Família, sendo importante que os profissionais a pensem como possibilidade de reflexão de suas ações, de conhecer os fatores determinantes da saúde das pessoas e de sua qualidade de vida.

Apesar dessa noção, atualmente, tal prática passa por divergências sobre sua realização e seus conceitos o que pode justificar a distância com que é vista por E1.

Podemos considerar que a prática em saúde do Programa parece ser restrita, além de certo desconhecimento ou indecisão de quem são as pessoas que realizam o *atendimento em casa* (*as funcionárias, as meninas, uma turma*). Dessa forma, chama-nos atenção a pouca divulgação feita sobre o Programa e a necessidade de informações que as pessoas têm para *expandir* seus conhecimentos sobre determinados fenômenos, como o PSF, já que se *fala pouco*.

Talvez seja por esse motivo que E3, E4 e E6 afirmam ter ouvido falar do Programa, ainda com certa insegurança ao dizê-lo. Portanto, questionamos: será que a informação como nos sugere E1 seria o suficiente?

Isso aí eu não posso falar que eu não sei direitim. (...) **Já ouvi falando**, a menos isso eu ouvi já. (...) Ah, **eu vejo falando** é... **É na televisão**, essas coisa assim. Isso que eu vejo falar. (...) Ah, eu penso que é bom. Eu penso que é. Penso que é muito bom. (...) Eu tava, eu pra mim tá chegando. **Eu pra mim tá chegando.** (...) Se

Deus quiser. (...) Eu penso que tá. (...) Ah, pra mim eu penso que traz de bom. (...) É... Saúde pra gente, né, pra família, né. Eu acho que chega sim. (...) É hoje não né, por enquanto. **E3**

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

[Silêncio]. Atualmente, eu num tô muito ao par, **eu vejo falá**, mas num... (...) Sobre as condições que eles estão fazendo aí, mas... eu sou muito assim, realista. **Falam muito que tão fazendo muita coisa**, mas tá morrendo gente aí na fila quase todo dia, por falta de atendimento, uai. Quê isso? Como é que o povo paga uma coisa e faz outra? **E6**

Diante dos relatos acima, inferimos que as informações fornecidas pela mídia ou por outros meios não são suficientes para demonstrar os significados do PSF. É necessário algo mais, talvez vivenciar um atendimento mais próximo de si, pois não podemos nos limitar às informações fornecidas pelos meios de comunicação de massa para a formação do senso comum. Os entrevistados acima têm certa noção do que seja esse Programa, ao serem estimulados a falar mas ainda falam como algo distante deles (*eu pra mim tá chegando, nunca fui atendida por eles*). Além de E4, que ainda responsabiliza a si própria pelo desconhecimento (*minha cabeça tá tão ruim que eu nem...*). Tal responsabilização, seja pela espera do passado ou por desconhecer o conceito de PSF, destina-se aos próprios usuários. Entre os dizeres, acima, encontramos sentido naquilo que se encontra implícito, pois o PSF não contou com a participação das pessoas para ser inserido no contexto de suas vidas, partiu de prescrições feitas pelo Ministério da Saúde. Outro aspecto que é preciso ressaltar é o de que o conceito é algo que exclui, que restringe e limita o fazer e o viver, característicos do cotidiano, e a noção agrega, forma (MAFFESOLI, 1988). Então, os usuários silenciam o conceito, mas a partir do que vivenciam no cotidiano, apreendem a noção desse *modo que está agora*.

A impossibilidade de E6 frequentar o serviço é uma maneira de vivenciar e, conseqüentemente, aproximar-se dessa noção, ao dizer que *o meu contato com eles é muito pouco*, apesar de precisar de visitas domiciliares. E, assim, mostra-nos como a prática extra-muros, sair dos consultórios e ir até às pessoas, está sendo construída, e ainda parece ser privilégio de alguns usuários a presença do profissional em suas casas.

É interessante observar que, dentre os depoentes, E6 julga-se distante dos profissionais, por não ter condições físicas de ir ao serviço. Mas percebemos, em

seu discurso e dos demais entrevistados, uma associação de saúde da família com visitas domiciliares. Entretanto, o entrevistado reafirma a representação fundada ainda no modelo anterior da presença de filas e denuncia a falta e descaso do atendimento prestado, pois ainda morre *gente todo dia aí na fila*, ressaltando no discurso que o setor saúde divulga ações, mas no cotidiano elas não se concretizam. Assim é que seu desconhecimento do PSF, enquanto conceito, não é inerente ao *pouco contato com* os profissionais pois, mesmo aqueles que têm um contato constante com o serviço desconhecem-no.

A idéia acima é apresentada por E2, que, em um primeiro momento, silencia para depois, negar qualquer conhecimento sobre a expressão Programa Saúde da Família, apesar de *a gente vê falar, mas não...* Sendo para E2, responsabilidade da esposa saber, por ela ir ao serviço com mais freqüência. Novamente, implicitamente, é apresentado que as pessoas que têm contato direto são as que sabem decifrar o que seja PSF, mas a esposa de E2 diz:

Isso aí eu também não sei não. (...) Às vezes, a gente até mexe, mas não sabe que fala é assim.

Sobre o silêncio dos entrevistados, Holanda (1992) afirma que o nomear é uma forma de apropriação ou de aproximação, sendo o silêncio um distanciamento. Apesar da palavra não ser necessariamente o primeiro recurso para a comunicação, isso implica que a ausência da palavra remete a muitos sentidos, como o não-saber, o desconhecer, o omitir por não querer expor um pensamento e, assim, formar uma imagem perante o interlocutor, por receio das palavras, por desconfiança. Isso porque as pessoas “optam por falar certas coisas para silenciarem outras, às vezes, para esconderem pensamentos e sentimentos, para (dis) simularem” (MELLO, 2002, p. 269).

Para Orlandi (1997), a necessidade de ter que entender algo imediatamente e responder transparentemente com racionalidade e objetividade, faz com que o homem perturbe o silêncio, sem se dar tempo suficiente para trabalhar a diferença entre falar e significar. Para a autora, o silêncio é um momento em que há pensamento, introspecção, contemplação. Assim sendo, podemos entender o porquê do silêncio dos usuários quando interpelados, com posterior enunciação.

Outro aspecto apresentado pela autora supracitada é sobre o papel dominante da linguagem, do visível em nossa sociedade, tendendo a valorizar o que é aparente, o que é imediato e que, por si só, traz uma significação. Para ela, 'ao invés de pensarmos o silêncio como falta, podemos, ao contrário, pensar a linguagem como excesso' (ORLANDI, 1997, p. 33).

Para apreendermos e compreendermos os múltiplos silêncios é preciso levar em consideração as pistas, a historicidade, o contexto para a construção da significação do silêncio. E assim, o momento de implantação do PSF torna-se fator relevante, pois houve efetiva participação da população na VIII Conferência Nacional de Saúde, mas não houve participação no momento de implantação desse Programa, enquanto estratégia.

Podemos também compreender parcialmente o desconhecimento do PSF, enquanto conceito, ao nos apropriarmos das idéias de Maffesoli (1988) quando diz que um mesmo objeto pode ser visto por diferentes ângulos e, por isso, ser percebido de diversas maneiras. O conceito, para esse autor, é algo que pode restringir o que as pessoas sabem de determinado objeto pois o imaginário que faz parte do viver cotidiano é "formante"² das noções que as pessoas concebem sobre tal objeto (*Às vezes, a gente até mexe, mas não sabe que fala é assim*). Assim, os fatos que ocorrem no cotidiano, os fenômenos "societais"³, os resíduos são caracteres essenciais para dar relevo e transparência à variedade de fenômenos existentes (MAFFESOLI, 1988). Isso, em relação ao que acabamos de analisar pelo discurso dos usuários sobre o Programa Saúde da Família, apresenta-nos o que Maffesoli (1988) nos diz, pois as pessoas descrevem, narram fatos associados à estratégia que provocou mudanças e que, no atual momento, é formada pelo relevo, pelas representações sociais das experiências, do contato ou "o estar junto"⁴ com os profissionais ou no seio da própria população nesse contato diário que dá tantos formatos à vida social.

Corroborando com as idéias do autor acima, Moscovici (2003) diz que as representações sociais são formadas quando há um objeto social desconhecido e que as pessoas ou grupo, por meio da interação e da comunicação, conseguem mudar ou perpetuar determinados fenômenos. Assim, para o autor, a sociedade

² MAFFESOLI, Michel. O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva, 1988.

³ *Ibidem*.

⁴ *Ibidem*.

muda e cria suas demandas, que são importantes fontes de estimulação, para significarem os objetos sociais a sua volta.

Moscovici (2003) mostra a importância dos imaginários para a apreensão da realidade pelos indivíduos, pois as imagens são formadas a partir de elementos significantes e pelos signos, construídos por meio da ancoragem para serem objetivados ou formarem o imaginário.

Diante dos relatos acima e do restante da análise do *corpus*, podemos afirmar que as pessoas introduzem elementos característicos do atendimento atual que nos aproxima da noção de PSF. Assim, existem elementos significantes mas não há uma objetivação ainda da mudança percebida, visto que não conseguem nomeá-la (*esse negócio*⁵; *um programa*; *no modo que está agora*).

4.2.2 E as coisas melhoraram?!

Os elementos característicos para a noção do PSF advêm das mudanças que, hoje em dia, fazem parte da rotina de trabalho dos profissionais de saúde e são percebidas como melhorias ou por qualificações subjetivas pelos usuários. Isso pôde ser apreendido, uma vez que os entrevistados deixam transparecer seus sentimentos, suas visões de mundo, seus afetos e opiniões sobre o objeto, ou sobre o serviço (*eu gosto mesmo*; *o atendimento não pode ser ruim*). São sentimentos e sentidos que se relacionam às representações sociais do atendimento prestado e que, no conjunto das análises, partem de experiências particulares mas ganham um formato coletivo. Isso se deve ao fato de ser a linguagem falada carregada de sentidos próprios ou característicos de determinado grupo (MARI, 1991).

Se, anteriormente, as pessoas sofriam pela espera, escassez de recursos, de profissionais e pelo atendimento *ruim*, hoje, há outra representação sendo moldada sobre o atendimento. Entretanto, embora haja qualificações, geralmente boas, diante dessa mudança, as pessoas ainda percebem lacunas que precisam ser sanadas. Parece que ainda agem passivamente, sem dar uma devida importância ao que lhe cabe como direito, na maioria das vezes, mesmo que isso faça parte da proposta

⁵ Segundo o dicionário da língua portuguesa, essa palavra significa *caso, coisa, assunto, fato*.

teórica da política de saúde atual, não participam efetivamente da produção de saúde local, não expõem suas sugestões ou idéias, não existe um efetivo compartilhar entre usuários, profissionais ou gerentes.

Nessa categoria, podemos identificar, na narração dos usuários, ações dos profissionais que se referem ao processo de trabalho. Segundo Brasil (2007), a mudança do modelo assistencial à saúde provocou alterações estruturais com implicações no processo de trabalho dos profissionais. Dentre essas, podemos destacar a importância do território pertencente à área de abrangência das UBS, a composição das Equipes de Saúde da Família, a proximidade das Unidades ao território-área, como também o modo de se trabalhar com a população. Assim, podemos afirmar que a implantação do SUS e, posteriormente, do PSF acompanhado dos princípios doutrinários, exigiu, das Equipes, ampliação do foco ao se pensar sobre saúde (BRASIL, 2007).

As mudanças estruturais citadas, influenciaram o fazer cotidiano das equipes; porém, ainda não se delinea conforme o discurso de muitos e o estabelecido por lei (PENNA *et al*, 2008). Ou seja, o fazer cotidiano não ocorre como o esperado, o desejado ou o exigido por lei, mas o que os profissionais conseguem fazer de ações integrais, de resolutividade geram reflexos nos usuários, configurando representações sociais do atendimento prestado hoje pelas Equipes, tais como: bom atendimento, triagem, visitas domiciliares, ações de promoção à saúde, estrutura física, recursos materiais e humanos (FIG. 4). Destacamos que, dentre essas representações, há momentos de reflexão desses usuários, que se referem a possíveis melhorias do serviço.

Nos fragmentos a seguir, novas representações emergem a partir de um discurso sobre as *melhorias* e o *bom atendimento* que criam a possibilidade de melhor acesso:

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

Quando eu vou lá, eu sou bem atendida, **Dr.Quartzo me atende direitinho**, sabe. Ele me atende. (...) Mesmo, mesmo com a demora toda lá, é, é... mas demora mais é só por causa do, do... **eles pedia**

é exame de sangue, sabe. Fazer exame de sangue. (...) Mas eu acho que vai melhorar mais. Acho que vai melhorar mais. Acho que vai. (...) **O Dr.Quartzo me atende eu muito direitim, sabe.** Ele **brinca com a gente, ele caçoa, ele é muito engraçado.** A Ágata, aquelas menina... **E4**

E2 constata que *o atendimento não pode ser ruim* se o tempo de espera para uma consulta diminuiu, mesmo que E4 aponte para uma demora, justificada pela atenção dada no momento da consulta, já que os profissionais *tratam a gente muito bem e atendem direitinho*. Além disso, as relações vão além das estritamente profissionais; o discurso revela uma proximidade entre usuário – profissional, que é *engraçado, caçoa, trata bem*, além de que *no posto se conhece todo mundo*. Isso significa que, para os usuários, o contato próximo com os profissionais é uma razão da valorização do atendimento. A “socialidade”⁶, é a base do cotidiano, é pluralidade de relações pessoais, de senso comum e de convívio. Frequentemente essas relações são consideradas sem importância, como “pequenas coisas”⁷. Aqui, vemos, demonstrado subjetivamente pelos usuários, que essas relações são razão de qualificar como *bom* o atendimento no Posto.

Brito *et al* (2006) afirmam que ‘bom atendimento’ para os usuários se relaciona à interação ou um bom relacionamento deles com o médico. Tal interação perpassa a abertura de diálogo que o profissional permite ao usuário, não apenas direcionado ao corpo físico mas a aspectos subjetivos.

Ao comparar o *nosso Posto ao Hospital do SUS*, E1 ressalta de maneira enfática (*vou te falar a verdade*) os aspectos mais subjetivos do atendimento que representam a importância dada à formação de vínculo, exigência da atual política e que faz parte do discurso da maioria dos gestores e profissionais que atuam no setor saúde, como também de alguns estudos:

Olha, eu vou te falar a verdade, você vai me desculpar. Mas **eu vejo mais facilidade, melhor atendimento no nosso Posto de saúde do que no Hospital do SUS**. Não sei se é... questão de muita gente, o quê que é? Entendeu? Porque você vai, eu já fui umas três vezes no hospital nesses pronto socorro, nesses coisa, e eu vejo tanta coisa... (...) São **pessoas assim, grosseiras**, não sei. Não param, porque **aqui eles param, eles conversam com você, eles te**

⁶ Cf, nota 1 e 2 deste capítulo. Expressão também utilizada por Maffesoli, 1988.

⁷ Maffesoli, 1984.

encaminham, eu me sinto melhor no Posto de Saúde do que no Pronto Socorro. O pessoal parece que está assim, cansado. Não sei o quê. **Eles nem olham pra você. E1**

E1 chama atenção quando enuncia que há características de *nosso Posto* que se sobressaem às daquelas do *Hospital do SUS*. Isso se torna relevante quando a Atenção Básica é referenciada como “medicina simplificada para pobres” (CAMPOS, 2008; SILVA, 2008). No relato de E1, é importante não apenas a utilização de recursos utilizados pelos hospitais, visto que o prestar atenção, o acolher das UBS, tornam-nas melhores. Outro aspecto que merece destaque é a possível sobrecarga de trabalho dos profissionais vista como causa do mau atendimento: no enunciado, *não sei se é... questão de muita gente...* nessa representação, o atendimento na Unidade de Saúde é comparado ao atendimento nos Hospitais; assim como antigamente os profissionais do Posto não tinham tempo para *atender*, isso permanece nos Hospitais até hoje.

É interessante perceber que o relato de E1 reafirma princípios fundamentais da estratégia de Saúde da Família, como integralidade e resolutividade, além de demonstrar que as práticas do acolhimento e da formação de vínculo são uma realidade no fazer cotidiano em saúde. Reforça-se a importância dos aspectos subjetivos introduzida por E2 e E4, ao dizerem que *eles nem olham pra você*, pois o olhar, o tocar e o ouvir são considerados essenciais tanto para os usuários quanto para os profissionais, por se tratar de uma interação entre pessoas (BRITO *et al*, 2006; OLIVEIRA *et al*, 2008; SILVA, 2006).

Constatamos no discurso a seguir:

E eu falo: oh gente, **ele me atende tão bom!** (...) Tô ótima. A pressão minha é, era alta, aí agora já tá oito por... não doze por oito. Não sobe por nada, **eu cuido muito bem**. Eu até inclusive, eles me dá aquele papel de a gente medir uma vez por semana. Aí eu já medi segunda-feira, agora só na semana que vem que eu vou lá de novo. (...) Depois que passou, que **essas meninas** foi pra lá, nossa senhora, **as coisa melhorou pra mim demais**, muito mesmo, assim... (...) Porque **elas atendem eu muito bem**. Elas me tratam, nossa senhora, como é que **essas meninas** me chamam eu. Essa menina aqui, essa Ágata, ela, ah me trata eu num amor. (...) Eu achei melhor, achei melhor porque... igual a gente eu... quando eu vou consultá, eu vou de manhã. **Aí, com urgência, mas elas falam assim, de tarde se ele passá mal, pode vim que atende a mesma coisa**. Igual o menino meu, que tá com quinze anos ele estuda de manhã, aí tem hora que ele passa mal eu levo ele de tarde. **E eles atende muito bem**. Igual dentista mesmo, tá marcado dentista pra,

dia seis, mas como ele estuda de manhã. Ela passou pra tarde. É tudo bom, graças a Deus. **E3**

Para ela, o sucesso de seu tratamento deve-se à proximidade estabelecida com a Equipe que a atende, resultando numa relação de confiança e de co-responsabilidade, pois ela se compromete em aferir sua pressão, sem delegar a responsabilidade desse procedimento aos profissionais somente nos dias de consulta. O bom atendimento refere-se também à possibilidade de acesso, ao longo do dia, tanto a consultas programadas quanto às de demanda espontânea, pois as resoluções são dadas de acordo com as necessidades apresentadas pelos membros da família.

Brito *et al* (2006) afirmam que existe uma relação de poder entre os sujeitos envolvidos no tratamento e que, se há pouca adesão ao mesmo, isso se deve, em grande parte, ao pouco interesse dos profissionais em 'atender' ou 'dar atenção' aos relatos das pessoas. Isso mostra a importância da criação do vínculo entre profissionais e usuários, base da confiança e da co-responsabilidade com o tratamento ou a prevenção de alguma doença. A confiança é imprescindível, pois permeia a vida dos indivíduos em diferentes momentos de suas vidas e em diferentes relações sociais, podendo ser causa de insucesso ou sucesso nessas relações (VALENTIM e KRUEL, 2007).

O estabelecimento de vínculo com os profissionais é ressaltado como algo contínuo (*toda vida; só consultando com Dr. Quartzo*), mas, se nos remetermos às representações sobre o atendimento antes da implantação do PSF, evidenciaremos que há uma indefinição de quem são os profissionais (*não lembro o nome de ninguém*). Atualmente, os médicos começam a ser identificados por seus nomes e outros profissionais começam a ser percebidos (*as meninas, a enfermeira, dentista*). Isso interfere em suas representações e os fazem adotar atitudes e justificar o porquê de gostar de se *consultar* no serviço ou com determinado profissional (*Eu morava no Jardim Alvorada, mas de lá eu vinha pra cá*).

É, toda vida. **Num sei pros outro**, agora pra mim, toda vida, **eu posso falar que**, que o atendimento do posto, **toda vida, eu consultei no posto. E2**

Eu morava no Jardim Alvorada, né, mas de lá eu vinha pra cá. (...) Até que um dia eu mudei pra cá. Só **consultando com Dr. Quartzo**, só **Dr.Quartzo**, porque todo mundo: ih, mas Dr.Quartzo é

isso aquilo e aquilo outro. É isso aquilo outro. (...) Eu tava meio com problema de, de coluna muito ruim, ruim ruim. Aí, ele passou uma vitamina pra mim. (...) E ele passou pra mim e tô me sentindo muito bem graças a Deus. Sempre foi. Sempre foi. Nunca saiu dele de jeito nenhum. **E3**

No discurso de E2 e de E3, o tempo em que já se consultam nesse Posto é algo relevante pois, apesar das dificuldades, conseguiram construir laços, graças a esse tempo. É preciso destacar que o território em que construíram suas relações sociais também é importante, pois *toda vida, eu consultei no Posto*. Isso porque, atualmente, o Posto de Saúde não é apenas um local que se procura quando se tem uma necessidade de saúde, é também um espaço de socialidade.

A relação de vínculo construída com os profissionais refere-se também ao compromisso dos mesmos com a população visto que *sempre* foi atendida ali. E1 qualifica também seu discurso em *bom atendimento* e *mau atendimento*. Isso se deve a sua paciência e a sua compreensão em saber que não havia médicos para prestar atendimento imediato às pessoas. Uma vez que, em seu imaginário, *eram poucos médicos para muitos doentes*.

Então, **sempre** foi um atendimento bom. (...) Eu **sempre** fui muito (ênfatisa) **bem acolhida pelo Posto**. E nunca vi pessoas, só aquelas pessoas, que tem gente assim: que acha que tem que chegar no posto e na hora tem que **ter um médico para ele**. **E1**

O *sempre* mostra que o tempo que freqüenta o serviço influencia na qualificação de ser bom, pois o ruim é assim caracterizado:

Você chegar e, **o médico não foi e você tem que voltar para casa**. (...) Você vai **o médico só olha assim e, ah receita um remedinho**, só pra tirar aquela dor, entendeu? E aqui não. Aqui, **você vai e te manda fazer exames, eu tenho uma PASTA de exames**. Entendeu? **Então, é esse que eu falo o bom atendimento. O médico atencioso, a enfermeira atenciosa prestativa**. Porque têm lugares que você vai, pergunta um qualquer coisa e, eles te mandam pra três setores, os três falam: ah, não sei não. Não sei não. Esse é o mau atendimento, né. **E1**

A qualificação em ser bom o atendimento, é representada pela conduta do médico em dar atenção ao usuário o que, por sua vez, equivale a: *você vai e te manda fazer exames, receita um remedinho*. Isso é fundamental para compreendermos o comportamento dos usuários que freqüentam o Serviço hoje, em

busca de tais condutas terapêuticas, expectativas que condizem com suas representações. Do discurso de E1, podemos destacar uma tolerância com a espera, pois vivenciou outro momento, em que sequer as pessoas eram atendidas (*tem gente assim: que acha que tem que chegar no Posto e na hora tem que ter um médico para ele*).

Outra questão tocada por E1, refere-se à resolutividade, esta, segundo Penna *et al* (2007), é compreendida em significado pelos profissionais de UBS de Belo Horizonte, mas ainda é preciso ir além de encaminhamentos, ações pontuais e individuais para que as respostas dadas aos usuários sejam de fato resolutivas. As autoras acrescentam que dentre essas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade são caminhos possíveis para superarem as mazelas dos serviços de saúde.

A formação discursiva do tempo passado fundamenta-se em comparações com o atual. Assim, a memória ancora-se no passado para compreender o novo, o diferente, o que marca o cotidiano dessas pessoas que freqüentam o *Posto de Saúde*.

Antigamente, não tinha dentista, **agora** já tem dentista. (...) **Antes**, não tinha atendimento das enfermeiras (...). **E5**

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

Assim, a construção que esses sujeitos fazem em relação ao Centro de Saúde, consiste em traços que são evidenciados por qualquer sujeito além dos falantes (CHARAUDEAU, 2008). O que localizam e qualificam refere-se às ausências do passado, representando o serviço como escasso de recursos materiais e de profissionais.

A escassez de recursos, tais como as *falhas de remédios* de antes, não é percebida atualmente. As pessoas valorizam os medicamentos oferecidos pela farmácia do SUS, uma vez que fazem parte de seu dia-a-dia.

E hoje, **tem muitos remédio**, tem é... A gente compra mais é esses remédio caros, né? O meu, eu pago, tem um remédio que tomo aí que eu pago 45 todo mês. Trinta comprimido pago 45 todo mês. **Então, essas coisas que melhorou muito**. (...) A gente só compra

esses remédio caro. **Agora, muitos remédio, tudo quanto é remédio** você vai no posto e cê pega tudo, né. **E2**

Ah, eles atende [os profissionais do posto] as pessoas, agora, tudo direitim, né. **As pessoa vai tem remédio**, né. (...) Pego aqui [remédio]. Eu tenho o marevan que o **Dr.Quartzo arrumô pra mim, de vez em quando ele manda caixa de remédio pra mim, sabe**. Custa caro demais da conta esse remédio. Mais que, meu ordenado que eu ganho não dá pra comprar isso tudo não, nossa senhora. **E4**

É... muito bom, não tenho o quê reclamar não. **Os remédios**, pelo menos, os que receitam aqui pra casa, **sempre tem**. É muito difícil não ter. **E5**

É relevante a disponibilidade de remédios, faz parte da garantia da universalidade do acesso aos Serviços de Saúde e, por isso, é destacada pelos usuários. Já que, antes da implantação do PSF, as pessoas precisavam comprar ou mesmo utilizar de seus conhecimentos de remédios caseiros como auto-cuidado (ARRUDA, 1985; KLEBA, 2005). O destaque dado aos usuários precisa ser entendido como suprimento de uma falta, de uma carência, de um cuidado a mais para com eles.

Outra melhoria no âmbito do aumento de recursos, é o aumento do número de profissionais para atender, como E7 apontou acima (*Não tinha médicos, não tinha enfermeiros, medicamentos também não tinha quase.*), o que, por sua vez, modificou o processo de trabalho das Equipes. Essa mudança é denominada triagem pelos usuários, enquanto os profissionais de saúde a denominam de acolhimento. Essa prática, para os profissionais de saúde, é destinada às situações de pessoas em casos agudos, sendo imediatas e pontuais (VIEGAS *et al* ,2008). Teixeira (2003) afirma que as pessoas tendem a fazer do acolhimento uma prática igual à que era realizada no passado, porém com nome distinto. Isso é uma forma de camuflar o esforço que precisamos fazer para sairmos da posição em que nos encontramos. Assim, a conceituação de acolhimento, dada pelos profissionais, enquanto organização dos serviços de saúde para facilitar o acesso do usuário à rede de Serviços de Saúde, não deixa de ser algo mecanizado, uma triagem ao pronto-atendimento e uma ação pontual, pois acolher significa mais que atender em um horário pré-estabelecido ou em um local determinado.

Os relatos dos usuários nos apresentam como a triagem/ acolhimento ocorre no dia a dia.

Bom, no setor da saúde, eu acho que está bem, porque **nós temos médicos**, nós temos dentistas, **nós temos agendamento para médicos especializados**. (...) Foi uma melhora muito boa. Agora, **essa triagem** que eles estão fazendo, agora, também **foi um progresso**. Porque você não precisa ficar naquela ansiedade. Você chega tem aquela filinha ali do lado de fora, **a enfermeira te examina e, já te encaminha para o médico**. Não tem mais aquela ansiedade, não tem vaga e você volta pra casa. **E1**

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

E1 e E5 qualificam essas mudanças como *boas* ou mesmo como *um progresso*. Ao manifestarem o sentimento em vista das mudanças que ocorreram, utilizam como argumentos a *triagem*, *as enfermeiras* que possibilitam o atendimento mais rápido (*você não precisa ficar naquela ansiedade; elas mesmas te liberam, não precisa...*). Ou seja, existe hoje uma segurança de acesso ao Serviço (*Não tem mais aquela ansiedade, não tem vaga e você volta pra casa*), e um profissional (*a enfermeira*) que agiliza o caminho a ser percorrido, de ir diretamente ao médico (*a enfermeira te examina e, já te encaminha para o médico*). Sendo que há momentos em que *elas mesmo te liberam*, significando multiplicidade de profissionais que podem resolver suas demandas, já que *ele só assina a receita para você pegar os remédios*. Evidenciamos que houve facilidade, devido à entrada de mais personagens para garantir o acesso ao actante principal, o médico, ou para dividir o espaço naquilo que esse profissional não está capacitado, *nós temos dentistas*.

Em relação a isso, podemos examinar a composição da Equipe de Saúde da Família que tem por finalidade ser responsável pela saúde da população de seu território. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), a composição mínima das Equipes requer a presença de um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. É essencial fazermos essa consideração, uma vez que estamos em busca de um sistema de saúde usuário-centrado, sendo pertinente tal composição. Cabe ressaltar, ainda, que uma categoria profissional isolada não apresenta condições de resolver os problemas de saúde de uma dada população. Brito *et al* (2006) apontam que, devido à inserção de outros profissionais nas Equipes, possibilitando a criação de outros vínculos,

mudanças tem ocorrido na identidade social do médico. Para E5, *é uma das melhoras*, pois prefere ser atendida pela enfermeira ao médico de sua Equipe, *Turquesa que me fez o acolhimento a última vez, né, eu preferi*.

Juntos, os diferentes profissionais, com suas diferentes capacitações, têm condições de acolher melhor, dialogando com os usuários, possibilitando, assim, um direcionamento, não exclusivamente à consulta médica, mas a uma gama de possibilidades que a rede de Serviços de Saúde oferece aos usuários, como formas de resolução dos problemas apresentados (PENNA *et al* (2007); TEIXEIRA, 2003). Assim, quando os usuários descrevem a rotina do Serviço como uma ação enrijecida, é preciso destacar que o simples acesso não garante o princípio da integralidade, pois é preciso haver compreensão, por parte dos profissionais, sobre as necessidades implícitas que são trazidas pelos usuários (MATTOS, 2007; PENNA *at al*, 2008).

A triagem também é evidenciada quando nos contam sobre a rotina de consultas ou o fluxo que precisam seguir para serem atendidos.

É a que, a gente passa por ela [enfermeira], depois ela faz a ficha, conforme for o que a gente tá sentindo, **que ela não pode fazer a ficha, ela passa pro Dr.Quartzo**. (...) Aí, tem hora que eu vou nela, só pra passar um remédio pra dor de cabeça assim, **ela mesmo passa pra mim, aí eu pego**. E3

É recepção. É dali, **a gente vai pra lá procurar o médico** meu, que é meu clínico geral, que é Dr. Quartzo. (...) Ah, procurar meu problema. Meu problema é muito grave, é muito cheio de confusão. E4

Porque, às vezes, olha você, se você tá com um problema que elas mesmo resolva, **elas mesmo te liberam**... não precisa... **ele só assina a receita para você pegar os remédios**. Aí, elas vão lá e procuram os médicos e eles só assinam. E5

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

As ações referidas acima são características do *acolhimento* realizado pelas Equipes. Conforme apresentado, percebemos uma mecanicidade de encaminhamento, reforçando uma atenção médica para a resolução dos problemas apresentados (*ela passa pro Dr.Quartzo, a gente vai pra lá procurar o médico*). Teixeira (2003) afirma ser necessário abstrairmos e considerarmos o acolhimento

enquanto possibilidade de diálogo, em todos os cenários e encontros assistenciais. Para isso, diz que é essencial, entendermos o acolhimento como algo que ocorre em todos os pontos a que o usuário se dirija, e que cada usuário, com suas diferentes necessidades, fará seu próprio percurso. O diálogo torna-se essencial ao se definir o caminho a ser seguido na rede assistencial, sendo distinto em seus diversos pontos ou níveis de assistência (MATTOS, 2007; TEIXEIRA, 2003). Tais considerações são importantes, se considerarmos a descrição do acolhimento como um caminho previamente definido quando o usuário fala, nas entrelinhas, sobre um modo fixo de serem as pessoas conduzidas pelos profissionais naquele percurso.

Os usuários percebem, também, como organização, as mudanças referentes à adscrição da população às Equipes conforme a área de abrangência (BELO HORIZONTE, 2007b). Assim, as Equipes atenderão as pessoas de sua área, apesar de haver necessidade de se consultar com o médico de preferência.

Graças a Deus, nós temos um bom Posto de Saúde. (...) Hoje não, quando consulta uma pessoa que não é. **Que eles têm uma desconfiança eles procuram saber, saber.** Eles fazem **uma sindicância.** Minha irmã mesmo ficou lá no Posto e no outro dia eles ligaram para cá pra confirmar se ela era daqui. Isso é motivo de organização. Não é? (...) Agora, eles estão marcando por data de nascimento. **E1**

(...) que eu faço controle aqui com ele, é Dr. Ônix. Dr.Ônix de três em três meses eu faço controle com ele. Então, **é ele que é meu médico.** Mas, os outros eu, eu vou lá no dia que eu preciso eu vou ni outros ali eu... (...) Dr.Quartzo, né? Tem uma doutora aí também que esqueci o nome dela... **mas o meu preferido é Dr.Ônix.** **E2**

E... agora, não, graças a Deus, **já tá, já tá mais organizado.** Lá, o atendimento é muito bom, sabe. E... cada dia que passa tá melhorando mais. (...) E, agora conforme eu tô te falando que é igual, graças a Deus, já tá dando tudo certo. Já tá dando direitinho, né, **principalmente, agora que o, o Topázio tá sendo tratado pelo Dr.Ônix.** **E7**

E1 relata que o atendimento é universal, pois sua irmã pôde consultar, mas é também restrito às pessoas do bairro. A *desconfiança* que menciona relaciona-se à organização do Serviço, ancorada em representações de que, no passado, era desorganizado, pois *vinha gente de São José, não sei de onde que vinha, gente de tudo quanto é canto do mundo.* Enquanto E2 e E7 percebem a separação por Equipes mas consideram que a organização extrapola quando estipula a consulta

com o médico da Equipe; para eles, é preciso se consultar com o médico em quem têm confiança.

E2 apresenta um contraponto sobre o acolher e a restrição dos usuários à determinada Equipe, pois

(...) eles falam que **a gente tem que ir é na Equipe Vermelha, que o nosso horário é de sete, sete às oito e meia, nove.** (...) **Eu penso que é errado**, né, porque na hora, a gente tá precisando naquele horário, então tem que ir é naquele horário que tem aquela Equipe lá mesmo. É eu acho isso muito errado.

O discurso dos entrevistados mostra que há reconhecimento de divisão e de pertencimento às equipes (*eu sou da Equipe Vermelha*), de território (*a minha Equipe e do povo aqui de casa*), mesmo que os usuários tenham suas preferências, seus vínculos e seus questionamentos sobre a rigidez dos profissionais. É importante tal consideração, quando falamos em integralidade e construção de vínculo para os resultados esperados com a estratégia de Saúde da Família. Apesar de identificarmos que “o ter que consultar com determinado médico de tal Equipe”, ainda é uma postura normativa (*a gente tem que ir é na Equipe Vermelha*), como também o horário pré-determinado em nome da organização do serviço.

Em relação à divisão territorial, que contempla os princípios organizacionais da regionalização e da hierarquização, é preciso dizer que uma divisão territorial deve considerar aspectos não apenas geográficos mas também as particularidades das pessoas em relação a esse território (MATTOS, 2007; MONKEN e BARCELLOS, 2005), uma vez que, no cotidiano, as pessoas ao se relacionarem, apresentam um enraizamento essencial em diferentes localidades (MAFFESOLI, 1984). Mattos (2007) ressalta, ainda, que é preciso considerar as possibilidades e as escolhas das pessoas sobre com quem consultar e onde lhe for conveniente.

E5 relata sobre seu pertencimento a uma Equipe e mostra insatisfação, ao dizer:

(...) Ah, eu acho assim, se pudesse colocar um outro, mais um clínico sabe? (...) É, pra Equipe, porque tem **Dr.Quartzo...** pra Equipe. (...) Porque **ele olha criança, ele vê tudo. Eu acho que poderia ter mais um clínico.** Ou, no caso também, pra criança, de manhã, na parte da manhã, tem o Dr. Rubi: excelente!

Há uma necessidade de médicos especialistas para as Equipes, pois *ele olha criança, ele vê tudo*, o que parece não satisfazê-la. Isso aponta para um atendimento fragmentado herança do modelo hospitalocêntrico, como se os distintos especialistas fossem capazes de resolver seus problemas de saúde.

Isso pode ser visto também como uma ancoragem aos serviços assistenciais conveniados com a Previdência Social que se caracterizavam por uma assistência focada em especialidades médicas, em pedidos de exames e medicamentos. É preciso, pois, ressaltar que isso vem de ambos os lados, tanto dos profissionais em acreditar que é preciso de um exame para medicar, sem haver uma exploração ou compreensão sobre o sofrimento apresentado, quanto dos usuários ao receberem essas ofertas. Tais condutas fortalecem representações sobre a resolução de problemas pela medicalização (MATTOS, 2007).

O acesso ao Serviço de Saúde, com o aumento da disponibilidade de remédios e de profissionais para atender, não se pauta exclusivamente no espaço físico do Serviço mas o domicílio ou outros lugares também são percebidos como *locus* do cuidado.

Depois, que passou essa época, **a mudança porque...** muito, muito, muito **os médico...** do jeito, **se tem um camarada que não guenta ir lá**, os médicos vem aqui atender. Atende a gente de todo o lado. Como é, que tá a **velhinha de noventa anos que mora aqui, é difícil a semana que os médicos dela não vem aqui. Dr.Quartzo**, as enfermeiras vêm tudo aqui atender ela, mora aí. Tem um ano e tanto, mora aí. (...) Essa foi uma que eu percebi, né. **De oitenta pra cá muitas coisa melhorou. E2**

Melhorou bastante! Melhorou uai, melhorou porque **as pessoa já até veio na casa da gente, né.** (...) Agora, eles vêm. (...) É bom, porque **vem vê as coisa que precisa**, alguma **coisa que tá errado eles fala, né.** (...) O barracão véio, caco véio, tudo bagunçado. risos ... isso aí não né, isso aí já é outra área, né. (...) Mas ele vê, **eles vem vê a saúde** da gente como é que tá. Eles brinca com a gente, **a gente sente bem**, né, sentindo assim é... Se eles fosse visitar esses barracão tudo, eu vô te contar. Agora, eu tô arrumando ali, se Deus quiser, vai melhorar as coisa. Aí cês, vão ter lugar procês passar por ali mais devagar, vou desmanchar isso aqui oh. **E4**

Tem essa escovação por conta da **dentista** que eles até **acompanhou um tempo nas escolas, acho que nos postos também**, no... **na creche**, me parece que eles tavam também olhando as crianças. Me parece, que eles tavam **ajudando um pouco aí, nessa parte.** Acho que é só isso que eu sei assim. **Essas visitas né, da, das... desse pessoal daqui da dengue**, eles veio, né

eles... eu acho que tá muito, tá bem... **participando bastante da vida da população**, sabe. Eu acho que tá sim. **E5**

Nos fragmentos acima, há justificativas das prioridades para que haja esse tipo de atendimento (*se tem um camarada que não guenta ir lá; Se eles fosse visitar esses barracão tudo*). Sendo que outros profissionais entram em cena para atuarem nesses espaços (*os médicos, as enfermeiras, a dentista, pessoal da dengue*), havendo uma relação da saúde dos indivíduos inseridos em seus contextos de vida e com suas condições sócio-econômicas (*vem vê as coisa que precisa, alguma coisa que tá errado eles fala, né*).

Há entendimento e reconhecimento das ações que promovem saúde, pois relacionam as visitas à vida, ao dia-a-dia da população, como forma de ampliar o atendimento e de participar mais da vida das pessoas. Mandú *et al* (2008) afirmam que a visita domiciliar é uma forma de ampliar o acesso ao atendimento sob a perspectiva dos usuários, sendo que estes também a visualizam focando ações curativas, destinadas à resolução de seus problemas por meio de remédios, procedimentos clínicos e atendimentos médicos. Quando em presença dos profissionais seus problemas não são resolvidos, as visitas passam a ser enxergadas negativamente, devido à dimensão social dos fatores condicionantes à saúde, e que diante do apresentado pelas autoras os profissionais de saúde não encontram-se aptos a responder.

Além do domicílio, o próprio espaço físico do Posto é citado como possibilidade de socialização e de ajuda às pessoas, aos adolescentes, à comunidade em geral por meio de ações que não foquem apenas doenças. Assim, sugerem:

Podia montar assim, por exemplo, **uma coisa profissional para o pessoal**, uns **cursinhos profissionalizantes**, mesmo para comunidade né. Porque, hoje, a Prefeitura ajuda muito, né? Tem muitos cursos aí, pessoas é que montam cursinhos para senhoras, por exemplo. Nós vamos dar um curso de pintura, curso de bordado, curso de decapê, né. E uma coisa que incentivasse mais os jovens, as crianças, porque aqui no bairro tem um probleminha bem sério, sabe. Aqui tem... problema de uso de droga. **E1**

Outra coisa que eu também acho que tá tendo agora no Posto, na época de vacinação, muito bom, né. Tem, agora, eles tão abrindo **espaço para essas ferinhas**, sabe. Pras pessoas que, que fazem essas feiras, sabe. Isso é muito bom, é muito importante, **tá essa**

comunidade, assim, né, junta ali. Eu acho que isso muito importante, muito bom! (...) Olha, pra tudo, pra, pras pessoas que fazem esses trabalhos, né, essa, esse artesanato, esses que borda as coisa... porque eles também precisam, né. E, pra... pra... as pessoas vão e gosta daquilo, né. Acho que, assim, **muitos vão pra a vacina e já distraem também, vê outras pessoas, né.** Tem alimentação, tem... **muita coisa legal pras crianças também, né.** Eu acho bacana. **E5**

E1 fala da necessidade de ações de prevenção e de promoção da saúde, por meio de *cursinhos profissionalizantes, ações que incentivem mais os jovens, as crianças*, como forma de evitar seu envolvimento com drogas. E5 dá o testemunho de que o Posto não é apenas para se tratar de doenças; as pessoas podem buscar o Posto para ações de prevenção (*época de vacinação*) e também para ações de promoção da saúde. Essas ações são descritas no discurso como realização de *feiras de artesanato e alimentação* que proporcionam à população momentos de lazer, possibilidades de fazer relações e oportunidades de trabalho. Há, assim o reconhecimento da responsabilidade do Setor Saúde em parceria com a Prefeitura de promover saúde, com ações voltadas para a educação e participação previstas nos documentos oficiais e em diversos estudos (BUSS, 2003; GAZZINELLI e PENNA, 2006; VASCONCELOS, 1998).

Outra descrição sobre o espaço físico é a satisfação encontrada quando nos apresentam alguns transtornos pelos quais passavam, mas solucionados com *uma cobertura, simplesmente*.

A gente ficava no sol, esperando a fila do remédio. **São pequenas coisas que a gente valoriza**, porque ali era chuva, sol. Agora não, **você fica ali tranqüilo**, quer dizer, simplesmente, uma varanda, uma cobertura, simplesmente, deu a... **um apoio a comunidade. E1**

Quer dizer que devagarzinho, tá melhorando devagarzinho. (...) Gostei, porque a gente chegava lá e ficava naquele solão, né. Se era chuva, ficava na chuva. **Agora, com a cobertura ficou tranqüilo, ficou até mais bonito.** Então, é por isso. (...) A gente é pobre, né, mas merece, né, **um lugar mais ajeitadinho.** (...) Tá melhorando devagarzinho, é muito devagar, mas tá melhorando. **E2**

Ah, melhorou bastante porque até, **até já consertou um pouco aquele posto de saúde.** Agora, **tem lugar até pras pessoas ficá debaixo de chuva**, não tem chuva lá debaixo, tem terreiro que coisa não, sabe. **E4**

A *cobertura*, *varanda* ou *terreiro* significam uma forma de se protegerem de fenômenos da natureza, tais como sol e chuva, e simbolizam para eles um cuidado a mais com as pessoas que ali estão. Esse cuidado ganha destaque no discurso dessas pessoas, representando uma atenção a mais a seu conforto. As pessoas carregam no imaginário que era preciso *ficar no meio fio aguardando as fichas*. Tal importância dada a esse espaço refere-se também ao social, ao território ou ao espaço que remetem momentos enraizados, que seja de uma simples conversa, mas que são verdadeiras riquezas para as pessoas, nos resíduos considerados banais (MAFFESOLI, 1984).

Percebemos um apego com conseqüente referência do Posto de Saúde, que é também denominado como *nosso Posto*. A representação não se limita a um local qualquer, mas a um lugar que faz parte da vida dessas pessoas, que moram nessa área há anos. Conhecer a importância do Posto, enquanto um lugar especial, é imprescindível quando pensamos que esse espaço é um espaço público que pode se tornar ponto de referência para as pessoas, um espaço que oferece visibilidade ‘dos e aos sujeitos’, abrindo possibilidades de interação entre as pessoas com seus diferentes saberes (LOPES *et al*, 2007).

Dentre esses saberes, E3 tem desejo de contribuir com as pessoas que ali trabalham, da seguinte forma:

Ah, eu sinto, né, vontade de ajudar e tudo. (...) Ah, **dá força, né!** Da força. (...) É eu sei, pois eu, **às vezes, até tenho vontade assim, de ajudar dá uma limpeza assim**, que eu não gosto assim, de ficá à toa. Dá vontade de ajudar assim, aquelas menina ali a limpar ali e tudo.

E isso que os entrevistados sugerem perpassa pela socialidade que Maffesoli (1988) considera fundamental, já que é no encontro diário que os imaginários, os interesses e desejos tornam-se evidentes e conformam o fato social. Ou seja, as propostas dos entrevistados fogem ao ‘dever-ser’⁸ que é preconizado pelo Ministério da Saúde, assumindo assim um formato social.

Lopes *et al* (2007) nos fazem refletir sobre a importância da responsabilidade coletiva. Sendo algo que foge à maneira de se trabalhar conforme o sistema

⁸ Michel Maffesoli (1988) aborda os fatos sociais como algo que possui excessos, que precisam ser ditos, sem uma obrigatoriedade, sem um dever-ser. E justifica que isso se deve à sociologia ser uma disciplina relacionada à paixão, com o não-lógico, com o imaginário.

capitalista, fragmentado, individual e manual. A responsabilidade coletiva é aquela em que todos os trabalhadores, por mais que tenham diversidades, possuem um *saber-fazer comum*, destinados aos indivíduos de determinado serviço (LOPES *et al*, 2007). As autoras ainda ressaltam que, sendo a instituição de saúde um *locus* público, precisa ampliar-se, de forma que as pessoas aí possam se expressar, reconhecerem-se como sujeitos, agentes do processo de construção da gestão e do cuidado em saúde. Assim, “a revelação de cada indivíduo em sua singularidade somente se dá quando o outro se torna visível, esse é o sentido da política, e onde há política há espaço público, vige o diálogo e nascem os direitos” (LOPES *et al*, 2007, p. 35).

Em outras palavras, ouvir o outro se expressar é importante para iniciarmos a construção de um espaço em que a participação social possa se constituir no dia-a-dia dos Serviços públicos de Saúde.

A partir das representações apresentadas, podemos perceber que o reconhecimento da Equipe ocorre de maneira ora fragmentada ora integrada. Ou seja, quando mencionam um bom atendimento, este se dá de maneira individual, mas quando destacam a existência das visitas domiciliares a representação da Equipe se integra novamente.

Outro aspecto das representações dos usuários, é a contradição existente, pois ao mesmo tempo, em que reafirmam a concretização da estratégia de Saúde da Família, como a universalidade no acesso, mostram-nos também que há ainda muito a percorrer para a efetivação dessa estratégia. As representações características de outrora são referências para as atuais, como a importância dada ao aumento de recursos materiais (*remédios*) ou humanos (*mais médicos, enfermeira, dentista, as meninas*), que se relacionam às ações desempenhadas pelo médico. O bom atendimento enquadra-se na presença de médicos ou em especialidades médicas, assim como a presença, agora, de enfermeiras para auxiliá-los. Por mais que, com todo o processo de mudança, a identidade do médico esteja se modificando (LOPES *et al*, 2006), ele não deixa de ser o motivo de procura para a resolução dos problemas de saúde. A enfermeira passa a compartilhar o atendimento com esse profissional, seja por ser prestativa ou por fazer a receita de medicamentos para o médico *só assinar*.

Quanto às visitas domiciliares, essas são percebidas como um acesso ao atendimento, um avanço da estratégia de Saúde da Família quando pensamos nos

condicionantes do estado de saúde das pessoas, porém, conforme os usuários têm vivenciado, restringem-se a algumas pessoas, reforçando um atendimento curativo fora do Posto.

Assim, há um imaginário de doenças permeando o PSF que traz como melhora evidente o acesso ao médico para a cura de doenças.

Ayres (2005) nos faz refletir sobre como nós, enquanto profissionais de saúde e co-responsáveis pelo cuidado, atuamos em relação ao assistir. O autor afirma haver fragmentação e desconhecimento da assistência que, nos tempos atuais, tornou-se em arte de utilizar a tecnociência, ao invés de ser uma arte em projetar com o outro o que lhe conduzirá às suas necessidades e desejos.

A partir disso, ressaltamos que as representações dos usuários se conformarão a partir da interação diária com os profissionais. Por mais que valorizem a UBS como um espaço possível para ações de promoção da saúde e para socialização, é ainda um local destinado à cura de doenças, na busca em superá-las, uma vez que fazemos parte de uma população adoecida.

Na Figura 5, evidenciamos as representações dos usuários sobre o PSF e a relação entre as distintas representações em momentos diferentes, demonstrando a ancoragem desse processo.

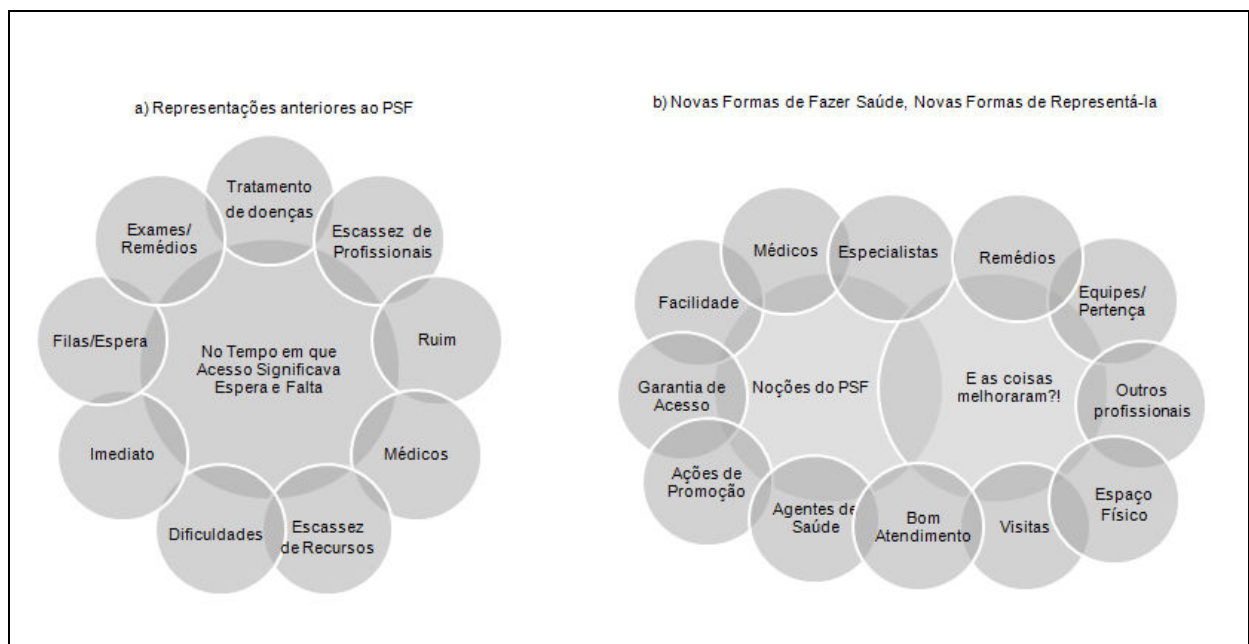


FIGURA 5: Comparação das representações sociais construídas pelos usuários antes, letra a, e após a implantação do PSF, letra b.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inquietação quanto à realização desta pesquisa explica-se pelas condutas dos usuários em busca de um atendimento médico e curativo que, por sua vez, não condiziam com minhas expectativas enquanto profissional. Já que indivíduos de diferentes grupos podem representar os mesmos objetos sociais de distintas maneiras, partimos também do pressuposto de que a co-participação dos usuários ainda está longe daquela preconizada pela legislação, sendo necessárias a apreensão e compreensão de suas representações.

A partir dos resultados provenientes da análise do discurso dos usuários, percebemos que, até o presente momento, eles construíram representações sobre um atendimento que se referem indiretamente à estratégia Saúde da Família. O objeto de estudo proposto inicialmente pautou-se no PSF, mas no decorrer do estudo e durante as análises do *corpus*, identificamos que não há representações sociais sobre o PSF, uma vez que não há uma imagem associada ao mesmo, mas um silêncio, uma indefinição do que seja ao enunciarmos essa expressão. A estratégia existe ou é representada por nós, profissionais da saúde ou por gestores, pertencentes ao universo reificado.

Assim, as representações sociais encontradas neste estudo referem-se ao atendimento prestado pelos profissionais e são demarcadas por uma mudança, apesar de não saberem o que o ocorreu ou a gênese da mesma. Em grande parte tais representações, devem-se à interação cotidiana com os profissionais de saúde e com os demais membros da comunidade, havendo um contato entre as diversas representações continuamente transformadas.

É preciso considerar que mudanças de paradigmas marcantes e marcados em nossa história, ocorrem durante um processo longo e tortuoso, não diferentemente com o que estamos vivendo com o PSF. Assim, por mais que, ainda, precise avançar, essa estratégia aponta-se timidamente no cotidiano das pessoas que freqüentam as Unidades Básicas de Saúde.

Podemos apreender também que, a partir da categoria “novas formas de fazer saúde, novas formas de representá-la”, percebemos a ancoragem às representações de um “tempo em que acesso significava espera e falta”, sendo o desconhecimento da expressão Saúde da Família reflexo de aspectos sócio-

cognitivos, característicos das representações sociais, pela não- objetivação ou não- formação de uma imagem ligada ao PSF decorrente da ausência da participação dessas pessoas na implantação da estratégia que tem aliás foco no usuário.

Os usuários mostram-se abertos às mudanças e incentivam o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, no espaço que apresenta um valor simbólico, que ao mesmo tempo que lhes pertence não está sob seu domínio. Para essa conquista, precisam de diálogos, de serem questionados sobre seus desejos, a fim de que a participação se torne realidade. Eles mostram, a partir de suas representações, que é possível exercer cidadania, mas não reconhecem ainda suas responsabilidades nesse processo.

Desse modo, padronizar ou *enformar* as condutas não é suficiente para o alcance integral da estratégia Saúde da Família, já que cada território, cada profissional e cada usuário irão interagir como pessoas, dotadas de sentimentos e capazes ou não de criarem vínculos. Esses se darão a partir do reconhecimento de que todos têm o direito de escolhas, de preferências que os auxiliarão na tomada de decisões.

A trajetória desta pesquisa favoreceu um aprendizado sobre a compreensão de fenômenos sociais que, não diferentemente, de outros espaços cotidianos podem ocorrer nos Serviços de Saúde, principalmente na Atenção Básica, onde a organização e o contato entre as pessoas favorecem a criação de vínculos.

Outro aspecto a ressaltar é o de que precisamos atentar aos valores e crenças das pessoas para que nossas condutas se pautem em seus significados, valores e comportamentos. Do contrário, impossibilitamos uma possível alteração de suas posturas.

Assim, questiona-se: há diálogo entre a população e os profissionais de saúde sobre as ações a serem desenvolvidas? O vínculo construído pode contribuir para a construção de uma parceria?

Para responder a esses questionamentos e a outros tantos que este estudo possa suscitar, talvez seja necessário o prosseguimento de outras pesquisas. Este trabalho, fruto de inúmeras reflexões e diálogos com os usuários, possibilitou que trouxessem um retrato do Serviço de Saúde antes e depois da implantação do SUS e do PSF, sendo os discursos carregados de emoções que pudemos reconhecer nas falas entremeadas de silêncio.

Hoje, acredito que o encontro cotidiano em um espaço de trocas pode ser o início para possíveis elaborações de políticas ou quiçá reformulações das já existentes.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. Las representaciones sociales: aspectos teóricos. In: _____. *Prácticas Sociales y Representaciones*. 1ed. Colonia del Carmen: Coyoacán, 2001. 227p. cap.1, p. 11- 32.

ADAM, P.; HERZLICH, C. Saúde, doença e suas interpretações culturais e sociais. In: _____. *Sociologia da Doença e da Medicina*. Bauru: EDUSC, 2001. cap. 4, p. 69- 86.

ALEIXO, J.L.M. *Destino Áspero: história em construção da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2001, 208p.

ARRUDA, A.M.S. A Representação Social da Saúde num Bairro de Baixa Renda de Campina Grande, Paraíba. *Rev. Psic. Fortaleza*, vol.3, n.1, p. 49-61, Jan.Jun., 1985.

ALMEIDA, M.I. Modalidade de Conhecimento Socialmente Elaborado: atores sociais no Programa de Saúde da Família. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v.25, n.2, 2003. Disponível em: <http://www.eduem.uem.br/acta/saude/2003_2/14_198_03.pdf>. Acesso em: 29 out. 2007.

AYRES, J.R.C.M. Cuidade e Reconstrução das Práticas de Saúde. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA Jr., C.E.A. (org.). *Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, cap.6, p. 91-108.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Recomendações para a Organização da Atenção Básica na Rede Municipal. 2003. Disponível em: <http://portal2.pbh.gov.br/pbh/srvConteudoArq/recomendacoes_org_at_basica.pdf?id_conteudo=4524&id_nivel1=-1>. Acesso em 14 out. 2008.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. A Atenção Básica de Saúde em Belo Horizonte: recomendações para a organização local. Belo Horizonte, maio 2006.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008. Disponível em: <http://portal2.pbh.gov.br/pbh/srvConteudoArq/PMS_BH_2005_2008.pdf?id_conteudo=12107&id_nivel1=-1>. Acesso em: 05 nov. 2007a.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Distritos Sanitários. Disponível em: < http://portal2.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=4338&id_nivel1=-1>. Acesso em: 06 nov. 2007b.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Distritos Sanitários. Disponível em: < http://portal2.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=4347&id_nivel1=-1>. Acesso em: 06 nov. 2007c.

BELO HORIZONTE. Estatísticas e Informações. Demografia. Disponível em: <http://portal2.pbh.gov.br/pbh/pgEDOCUMENT_VisualizaConteudo_Header.html?query=p_conteudo.id=5475>. Acesso em: 24 jan. 2008a.

BELO HORIZONTE. Regionais. Distritos Sanitários. Disponível em: < http://portal2.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=4338&id_nivel1=-1>. Acesso em: 24 jan. 2008b.

BERTOLLI FILHO, C. *História da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Editora Ática, 1996, 71 p.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. 1ª ed. Vol. 8. Brasília: CONASS, 2007. 232 p.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Conselho de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <http://www.ufmg.br/bioetica/coep/images/stories/196_96.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2007.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 35ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

BRITO, R.C.L.; PIMENTA, S.M.O.; MELO, E.M. A Interação Médico/ Usuário do Serviço Público de Saúde sob a Ótica da Análise Crítica do Discurso. *Rev. Med. Minas Gerais*, vol.15 n.4, supl.2, p. 90-96, 2006.

BUSS, P.M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia, D.; FREITAS, C.M. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CAMPOS, C.R. A Produção da Cidadania – construindo o SUS em Belo Horizonte. In: CAMPOS, C.R. et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. 1.ed. São Paulo: Xamã, 1998. cap.1, p. 11-49.

CAMPOS, G.W.S. Debate sobre o Artigo de Conill. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/03.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2008.

CAMPOS, Kátia Ferreira Costa; *Representações do processo saúde-doença: o usuário-sujeito no Programa Saúde da Família*. 2005. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

CHARAUDEAU, P. *Linguagem e Discurso, modos de organização*. São Paulo: Contexto, 2008. 256p.

CREVELIM, M.A. PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc. e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a10v10n2.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2007.

DESLANDES, S.F. GOMES, R. A Pesquisa Qualitativa nos Serviços de Saúde; notas teóricas. In: BOSI, M.L.M., MERCADO, F.J. (orgs.). *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. cap. 2, p. 99-120.

DURKHEIM, E. Representações individuais e coletivas. In: DURKHEIM, E. *Sociologia e Filosofia*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1970. cap.1, p. 13-42.

ESPERIDIÃO, M. TRAD, L.A.B. Avaliação de Satisfação de Usuários. *Ciênc. e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, supl., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a31v10s0.pdf>> Acesso em 20 set 2007.

FARR, R.M. *As Raízes da Psicologia Social Moderna*. Petrópolis: Vozes, 1998. 237p.

FIORIN, J. L. *Linguagem e Ideologia*. São Paulo: Ática, 1997. 88 p.

FONTANELLA, B.J.B. RICAS, J. TURATO, E.R. Amostragem por Saturação em Pesquisas Qualitativas em Saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 24, n.1, p. 17-27, Jan. 2008.

FRANÇA, J.L. VASCONCELLOS, A.C. de. *Manual para Normalização de Publicações Técnico-Científicas*. 8.ed. Belo Horizonte: UFMG, 2007. 255p.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: _____ et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 296p. cap.3, p. 55-124.

GAZZINELLI, M.F. PENNA, C. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. In: GAZZINELLI, M.F. REIS, D.C. MARQUES, R.C. *Educação em Saúde: teoria, método e imaginação*. 1.ed. Belo Horizonte: UFMG, 2006. cap.2, p. 25-33.

GERHARDT, T.E. Itinerários Terapêuticos e suas Múltiplas Dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. *Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor*. 1ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC:ABRASCO, 2007. 404p. cap. 17, p.279-300.

HARRÉ, R. Gramática e Léxicos, vetores das Representações Sociais. In: Jodelet, D. *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: UERJ. 2001. 420p. cap. 5, p.105-121.

HERZLICH, Claudine. A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, Supl., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a04.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2008.

HOLANDA, L. *Sob o Signo do Silêncio: vidas secas e o estrangeiro*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1992, 91p. Criação e Crítica v.8.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 05 nov. 2007.

JESUS, P.B.R. CARVALHO, D.V. Percepção de usuários de unidade de saúde da família sobre a assistência à saúde - uma contribuição da enfermagem. *Rev. Mineira Enfermagem*, v. 6, n. 1/2, p.48- 56, Jan.- Dez., 2002.

KLEBA, M.E. *Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento*. Chapecó: Argos, 2005, 476p.

JODELET, D. *As Representações Sociais*. 1.ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. 420p.

LOPES, T.C.; HENRIQUES, R.L.M.; PINHEIRO, R. Trabalho em Equipe e Responsabilidade Coletiva: a potência do espaço público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (organizadores). *Razões Públicas para a Integralidade: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ : CEPESC: ABRASCO. 2007, cap 2. p. 29-40.

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI,A. Visita Domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Cienc Cuid Saude*, v. 7, n.2, 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5012/3247>. Acesso em: 30 nov. 2008.

MAFFESOLI, M. *A Conquista do Presente*. Rio de Janeiro: Rocco, 1984. 167p.

MAFFESOLI, M. *O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva*. São Paulo: Brasiliense, 1988. 294 p.

MAFFESOLI, M. O Caminho da Experiência. In: _____. *O Ritmo da Vida: variações sobre o imaginário moderno*. Rio de Janeiro/ São Paulo: Record, 2007. cap. 3, p. 201-211

MANDU, E.N.T.; GAÍVA, M.A.M.; SILVA, M.A.; SILVA, A.M.N. Visita Domiciliária sob o Olhar de Usuários do Programa Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/15.pdf>>. Acesso em: 28 nov.2008.

MALTA, D.C. *et al.* Acolhimento – uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrado. In: CAMPOS, C.R. *et al.* *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. 1.ed. São Paulo: Xamã, 1998. 387p. cap.6, p. 121-141.

MARI, H. Os lugares do Sentido. In: *Cadernos de Pesquisa – NAPq*. Belo Horizonte: UFMG, 1991. v. 1., p. 1-17.

MATTOS, R.A. Repensando a Organização da Rede de Serviços de Saúde a partir do Princípio da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (organizadores). *Razões Públicas para a Integralidade: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ : CEPESC: ABRASCO. 2007, cap. 22. p. 369-383.

MELLO, R.de. Análise Discursiva dos Múltiplos Sujeitos e Silêncios Sarrautianos. Orientadora: Ida Lúcia Machado. 2002. 428f. Tese (Doutorado em Lingüística) – Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores dos SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: _____ et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 296p. cap.1, p. 15-35.

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406p.

MONKEN, M. BARCELLOS, C. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p. 898- 906, Maio-Jun., 2005.

MOSCOVICI, S. *Representações Sociais: investigações em Psicologia Social*. 4ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 404p.

OLIVEIRA, D.C.de; GOMES, A.M.T.; ACIOLI, S.; SÁ, C.P.de. O Sistema Único de Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 16, n. 3, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a02v16n3.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2008.

OLIVEIRA, D.C.de; SÁ, C.P.de; GOMES, A.M.T.; RAMOS, R.S.; PEREIRA, N.A.; SANTOS, W.C.R. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, 2008. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/PoliticaPublica.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2008.

ORLANDI, E.P. *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos*. 4 edição, Editora da UNICAMP. Campinas: São Paulo, 1997. 189p.

PASCHE, D.F. RIGHI, L.B. THOMÉ, H.I. STOLZ, E.D. Paradoxos das Políticas de Descentralização de Saúde no Brasil. *Rev. Panamericana Salud Publica*, Washington, v. 20, n. 6, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v20n6/a08v20n6.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2007.

PENNA, C.M.M.; BRITO, M.J.M.; PORTO, F. Equidade e Resolutividade: da teoria à construção no cotidiano de profissionais de saúde. Um estudo compreensivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v.6, n.3, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2007.1091/283>>. Acesso em: 30 nov. 2008.

PENNA, C.M.M.; BRITO, M.J.M.; HEMMI, A.P.A. Integralidade nas ações cotidianas de gestores e trabalhadores do setor saúde: um estudo de caso no município de Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). *Ateliê do cuidado: trabalhos completos / VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS: CEPESC: ABRASCO, 2008. Cap. 14. p. 197-213. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/livros_ateliesviisem.htm>. Acesso em: 17 set. 2008.

QUEIROZ, Evandro de Souza. *Atenção em saúde: a construção cotidiana da integralidade no Município de Catas Altas – MG*. Belo Horizonte. 2008. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

QUEIROZ, M.S. VIANNA, A.L. Padrão de Política Estatal em Saúde e o Sistema de Assistência Médica no Brasil atual. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n.2, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101992000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 set. 2007.

RONZANI, T.M.; SILVA, C.M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n.

1, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/06.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2008.

ROSA, W.A.G. LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.13, n.6, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/>. Acesso em: 22 mar. 2007.

SILVA, S.F.da. Interfaces entre a Gestão do SUS e a Regulação de Planos Privados de Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/05.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2008.

SILVA, Teresa Cristina Santos. *A Construção das Práticas de Integralidade no Cotidiano de uma Equipe de Saúde da Família*. 2006. 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SOUZA FILHO, E.A.de. Análise em Representações Sociais. In: SPINK, M.J.P. (org.) *O Conhecimento Cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. 1ed. São Paulo: Brasiliense, 2004. Parte 1, cap. 6, p. 109-145.

SPINK, M.J.P. Psicologia da Saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In:_____. *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2003. Parte I, cap. 1, p. 29-39.

TEIXEIRA, R.R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (organizadores). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e praticas em saude*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2003, cap.5, p. 89- 111.

TRAD, L.A.B. *et al* . Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000300015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 maio 2007.

TRINDADE, Z. A. Representação Social: modo de conhecer no cenário da saúde. In: Zeidi Araujo Trindade; Cleonice Camino. (Org.). *Cognição Social e Juízo Moral*. 1 ed. Rio de Janeiro: ANPEPP, 1996, v. 1, p. 45-59.

VALENTIM, I.V.L.; KRUEL, A.J. A Importância da Confiança Interpessoal para a Consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 777-788, Jun. 2007.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cad. Saúde*

Pública, Rio de Janeiro, v.4, supl.2, 1998. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s2/1324.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2007.

VIEGAS, S.M.F; HEMMI, A.P.A; SANTOS, R.V.; PENNA, C.M.M. O Trabalho Cotidiano e a Assistência ao Cidadão na Rede Hierarquizada de Saúde do Município de Belo Horizonte. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 60, 2008, Belo Horizonte. *Espaços de Cuidado, Espaços de Poder: enfermagem e cidadania*. Belo Horizonte: ABEN, 2008. CD-ROM.

YIN, R.K. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A
(Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaria de convidá-lo a participar de uma pesquisa intitulada, provisoriamente, **“Representações Sociais sobre o Programa Saúde da Família: uma construção social”**, em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e que representa uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Essa pesquisa é de responsabilidade de Ana Paula Azevedo Hemmi, orientada pela Profa. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna, que ocupa o cargo de Professor Adjunto III desta escola.

O estudo tem por objetivo captar a sua percepção e entendimento sobre o Programa Saúde da Família, por as consideramos importante para a implementação dessa estratégia, criada pelo Ministério da Saúde, no dia a dia dos profissionais de saúde.

Você será entrevistado discorrendo sobre os aspectos históricos dos serviços de saúde no Brasil, e mais especificamente, na cidade de Belo Horizonte. E, tendo experienciado o atendimento, aqui nesses anos, me contará sobre o que você entende do Programa Saúde da Família.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para melhorar a assistência prestada à população atendida. Além disso, contribuirá para inserção do usuário no planejamento desta das ações realizadas neste serviço e, também, para o ensino e a prática neste campo de conhecimento.

Sua participação é voluntária e iremos assegurar a confidencialidade e privacidade das informações aqui fornecidas. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins da pesquisa e veículos de divulgação científica. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo.

Se estiver de acordo, e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Ana Paula Azevedo Hemmi

Nome: _____

R.G _____

Assinatura: _____

Belo Horizonte, _____ / _____ / _____

Nome da pesquisadora: Ana Paula Azevedo Hemmi Tel: (31) 88037468

Orientadora: Profª Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 3409-9867

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592.

ANEXO A
(Termo de Autorização)

Termo de Autorização

Belo Horizonte, Fevereiro de 2008.

Ilma. Sr^a Adriana Maria de Aquino Aguiar

Gerente do Centro de Saúde Jardim Montanhês – SMSA/ PBH

Solicito sua autorização para realização da pesquisa intitulada provisoriamente **“Representações Sociais sobre o Programa Saúde da Família: uma construção social”**, em desenvolvimento no Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como parte integrante das exigências para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, de autoria de Ana Paula Azevedo Hemmi, orientada pela Prof^a Dr^a. Cláudia Maria de Mattos Penna.

O estudo tem como objetivo apreender as representações sociais de usuários sobre a Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um Estudo de Caso com abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas com usuários do Centro de Saúde, convidados a participarem.

Em face do exposto, necessito da autorização de V.S^a para realizar o estudo proposto no Centro de Saúde Jardim Montanhês, e posteriormente, apresentá-lo ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EMI/EEUFMG e aos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP/UFMG e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte – SMSA/PBH. Na oportunidade, solicito também a autorização para divulgar a identificação do Centro de Saúde.

Desde já, firmo o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados através de trabalhos técnico-científicos, preservando o anonimato dos sujeitos da pesquisa, colocando, ainda, à disposição da Instituição os resultados do mesmo.

Certa de contar com a atenção de V.S^a, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

ANA PAULA AZEVEDO HEMMI

Identificação: MG – 11.764.622

Endereço: Rua Francisco Deslandes, Nº 680, Apt.305, Bairro Anchieta, Belo Horizonte.

Telefone: (0XX31) 8803-7468 / (0XX31) 2535-5440 / (0XX31) 3287-6974.

E-mail: anahemmi@yahoo.com.br

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Cláudia Maria de Mattos Penna. Telefone: (0XX31) 3409-9867

Telefone COEP/UFMG: (0XX31) 3499-4592

De acordo,

Nome:

Adriana M. de Aquino Aguiar Adriana M. de Aquino Aguiar
Gerente CS Jardim Montanhês
BM 71.195-4

Assinatura:

Adriana M. de Aquino Aguiar

Identificação:

M-3.777-200

Cargo:

Gerente

Instituição:

C.S. Jardim Montanhês

Belo Horizonte, 17 / 02 /2008.

ANEXO B
(Parecer do COEP/ UFMG)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 41/08

Interessado(a): Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna
Departamento de Enfermagem Materno Infantil
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 19 de março de 2008, o projeto de pesquisa intitulado **"Representações sociais sobre o Programa de Saúde da Família: uma construção social"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO C
(Parecer CEP/ SMSA/ PBH)



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Avaliação de projeto de pesquisa – Protocolo 018/2008

Projeto: “Representações Sociais sobre o Programa Saúde da Família: uma construção social”.

Nome da Pesquisadora: Cláudia Maria de Mattos Penna -Orientadora
Ana Paula Azevedo Hemmi- Orientanda

Instituição responsável: Faculdade de Enfermagem- Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG

Instituição onde se realizará a pesquisa: Centro de Saúde Jardim Montanhês – SMSA-BH

Objetivo

Essa pesquisa objetiva apreender as representações sociais de usuários sobre a Estratégia de Saúde da Família.

Sumário do Projeto

A presente pesquisa tem como efeito a conclusão do curso de mestrado. Trata-se de um estudo de caso qualitativo que tem por objetivo apreender as representações sociais de usuários sobre a Estratégia de Saúde da Família em Belo Horizonte. A coleta de dados será realizada com usuários de um centro de saúde do Distrito Noroeste de Belo Horizonte. Será feito uma abordagem comparativa da visão de usuários sobre essa estratégia, criada como Programa de Saúde da Família, pelo Governo Federal em 1994 e o modelo anterior de assistência na atenção básica. Os sujeitos da pesquisa serão pessoas indicadas por profissionais do Centro de Saúde, desde que essas pessoas estejam nos critérios de terem vivenciado o período anterior a implantação do PSF. Será realizada uma visita às essas pessoas, juntamente ao Agente Comunitário de Saúde – que reside na localidade e tem acesso às casas dessas pessoas – para uma aproximação prévia sobre o estudo a ser desenvolvido. A análise dos dados será feita como propõem a pesquisa qualitativa e o referencial metodológico das representações sociais.

Comentários do Relator:

O estudo apresenta relevância, pertinência e atualidade. A metodologia é adequada. O TCLE é adequado. As medidas protetoras propostas são adequadas ao grau de vulnerabilidade dos sujeitos. A proposta de divulgação dos resultados está adequada. O

orçamento é adequado e a análise crítica dos riscos e benefícios para os sujeitos está de acordo com a resolução 196/96 do CNS . O cronograma apresentado é factível.

Parecer:

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em 14 de abril de 2008.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.



Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Celeste de Souza Rodrigues - BM: 37316-1
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - SMSA/BH

Belo Horizonte, 24 de abril de 2008.

ANEXO D
(Parecer da Câmara Departamental)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAUDE PUBLICA
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia
CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Tel.: 3248-9860 FAX.: 3248-9859 E-mail: emi@enf.ufmg.br

PARECER

Título do projeto de pesquisa: Representações sociais sobre o Programa Saúde da Família: uma construção social.

Interessados: Ana Paula Azevedo Hemmi - Mestranda
Prof. Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna - Orientadora

Relator: Prof. Dr. José Divino Lopes Filho

HISTÓRICO

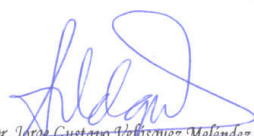
Recebi no dia 21 de fevereiro de 2008, da Secretaria do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da EEUFMG, o Projeto de Pesquisa intitulado "Representações sociais sobre o Programa Saúde da Família: uma construção social", para análise e parecer.

MÉRITO

Trata-se de projeto de pesquisa qualitativa fundamentada na teoria das representações sociais, cujo objetivo é "apreender as representações sociais de usuários sobre a Estratégia de Saúde da Família". Conceitualmente é uma área de estudo pertinente e necessária aos processos de compreensão, avaliação e desenvolvimento da política de atenção e promoção da saúde, merecendo destaque o caráter interativo do estudo, baseado na inserção dos "usuários". É neste aspecto que reside o mérito do estudo, visto que são poucos os estudos que consideram a visão de usuários na estratégia de saúde da família. Como bem consta no projeto, "os trabalhos desenvolvidos sobre a perspectiva dos usuários restringem-se à satisfação destes sobre os serviços de saúde" e, segundo bibliografia citada, "satisfação é um termo bastante amplo... e não abrange a subjetividade dos sujeitos quanto às diferentes posições adotadas".

O estudo desenvolver-se-á no Centro de Saúde Jardim Montanhês, localizado na região Noroeste da cidade, utilizando-se de entrevistas abertas não-estruturadas. Os sujeitos

Aprovado em reunião de Câmara Departamen-
tal do EMI em 05/02/2008


Prof. Dr. Jorge Gustavo Velásquez Meléndez
Chefe do Dept. Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem/UFMG

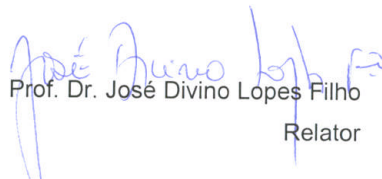
escolhidos para a pesquisa são pessoas que vivenciaram o período de transição do sistema de saúde, mais especificamente a implantação do PSF. Estes sujeitos devem freqüentar os serviços de saúde desde o momento anterior do PSF em Belo Horizonte. A metodologia de coleta e análise de dados encontra-se descrita, referendada pela referência teórica do estudo.

Estruturalmente o projeto comporta os itens exigidos pela metodologia científica clássica: uma boa introdução onde se destaca a explicação sobre a origem do trabalho, propiciando um entendimento de que se trata de um projeto completamente identificado com os propósitos teóricos da mestranda; uma revisão de literatura, ainda que limitada, compatível com o estágio do desenvolvimento; cronograma, orçamento, referências bibliográficas e apêndices.

CONCLUSÃO

Diante de exposto, sou favorável à aprovação deste Projeto de pesquisa pela Câmara Departamental.

Belo Horizonte, 22 de fevereiro de 2008


Prof. Dr. José Divino Lopes Filho
Relator