



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Rodrigues, Máisa Paulino; Costa de Lima, Kenio; Giuseppe Roncalli, Angelo
A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 1, janeiro-fevereiro, 2008, pp. 71-82
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013111>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal *

Social representation related to care in the family health program in Natal-Brazil

Maisa Paulino Rodrigues ¹
Kenio Costa de Lima ²
Angelo Giuseppe Roncalli ²

Abstract *This study examines the core and outlying representational elements of healthcare constructed by Family Healthcare Program teams in Natal, Brazil, using the theory of social representations and the central core theory. The sample consisted of ninety healthcare practitioners working with this Program, with data collected through free word association, a questionnaire and focus groups. The core representation consists of attention/love and comfort, disclosing different understandings and showing that accumulated knowledge is supported by a view that is close to caregiving. However, traditional values and trivial connotations are maintained, hindering the implementation of more effective interventions in by this Program. The core composition indicated that any capacity-building efforts that try to modify attitudes - and thus the daily practice of these practitioners - must assign high priority to discussions on redefining these elements of attention/love and comfort. They must consider the set of mental, emotional, and practical elaborations as well as explanations arising from daily life that are introduced into the constitution of the social representations under examination, influencing choices and shaping the strategies used by practitioners to provide care.*

Key words *Healthcare, Social representations, Family Health Program*

Resumo *Este estudo buscou apreender os elementos representacionais centrais e periféricos do cuidado em saúde construídos pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) em Natal (RN). Nessa perspectiva, fez-se uso da teoria das representações sociais e da teoria do núcleo central. A amostra constituiu-se de noventa profissionais do PSF e para a coleta do material foram utilizados a associação livre de palavras, o questionário e a técnica de grupo focal. O núcleo central da representação é composto por atenção/amor e acolhimento, revelando diferentes entendimentos e mostrando também que o conhecimento construído está amparado por uma visão aproximada do cuidado, embora valores tradicionais e conotações banalizadas sejam mantidos, dificultando a implementação de intervenções mais efetivas do cuidado no PSF. A composição do núcleo central indica que qualquer capacitação que pretenda modificar atitudes - portanto, a ação cotidiana desses profissionais - deve priorizar o debate sobre a ressignificação dos elementos atenção/amor e acolhimento e considerar o conjunto de elaborações mentais, emoções, práticas e explicações oriundas do cotidiano que se introduzem na constituição da representação social em foco, influenciando as escolhas e estratégias utilizadas pelos profissionais na produção do cuidado.*

Palavras-chave *Cuidado em saúde, Representações sociais, Programa Saúde da Família*

* Artigo integrante da tese de doutorado realizado no Curso de Pós-Graduação de Ciência da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

¹ Departamento de Ciências Biomédicas, Faculdade de Ciências da Saúde, UERN. Rua Atirador Manoel da Silva Neto S/N, Aeroporto. 59607-360 Mossoró RN. maisapaulino@digicom.br

² Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Introdução

Nos dias atuais, é comum convivermos com uma gama de problemas que alteram intensamente a capacidade dos serviços de saúde de responderem de forma eficaz às demandas por saúde na vida individual e na vida coletiva dos cidadãos brasileiros, o que pode ser detectado por meio da pouca efetividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Essa situação tem sido observada cotidianamente nas instituições de saúde do Brasil, sendo revelada por meio da insatisfação e da insegurança dos usuários com o tipo de atendimento prestado e da forma como os profissionais de saúde operam os serviços, ou seja, desenvolvendo práticas histórico-socialmente determinadas pela ação médico-hegemônica.

Nesse horizonte de crise, o Programa Saúde da Família (PSF) pode significar um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, co-responsabilidade e outros, que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde¹, ***o objetivo do Programa Saúde da Família é o de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.***

O PSF é considerado uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Apresenta-se, assim, como uma possibilidade de reestruturação dos serviços e de novas práticas de intervenção na atenção à saúde.

Nessa perspectiva, visa à reorganização da atenção básica em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, centrado no hospital e orientado para a cura de doenças. O foco de atenção está centrado na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Em sua retórica, o Programa Saúde da Família conchama para a construção de uma nova maneira de operar a saúde, isto é, aponta para a produção do cuidado com vistas à implantação de

um desenho de saúde humanizado, o que requer considerar a singularidade e a subjetividade de cada sujeito no processo diagnóstico-terapêutico, incluindo as dimensões subjetivas e sociais envolvidas no adoecimento. Nessa perspectiva, a comunicação se constitui em importante instrumento para humanizar o cuidado em saúde no PSF.

Apesar da grande polêmica gerada no campo da Saúde Coletiva, por ocasião da implantação do Programa Saúde da Família no Brasil, observava-se que cotidianamente essa estratégia vem se afirmando como um processo capaz de contribuir para a mudança do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2005, 44,4% da população brasileira eram cobertos pelo Programa, isto é, cerca de 78,6 milhões de pessoas atendidas pelo PSF². A potencialidade para a mudança advém do conteúdo estratégico, que permite um rompimento com o comportamento passivo dentro das unidades básicas de saúde, com extensão das ações para e com a comunidade, possibilitando o desenvolvimento do trabalho em equipe, a responsabilização sobre um território, os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre serviços de saúde, profissionais e população.

A partir desse referencial, buscamos estabelecer um olhar mais atento sobre o processo de trabalho em saúde e os desafios necessários para a construção de um novo fazer no PSF.

O trabalho em saúde e a produção do cuidado

O cuidado deve ser sentido, vivido e, para que isso ocorra, é necessário que ele seja absorvido e faça parte da vida dos profissionais de saúde. O cuidado humano é baseado no respeito à dignidade, na sensibilidade e na ajuda. Dessa maneira, o cuidado humano deveria constituir-se num imperativo moral, da atitude ética, em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. Nesse cuidado existe um compromisso, uma responsabilidade em estar no mundo, ajudando a construir uma sociedade com base em princípios morais³.

A compreensão de cuidado aqui proposta comunga com a concepção apresentada por Ayres⁴, ou seja, é uma compreensão ampliada, que não se refere ao conjunto de recursos e medidas terapêuticas, tampouco aos procedimentos auxiliares que possibilitam efetivar a aplicação de uma terapêutica, mas o cuidado entendido como um constructo filosófico, com o qual que-

remos designar, simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, ou seja, uma interação entre dois ou mais sujeitos objetivando o alívio de um sofrimento ou a aquisição de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente direcionados a essa finalidade.

O modelo de atenção hegemônico, vigente, centrado na concepção médico-curativa, tem por finalidade a produção da cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, a tecnificação da assistência e a mecanização dos atos. Já um modelo assistencial *produtor de saúde* deve tomar por base a produção do cuidado, com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade: ***O grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem. Limitam-se mutuamente e ao mesmo tempo se complementam. Juntos constituem a integralidade da experiência humana, por um lado, ligada à materialidade e, por outro, à espiritualidade. O equívoco consiste em opor uma dimensão à outra e não vê-las como modos-de-ser do único e mesmo ser humano.***

A produção de serviços de saúde pode ser entendida dentro da categoria “serviço”, expressando a necessidade de cumprir uma finalidade útil; entretanto, os resultados do trabalho não se constituem em mercadorias passíveis de comercialização, como produtos mercantis em si mesmos, mas são serviços produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, a sua produção é singular e se dá no próprio ato⁶.

Dessa forma, o profissional de saúde, durante o exercício de sua atividade, precisa manter uma relação “humanizada” com seus pacientes. André Levy⁷ nos diz que a abordagem clínica – a palavra “clínica”, em sua raiz primitiva, significa “ao pé do leito” – supõe sujeitos às voltas com um sofrimento, uma crise que os toca por inteiro. O clínico depara-se com um ser pensante e igualmente desejante, assim como ele próprio o é. Nesse encontro entre dois sujeitos, as emoções fluem entre ambos, criando uma relação autêntica entre dois seres, e não entre um técnico e uma patologia.

Uma prática de saúde humanizada não é o desenvolvimento de uma técnica ou artifício, mas um processo vivencial que deve permear toda a atividade dos profissionais, procurando realizar e oferecer um tratamento que os usuários merecem como pessoas humanas, dentro das circunstâncias peculiares aos serviços de saúde.

Ao considerarmos a complexidade dos fatos envolvidos no adoecimento, verificamos que a atuação dos profissionais não pode restringir-se apenas aos aspectos biomédicos, mas faz-se necessário ampliá-los. Campos⁸ utiliza o conceito de “clínica ampliada” para definir a clínica necessária nos serviços de saúde, ou seja, uma clínica que inclua, além da doença, a pessoa e seu contexto, e se responsabilize tanto pela cura e a reabilitação quanto pela prevenção e a proteção individual e coletiva. Uma clínica que consiga compreender de forma ampliada o processo de adoecimento e sofrimento do usuário e elaborar projetos terapêuticos singulares com ações que visem intervir nas diversas dimensões relacionadas ao sofrimento e ao adoecimento. Enfim, uma clínica comprometida com o cuidado com a produção de saúde e de vida.

Esses projetos terapêuticos devem direcionar-se também para a construção da autonomia do usuário, contribuindo para aumentar a sua capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde a partir de suas condições concretas de vida, o que os tornará capazes de instituir novos modos de vida e protagonizar a produção da saúde. Isso significa possibilitar o conhecimento sobre o processo saúde-doença-restabelecimento, dialogar com os saberes, os desejos e valores do usuário na construção dos cuidados à saúde⁸.

O modo de operar os serviços na atenção básica

O modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também em um processo pedagógico de ensino-aprendizagem⁹.

Diferentemente do que se propaga no discurso médico hegemônico, a atenção básica em saúde não é uma ação simplificada. Quando assumida de forma integral e resolutive, ela exige dos profissionais que nela atuam um arsenal de atributos e recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos.

Merhy¹⁰ destaca que um profissional de saúde, no desempenho de uma ação, mobiliza concomitantemente seus saberes e modos de agir. Esse modo de agir é definido inicialmente pela existência de um saber específico sobre o problema que o profissional vai enfrentar, acerca do

qual se coloca em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos envolvidos por um território que marca a dimensão cuidadora. Portanto, todos os trabalhadores em saúde possuem potenciais de intervenção nos processos de produção em saúde. Esses potenciais são marcados pela relação entre os núcleos de competência profissional e o núcleo cuidador, quer seja esse trabalhador um médico ou um arquivista.

No modelo médico-hegemônico, o núcleo cuidador ocupa um papel irrelevante e complementar em relação ao núcleo profissional, que se encontra fragmentado, constituindo-se em seara de disputa pelo poder. A implicação mais séria desse modelo é o enfraquecimento da dimensão cuidadora do trabalho em saúde, em particular do próprio médico. Um outro problema existente é a submissão dos outros profissionais da equipe à lógica dominante da ação médica. Tal lógica empobrece consideravelmente o núcleo cuidador. Alguns autores advogam que a baixa incorporação do saber clínico no ato médico compromete seriamente a eficácia da intervenção; inversamente, podemos dizer que a *morte* da ação cuidadora dos diversos profissionais de saúde tem construído modelos de atenção pouco resolutivos perante as necessidades de saúde dos cidadãos.

Essa compreensão implica reconhecer que a construção de um novo modelo de saúde, humanizado, pressupõe a ampliação da dimensão cuidadora, no sentido de desencadear processos melhor partilhados dentro da equipe de saúde e também entre os profissionais e usuários, para que se garanta o vínculo e a co-responsabilização. Isso implica também uma melhor combinação entre a capacidade de produzir procedimentos e cuidado, requerendo competências diversificadas, por parte dos profissionais atuantes, que se expressem no campo da cooperação (*núcleo cuidador*), pelo conhecimento ético, a destreza nas relações interpessoais, o conhecimento institucional e a compreensão do processo de trabalho; no campo da direcionalidade técnica (núcleo profissional/específico), pelo conhecimento técnico-científico, o da clínica, o do planejamento e, ainda, o conhecimento sobre gerência e supervisão dos serviços⁶.

Dessa maneira, a tecnologia só adquire sentido como expressão conjunta das determinações internas dos processos de trabalho e, portanto, contemporânea destes. Não há tecnologia, nessa perspectiva, fora dos processos de trabalho. Há saberes, conhecimento de estatuto científico ou cultural que podem, em tese, transformar-se em momentos dos processos de trabalho à medida

que possam corresponder aos requerimentos técnicos e sociais de tais processos¹¹.

A produção do cuidado em saúde pressupõe que, no momento do encontro entre usuário e profissional, este consiga captar as necessidades singulares de saúde do usuário, tornando-se imprescindível uma abertura por parte do profissional para inclinar-se à escuta qualificada. Implica acolher o outro, oferecer espaço para a fala e para o diálogo, o estabelecimento de vínculo e de laços de confiança; portanto, uma maior capacidade diagnóstica e de efetividade da intervenção terapêutica¹².

Os problemas de saúde são sempre complexos, porque envolvem diversas dimensões da vida, desde as que se circunscrevem no corpo até as de caráter social e subjetivo. Portanto, o trabalho em saúde, para ser eficaz, deve responder a essa complexidade e dar sentido à intervenção nos variados campos da saúde. Abre-se aqui uma gama de possibilidades de uso de inúmeras tecnologias de trabalho para a produção do cuidado.

Faz-se necessário, portanto, resgatar e incorporar assistências progressivas totalizadoras do cuidado produzido, em vez da somatória dos atos especializados; incluir a dimensão subjetiva nas práticas em saúde como parte da inovação tecnológica, revalorizando, tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde, uma prática cujas relações interpessoais resguardem o sentido humano das profissões de saúde. Isso equivale a se contrapor à visão predominante de uma cisão necessária entre o que é técnico-científico e o que é humano nas ações técnicas, quer pelo conhecimento dos limites da primeira dimensão, quer pelo conhecimento dos espaços efetivos da segunda, no interior das intervenções e da produção dos serviços¹³.

Nessa perspectiva, este estudo teve por objetivo identificar as representações sociais do cuidado subjacentes ao processo de trabalho em saúde no contexto da atenção básica na cidade do Natal (RN), no sentido de apreender os diversos produtos mentais e culturais estruturados, com componentes cognitivo, afetivo, avaliativo e simbólico (entre outros), construídos no cotidiano das relações pessoais, que norteiam o comportamento e as atitudes dos sujeitos e dos grupos sociais em que se inscrevem, de forma compartilhada^{14,15}.

Perspectiva metodológica

O objeto das representações sociais está incluído num contexto ativo e dinâmico, sendo concebi-

do pelo sujeito ou pela coletividade como prolongamento do seu comportamento. Dessa maneira, a representação social é uma “preparação para a ação”, que remodela e recompõe os elementos do meio ambiente, estabelecendo um sentido para a ação¹⁵. Visando complementar a *teoria das representações sociais*, a teoria do *núcleo central*, desenvolvida por Abric¹⁶ em 1976, estabelece que as representações sociais se organizam em torno de um núcleo estruturante composto por um ou mais elementos, que dão significado à representação. Assim, o núcleo central também é denominado núcleo estruturante, possuindo duas funções fundamentais:

a. **uma função geradora:** elemento através do qual se cria, ou se transforma, o significado dos outros elementos característicos da representação. É por meio deste que os outros elementos adquirem sentido e valor;

b. **uma função organizadora:** núcleo central, que define a natureza dos elos, ligando entre si os elementos da representação. Portanto, o núcleo é o elemento unificador e estabilizador da representação.

Pode-se dizer que o núcleo central é o elemento mais estável da representação, aquele que consegue manter sua continuidade em contextos variáveis e evolutivos. Na representação, ele é o elemento mais resistente à mudança. Por essa razão, qualquer modificação do núcleo central vai determinar na modificação completa da representação. De acordo com a teoria, é a partir da identificação do núcleo central que se torna possível o estudo comparativo das representações. Para que duas representações sejam diferentes, elas devem estar organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes. Somente a identificação do conteúdo de uma representação não é suficiente para o seu reconhecimento e especificação. A organização desse conteúdo, por conseguinte, é essencial: duas representações definidas por um mesmo conteúdo podem apresentar-se radicalmente distintas, caso a organização dele - portanto a centralidade de certos elementos - seja diferente¹⁶.

Complementando o núcleo central, existe um sistema periférico constituído pelos elementos não-centrais da representação, isto é, elementos que não se incluem no núcleo central. Os elementos periféricos são responsáveis pela interface entre a realidade e o sistema central, posto que atualizam e contextualizam as determinações normativas e outras formas consensuais do núcleo central. É essa interface que permite a mobilidade, a flexibilidade e a expressão individualiza-

da que, igualmente, como afirma Sá, caracterizam as representações sociais¹⁷.

O estudo da representação social deve sempre buscar apreender a complexidade do objeto em questão. Nesse sentido, visando apreender as diversas dimensões do objeto, adotamos uma abordagem plurimetodológica, usando, para isso, técnicas e estratégias metodológicas diversificadas. Dessa forma, a metodologia adotada procurou explorar aspectos quantitativos e qualitativos, com vistas a captar, através dos discursos produzidos, as representações sociais de diferentes sujeitos implicados com o processo do cuidado no PSF. Assim, ela procurou colocar em evidência os elementos representacionais centrais e periféricos das representações sociais em questão.

O campo de investigação foram as unidades de saúde do SUS situadas nos distritos sanitários Norte e Oeste - únicos distritos que haviam implantado o PSF há pelo menos um ano. Dessa forma, todas as unidades de Saúde da Família (USF) foram incluídas, isto é, dezoito unidades, contemplando-se uma equipe por USF (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário).

O foco de observação foi dirigido para noventa profissionais que compõem as equipes, e o critério de inclusão dos sujeitos foi sorteio entre as equipes lotadas em cada USF. A amostra foi composta por dezoito profissionais de cada categoria.

Para a coleta do material, utilizamos a combinação de três instrumentos, quais sejam: um questionário, a técnica de associação livre de idéias e de palavras e a entrevista em profundidade (técnica de grupo focal).

Inicialmente, aplicamos o questionário, composto por duas partes. A primeira foi destinada à coleta referente aos dados pessoais, tais como: idade, sexo e tempo de trabalho no serviço público e no PSF, enquanto a segunda, destinada à **associação livre de palavras**, objetivou captar os elementos representacionais centrais e periféricos sobre o “cuidado no PSF”. A partir da frase indutora “Escreva rapidamente as palavras que, na sua opinião, associam-se ao cuidado”, foram anotadas seis palavras que vinham à cabeça dos profissionais e, em seguida, numeradas por ordem de importância.

A partir das evocações obtidas com a técnica de associação livre de palavras, foi possível seguir a análise sugerida pelo autor¹⁶, ou seja, a investigação do conteúdo representacional, a estrutura e a organização desse conteúdo e a determinação e controle do núcleo central. Para a ob-

tenção dos núcleos central e periférico, utilizamos o *software* Evoc 2000.

No segundo momento, lançamos mão da entrevista em profundidade do tipo estruturada, favorecendo a interlocução e a interação entre os sujeitos de forma espontânea, o que contribuiu para o enriquecimento das entrevistas. Essa técnica estruturante¹⁸ foi executada no período de setembro a dezembro de 2004 junto aos grupos amostrais (seis grupos com cinco componentes cada um), perfazendo um total de trinta sujeitos. Esses sujeitos foram selecionados do universo dos respondentes do questionário e o critério de inclusão foi o desejo e a disponibilidade de participar do grupo focal, mantendo-se, entretanto, a heterogeneidade do grupo (contemplando-se as cinco categorias profissionais).

Para as entrevistas com os grupos focais, utilizamos o seguinte roteiro de perguntas: “O que vem a sua cabeça quando eu falo a palavra cuidado?”; “De que maneira os pacientes estão sendo cuidados no PSF?”; “Qual a proposta de vocês para que se possa exercer efetivamente o cuidado no PSF?”

Para a análise das variáveis sociodemográficas e das entrevistas, trabalhamos com o tratamento estatístico descritivo e a análise de conteúdo categorial¹⁹. Em seguida, foi possível a construção de campos semânticos, que ratificaram as conclusões obtidas com a determinação e o controle do núcleo central. Todavia, dado o caráter mais livre e fluido das entrevistas, pudemos identificar outros elementos variantes e invariantes que compõem a representação em estudo.

As representações sociais são entendidas como teorias compartilhadas pelo grupo que serve de referência – nesse caso, as equipes de saúde do PSF. Dessa maneira, buscamos compreender a construção compartilhada que forma o senso comum desse grupo.

Cabe aqui ressaltar que este estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, de acordo com o parecer n. 116/03, sendo garantido total sigilo em relação aos nomes dos trabalhadores envolvidos na pesquisa.

Apresentação e discussão dos resultados

Como já dissemos anteriormente, de acordo com Abric¹⁶, toda representação social é organizada em torno de um núcleo central – que unifica e dá sentido ao seu conteúdo – e de alguns elementos periféricos, responsáveis pela interface entre a re-

alidade e o sistema central da representação. Portanto, pois, aqui, da teoria do Núcleo Central e das orientações metodológicas sugeridas pelo autor¹⁶, a fim de compreendermos a organização interna da representação social do cuidado.

As associações que emergiram quando utilizamos a frase indutora “Escreva, rapidamente, as palavras que na sua opinião associam-se ao cuidado”, totalizaram 540 evocações. A análise dessas evocações, feita por meio da observação da frequência simples de cada uma delas, revelou 134 palavras diferentes, correspondendo a uma média de seis evocações por sujeito. Observamos, uma variação significativa das palavras evocadas, colocando em evidência a polissemia em relação ao objeto, conforme observado na Tabela 1.

No primeiro momento, foi possível acessar os mais diversos conteúdos semânticos. Em seguida, através de classificação baseada em sinônimos ou proximidade semântica das palavras, fizemos a primeira aproximação ao *corpus*, possibilitando a representação gráfica dos resultados por meio de tabelas de frequências. Seguiu-se então a classificação em unidades de significação, e, por conseguinte, a categorização, dando visibilidade à estrutura interna existente no *corpus* em análise.

Na seqüência, foram evidenciados os elementos organizadores da representação através dos seguintes indicadores: **a frequência do item evocado, a média de frequência da evocação e a importância do item para o sujeito**. Assim, as palavras evocadas mais frequentemente e mais prontamente pelos sujeitos, provavelmente, compõem os elementos centrais das representações desses sujeitos acerca do tema.

A Tabela 2 apresenta as ordens de classificação obtidas a partir da significação das palavras evocadas pelos sujeitos, compondo-se assim, as categorias: **atenção; acolhimento; amor; assistência; conhecimento; dedicação; humanização; responsabilidade; trabalho e higiene**.

Tabela 1. Sumário dos resultados da associação livre de palavras obtida a partir das evocações de profissionais do PSF. Natal (RN), 2005.

Número total de evocações	540
Número de palavras diferentes evocadas	134
Média de evocação por sujeito	6
Sujeitos que indicaram a palavra mais importante	90
Total de sujeitos	90

Tabela 2. Evocações segundo a ordem de classificação e ordem média de evocação. Natal (RN), 2005.

Palavras	1ª evoc.	2ª evoc.	3ª evoc.	Total evoc.	OME
1. ATENÇÃO	24	18	21	63	1,95
2. ACOLHIMENTO	22	16	9	47	1,72
3. AMOR	18	14	9	41	1,78
4. ASSISTÊNCIA	10	8	9	27	1,96
5. CONHECIMENTO	1	8	4	13	2,23
6. DEDICAÇÃO	1	6	12	19	2,57
7. HIGIENE	5	8	6	19	2,05
8. HUMANIZAÇÃO	8	11	11	30	2,10
9. RESPONSABILIDADE	12	8	9	29	1,89
10. TRABALHO	3	3	6	12	2,25
TOTAL	104	100	96	300	20,50

Nota: *OME = Ordem Média de Evocação.

Nessa perspectiva, a frequência de evocação foi calculada a partir do somatório das frequências com que a palavra foi evocada em cada posição, enquanto a ordem média de evocação foi obtida ponderando-se com o peso 1 a evocação feita em primeiro lugar, com peso 2 a segunda evocação e, assim, com tantas ponderações quantas foram associações solicitadas²⁰. O somatório desses produtos dividido pelo somatório das frequências da palavra citada nas diversas posições correspondeu à ordem de evocação da palavra. A média aritmética dos valores da ordem de evocação de cada palavra corresponde à ordem média de evocação. Procedendo à análise desses dois índices, de forma simultânea e combinada, foi-nos possível revelar os elementos que provavelmente participam do núcleo central da representação devido à sua saliência¹⁷.

A partir desse procedimento, pudemos distribuir os resultados obtidos em um diagrama de quatro quadrantes, de forma que o eixo horizontal se refere à ordem média de evocação (com os valores menores para o lado esquerdo do eixo) e o eixo vertical à frequência de evocação (com os valores maiores dispostos na parte superior do eixo). Assim, o quadrante superior esquerdo é composto pelas evocações de maior frequência e prontamente expressas; o inferior direito, pelas evocações de menor frequência e as mais tardiamente enunciadas. Os elementos que participam do núcleo central da representação situam-se no quadrante superior esquerdo (maior frequência e pronta evocação); já no quadrante inferior direito, estão os de menor frequência, que são denominados de “elementos periféricos”. Nos qua-

drantes superior direito e inferior esquerdo, situam-se os elementos que se relacionam menos diretamente com o núcleo central²⁰.

Entre os noventa profissionais que participaram deste estudo, 54 possuíam nível universitário e 36, nível médio. A maioria (87%) era do sexo feminino e a média de idade do grupo era de 44,5 anos. O tempo médio de atuação nos serviços públicos de saúde ficava em torno de dezessete anos de trabalho.

Os resultados demonstram que a frequência média de evocação foi igual a 30 e a média aritmética das ordens médias de evocação foi igual a 2,05. De acordo com a análise combinada das indicações apontadas, delimitamos a área de localização dos elementos que, provavelmente, participam do núcleo central e do sistema periférico da representação do cuidado, o que pode ser observado no Diagrama 1.

Assim, **acolhimento**, **atenção** e **amor** situam-se no quadrante superior esquerdo, por apresentarem uma maior saliência e, dessa forma, compõem o núcleo central da representação social do cuidado. Os elementos dos demais quadrantes tendem, por conseguinte, a representar os elementos periféricos da representação, que se relacionam menos diretamente com o núcleo central, portanto não sendo capazes de interferir ou modificar, ainda, tal representação.

Durante a análise de conteúdo, algumas categorias emergiram de maneira mais enfática, reforçando as evocações que constituíram o núcleo central. O Diagrama 2 apresenta as categorias com as respectivas citações.

Na análise do Diagrama 1, percebemos que,

no quadrante inferior esquerdo, estão localizadas as categorias **responsabilidade** e **assistência**; no quadrante superior direito a categoria **humanização**, mostrando uma certa proximidade do núcleo central; e no quadrante inferior direito estão situadas as categorias **dedicação**, **higiene**, **conhecimento** e **trabalho**, ou seja, os elementos periféricos da representação. A estratégia metodológica²⁰ utilizada ajuda a perceber, para além da natureza essencialmente coletiva, a variação de sentido que cada sujeito atribui ao objeto representado. Essa conclusão ajuda a compreender que, embora a representação seja soci-

al, ela não elimina o sujeito. Partilhar uma verdade sobre determinado objeto não significa, portanto, anular-se diante do coletivo: *Humanização [...], Escutar [...], Acolher as pessoas que necessitam não só da parte curativa, mas da escuta, pois são muito carentes e não precisam só da parte curativa. No momento que o profissional senta e escuta suas aflições e dificuldades do dia-a-dia, eles têm [...] Eu acho que eles já saem mais aliviados.* (dentista)

Assim, podemos compreender a saliência dos elementos **humanização**, **responsabilidade**, **assistência**, e compreender também como os elementos periféricos que aparecem no quadrante inferior direito - apesar de alguns já representarem uma certa aproximação do sentido atribuído ao cuidado (ao incorporarem elementos como **dedicação** e **conhecimento**) -, não conseguem ainda provocar mudanças de significados nos elementos do núcleo central.

Observando o Diagrama 2, percebemos que a justificativa relacionada ao **acolhimento** deixa claro que os sujeitos compreendem o significado da palavra “acolhimento”, podendo-se dizer, portanto, que começa a haver uma ressignificação, ou seja, uma maior aproximação ao cuidado, visto que o acolhimento é parte fundamental deste, pressupondo uma escuta qualificada com vistas ao desenvolvimento de ações que intervenham nas dimensões relacionadas ao sofrimento e ao adoecimento.

Diagrama 1. Elementos constituintes do núcleo central e dos elementos periféricos da representação social do cuidado. Natal (RN), 2005.

OME ≤ 2,05	OME > 2,05
Atenção (63) 1,95 Acolhimento (47) 1,72 Amor (41) 1,78 F ≥ 30	Humanização (30) 2,10
F < 30 Assistência (27) 1,96 Responsabilidade (29) 1,89	Conhecimento (13) 2,23 Dedicação (19) 2,57 Higiene (19) 2,05 Trabalho (12) 2,25

Diagrama 2. Categorias e evocações submersas da análise de conteúdo a partir do tema cuidado. Natal (RN), 2005.

ATENÇÃO	“ Atenção , porque se você está atento, você pode curar e prevenir as doenças, e dessa forma está cuidando” (médico). “ Atenção , pois é essencial que você preste uma assistência com atenção aos fatores biológicos e sociais” (dentista).
ACOLHIMENTO	“ Acolhimento , o ato de acolher é fundamental, pois implica um atendimento que respeita o paciente, possibilita acesso e gera um atendimento humanizado” (dentista).
AMOR	“ Amor , por se tratar de um sentimento que engloba todos os outros” (auxiliar Enfermagem). “ Amor , porque tudo que se realiza na vida deve ser com amor” (enfermeiro). “ Amor , pois tudo que se faz com amor tem resultado positivo” (médico)
HUMANIZAÇÃO	“ Humanização [...], escutar [...], acolher as pessoas que necessitam não só da parte curativa, mas da escuta, pois são muito carentes e não precisam apenas da parte curativa. No momento que o profissional senta e escuta suas aflições e dificuldades do dia a dia, eles têm [...] eu acho que eles já saem mais aliviados” (dentista).

Para a categoria **amor**, o sentido atribuído pela maioria dos sujeitos foi superficial, isto é, teve conotação banal, algo repetido pelo senso comum no intuito de convencer a quem está ouvindo. “Amor, por se tratar de um sentimento que engloba todos os outros” (auxiliar de enfermagem). “Amor, porque tudo que se realiza na vida deve ser com amor” (enfermeiro). “Amor, pois tudo que se faz com amor tem resultado positivo” (médico). Há uma interface entre discurso e as narrativas sobre o cuidado que circulam entre os profissionais do PSF e que são constitutivas das teorias de senso comum, no afã de dar sentido à prática profissional.

Outro aspecto que merece destaque diz respeito ao discurso referente à categoria **atenção**. “Atenção, porque se você está atento, você pode curar e prevenir as doenças, e dessa forma está cuidando” (médico). O sentido atribuído à palavra **atenção** está fortemente relacionado à prática assistencial, ou seja, possui uma maior associação com a prática curativa, sugerindo a aplicação de um conjunto de medidas terapêuticas, com predominância dos arsenais tecnológicos mais complexos – próprios das tecnologias duras e leve-duras.

Durante a análise de conteúdo do grupo focal, quando os sujeitos foram estimulados pela frase indutora, “O que vocês pensam quando eu falo a palavra ‘cuidado’ no PSF?”, obtivemos as seguintes evocações: “[...] acolher e ser acolhido/ escutar/ responsabilidade/ compromisso/ zelo/ carinho/ amor” (discurso coletivo). “Responsabilidade [...] pela saúde das pessoas. No momento que você se responsabiliza pela saúde delas você está demonstrando que tem cuidado com elas, zelo, carinho e amor” (enfermeira). “[...] Ser cuidado, acolhido [...] eu diria que deve haver o cuidado do cuidador, já que somos peças importantes e estamos nesse dia-a-dia, nós temos que ter o cuidado conosco, já que essa população depende da nossa atividade” (médico).

Quando estimulados pela questão: “De que maneira vocês estão conseguindo cuidar dos pacientes?”, emergiram as seguintes falas: “Apesar das dificuldades a gente está fazendo, está conseguindo [...] dentro das dificuldades [...] ainda conseguimos fazer algumas coisas. Só que o esforço e a iniciativa são mais dos profissionais, e não institucional” (dentista). “O primordial para o cuidado é ter respeito pelo outro, compromisso, amor pelo que faz, etc. etc. etc. [...]” (auxiliar de consultório dentário). “Mesmo que tenhamos todo o perfil, se não tiver uma estrutura mínima [...], e isso está difícil” (enfermeiro). “Mas a nossa

preocupação é realmente qual tipo de cuidado, de assistência que a gente está dando ao usuário, qual a qualidade do atendimento?” (médico).

Nas respostas emitidas a respeito da questão “Qual a proposta de vocês para que se possa exercer efetivamente o cuidado no PSF?”, obtivemos os seguintes depoimentos: “[...] nós passamos um ano e oito meses sem fazer atendimento odontológico na USF, por falta de caneta de alta rotação, amalgamador, fotopolimerizador e aparelho de ar condicionado para a sala” (dentista). “O dentista da minha unidade também está há seis meses só fazendo atividades educativas porque não tem material” (auxiliar de consultório dentário). “A Secretaria Municipal de Saúde teve muita sorte de encontrar profissionais comprometidos [...] porque se não [...] a coisa estava perdida. Ninguém ia estar nem aí [...] é porque a gente quer fazer [...] é comprometido” (auxiliar de enfermagem). “Então, com esse descaso institucional, como podemos exercer de forma satisfatória o cuidado no PSF?” (fala coletiva).

Podemos dizer que, sustentados por razões históricas e culturais, pela prática cotidiana instituída e, de forma velada, por valores e normas institucionais, os profissionais investigados absorvem parcialmente a proposta do PSF em relação ao cuidado; ou seja, as tecnologias leves (acolhimento, vínculo, responsabilização) não são ainda incorporadas de forma efetiva; há uma dissociação entre o dizer e o fazer. Faz-se necessária a associação dos conhecimentos técnicos, de novas configurações tecnológicas e novas micropolíticas no trabalho em saúde, inclusive no terreno ético. As tecnologias leves, quando apostam no diagnóstico sensível à subjetividade, nas relações de poder e afeto, nos códigos familiares subliminares, entre outros, induzem à ampliação da pauta técnica para a pauta ética, baseada em cidadania, solidariedade e humanização²¹.

Para se pensar um novo desenho assistencial em saúde centrado no usuário, é fundamental resignificar-se o processo de trabalho. Essa resignificação exige a mudança da finalidade desse processo, isto é, deve passar a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do usuário, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como diretrizes, o trabalho em equipe multiprofissional, a interdisciplinaridade, a intersectorialidade, a humanização da assistência, a participação social, a co-gestão dos serviços, através da criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde

A questão da “acessibilidade” dos usuários às unidades de saúde do PSF foi outro aspecto des-

tacado com bastante relevância pelos sujeitos, citado como um dos empecilhos para o desenvolvimento do processo do cuidado, visto que, da forma como se apresenta, a acessibilidade dificulta tanto a vida dos usuários quanto o desenvolvimento das ações de saúde (visitas domiciliares) por parte dos profissionais: “Eu trabalho numa unidade onde as pessoas têm que se deslocar mais de três quilômetros para chegar até a unidade ou até a área” (auxiliar de consultório dentário). “Nós marcamos uma consulta com uma paciente de nossa área, só que para chegar na nossa área tem que atravessar uma avenida muito movimentada por carros. Então ela faltou à consulta. E quando fomos à casa da paciente, ela disse que voltou para casa com medo de atravessar a avenida” (enfermeiro). “A territorialização ficou prejudicada. Nós também temos que nos deslocar a pé, a equipe toda, pois não tem ônibus e nós não vamos de carro. Áreas próximas não são adscritas à unidade, enquanto áreas bastante distantes pertencem à unidade, sendo o acesso da população dificultado pelas barreiras geográficas. Atrapalha muito!” (auxiliar de enfermagem).

Observamos que a falta de infra-estrutura nas unidades de saúde do PSF constitui-se num ponto de estrangulamento do Programa, visto que tem dificultado de forma significativa a efetivação das ações de saúde e, conseqüentemente, a produção do cuidado durante o processo de trabalho das equipes, e é muito ressaltada pelos sujeitos. “Fica muito difícil o desenvolvimento do cuidado, pois as unidades, em sua maioria, não dispõem de local apropriado para uma escuta com maior privacidade, e nem mesmo para uma escuta coletiva ou acolhimento adequado” (enfermeira). “Falta papel higiênico, café, açúcar, água, o mínimo de conforto, uma cadeira decente pra se sentar que não tem, e eu [...] não digo nem ar condicionado [...] mas o calor é grande [...]” (médico). “Água para beber, que é o mais simples, não tem” (auxiliar de consultório dentário). “Eu tenho um colega que de vez em quando vai ao supermercado Nordeste, porque lá no banheiro do supermercado tem papel higiênico, mas na unidade não tem” (médico). “Tudo isso dificulta o desenvolvimento do cuidado: a falta de estrutura, as próprias unidades não possuem salas para reuniões [...]” (enfermeiro).

O discurso dos profissionais explicita as dificuldades existentes no cotidiano do trabalho nos serviços de saúde. Deixa claras as dificuldades encontradas para o exercício do cuidado de forma mais efetiva e a consolidação do processo de humanização.

Sobre a questão de infra-estrutura das unidades e das condições de trabalho no PSF, vale ressaltar que, embora já venham ocorrendo melhorias, ainda há muito que fazer para viabilizar-se uma resposta mais concreta para a comunidade e os profissionais de saúde. Apesar da aquisição de equipamentos e da abertura de alguns debates sobre o tema “PSF”, não se tem conseguido, de forma efetiva, viabilizar as condições necessárias para as ações de saúde e a prática do cuidado junto a usuários e profissionais. Isso aponta para a necessidade de se colocar em pauta o tema “Cuidado no PSF” e suscitar o debate junto aos sujeitos envolvidos.

Considerações finais

Com base na teoria das representações sociais, pudemos constatar que os profissionais de saúde do PSF da cidade de Natal compartilham uma representação comum, cujo núcleo central é composto pelos campos semânticos **acolhimento**, **atenção** e **amor**. Concluímos que os sujeitos apresentam diferentes entendimentos sobre o processo do cuidado no PSF e que o conhecimento construído a respeito dessa questão está amparado numa visão aproximada do sentido do “cuidado”. Entretanto, esse entendimento mantém elementos relacionados eminentemente a aspectos biomédicos e técnico-científicos.

Vale ressaltar que, nesse processo, apesar de manterem elementos que remetem a valores culturais e sociais estereotipados, alguns sujeitos começam a ressignificar esses elementos, incorporando significações novas, como **acolhimento**, **humanização** e **responsabilidade**, provavelmente em função das experiências individuais, história de vida, inserção cultural, visão de mundo e do acesso a capacitações (sem o abandono dos valores mais tradicionais). A partir do exposto, podemos concluir que o cuidado não foi ainda incorporado como um elemento fundamental ao processo de trabalho no PSF. Nos conceitos, valores, imagens, símbolos, enfim, no conteúdo da representação social do cuidado construído pelos sujeitos, este é entendido de forma fragmentada, na medida em que predominam apenas alguns elementos que compõem o cuidado em saúde, isto é, **acolhimento** e **atenção**, ficando de fora todos os outros elementos fundamentais à produção do cuidado em saúde.

O desvelamento dessa forma específica de absorção da novidade representada pelo cuidado por um lado deve servir de alerta para a ne-

cessidade de se definirem estratégias mais eficientes e eficazes, no plano local, que possibilitem aos profissionais do PSF ultrapassarem os limites que ainda os mantêm presos a saberes tradicionais e à racionalidade biomédica; por outro lado, serve para mostrar a força da naturalização do mundo, construída pelas representações sociais e, ao mesmo tempo, indicar os elementos sobre os quais se pode atuar para modificá-las.

Acreditamos que construir novos modelos de processo de trabalho em saúde em qualquer tipo de serviço, que possibilitem combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz e eficiente com conquistas de resultados, cura, proteção e promoção, é tarefa urgente a ser realizada pelo conjunto dos gestores, trabalhadores e usuários dos estabelecimentos de saúde²².

Colaboradores

MP Rodrigues trabalhou na concepção teórica elaboração e redação final do texto. K Costa Lima e AG Roncalli contribuíram na orientação e co-orientação teórica, respectivamente, e na revisão final do texto.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Secretaria de Assistência a Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade; 1997.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família - PSF. [acessado 2006 Dez 29]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
3. Waldow VR. *Cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Petrópolis: Vozes; 2005.
4. Ayres JRC. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2004; 8(14): 73-91.
5. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes; 1999.
6. Souza AMA, Santos I. *Processo educativo nos serviços de saúde*. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos n. 01. Brasília: OPAS; 1993.
7. Levy A. *O posicionamento clínico. Ciências Clínicas e Organizações Sociais*. São Paulo: Autêntica; 2000.
8. Campos GWS. *Saúde pública*. São Paulo: Hucitec; 2003.
9. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
10. Merhy EE. *O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)*. Rio de Janeiro: CEBES; 1995.
11. Mendes Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; 1994.

12. Balint M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
13. Schraiber LB, Gonçalves RBM. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM, organizadores. *Prática programática e saúde do adulto: na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 6.
14. Jodelet D. Représentation sociale: un domaine en expansion. In: Jodelet D, editeur. *Les représentations sociales*. Paris: PUF; 1989. p. 31-60.
15. Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. p. 41-81.
16. Abric JC. Méthodologie de recueil des représentations sociales. In: Abric JC, editeur. *Pratiques sociales et représentation*. Paris: PUF; 1994. p. 59-82.
17. Sá CP. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes; 1996.
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1995. p. 229.
19. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol. Ofic. Sanit. Panam.* 1996; 120(6):472-82.
20. Vergés P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli C, editeur. *Structures et transformations des représentations sociales*. Lausanne: Delachaux et Niestlé; 1994. p. 233-253.
21. Moysés SJ, Silveira Filho AD. Saúde bucal da família: quando um corpo ganha uma boca. In: Moysés SJ, Silveira Filho AD, Ducci L, Galvão Simão M, Palermo Gevaerd S, organizadores. *Os dizeres da boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, Bocas Saudáveis*. Rio de Janeiro: CEBES; 2002. p. 133-161.
22. Nogueira RP. O trabalho em serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família*. Brasília: OPAS/OMS/Ministério da Saúde; 2000.

Artigo apresentado em 29/07/2005

Aprovado em 29/11/2006

Versão final apresentada em 06/01/2007

A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal *

Social representation related to care in the family health program in Natal-Brazil

Maisa Paulino Rodrigues ¹
Kenio Costa de Lima ²
Angelo Giuseppe Roncalli ²

Abstract *This study examines the core and outlying representational elements of healthcare constructed by Family Healthcare Program teams in Natal, Brazil, using the theory of social representations and the central core theory. The sample consisted of ninety healthcare practitioners working with this Program, with data collected through free word association, a questionnaire and focus groups. The core representation consists of attention/love and comfort, disclosing different understandings and showing that accumulated knowledge is supported by a view that is close to caregiving. However, traditional values and trivial connotations are maintained, hindering the implementation of more effective interventions in by this Program. The core composition indicated that any capacity-building efforts that try to modify attitudes - and thus the daily practice of these practitioners - must assign high priority to discussions on redefining these elements of attention/love and comfort. They must consider the set of mental, emotional, and practical elaborations as well as explanations arising from daily life that are introduced into the constitution of the social representations under examination, influencing choices and shaping the strategies used by practitioners to provide care.*

Key words *Healthcare, Social representations, Family Health Program*

Resumo *Este estudo buscou apreender os elementos representacionais centrais e periféricos do cuidado em saúde construídos pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) em Natal (RN). Nessa perspectiva, fez-se uso da teoria das representações sociais e da teoria do núcleo central. A amostra constituiu-se de noventa profissionais do PSF e para a coleta do material foram utilizados a associação livre de palavras, o questionário e a técnica de grupo focal. O núcleo central da representação é composto por atenção/amor e acolhimento, revelando diferentes entendimentos e mostrando também que o conhecimento construído está amparado por uma visão aproximada do cuidado, embora valores tradicionais e conotações banalizadas sejam mantidos, dificultando a implementação de intervenções mais efetivas do cuidado no PSF. A composição do núcleo central indica que qualquer capacitação que pretenda modificar atitudes - portanto, a ação cotidiana desses profissionais - deve priorizar o debate sobre a ressignificação dos elementos atenção/amor e acolhimento e considerar o conjunto de elaborações mentais, emoções, práticas e explicações oriundas do cotidiano que se introduzem na constituição da representação social em foco, influenciando as escolhas e estratégias utilizadas pelos profissionais na produção do cuidado.*

Palavras-chave *Cuidado em saúde, Representações sociais, Programa Saúde da Família*

* Artigo integrante da tese de doutorado realizado no Curso de Pós-Graduação de Ciência da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

¹ Departamento de Ciências Biomédicas, Faculdade de Ciências da Saúde, UERN. Rua Atirador Manoel da Silva Neto S/N, Aeroporto. 59607-360 Mossoró RN. maisapaulino@digicom.br

² Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Introdução

Nos dias atuais, é comum convivermos com uma gama de problemas que alteram intensamente a capacidade dos serviços de saúde de responderem de forma eficaz às demandas por saúde na vida individual e na vida coletiva dos cidadãos brasileiros, o que pode ser detectado por meio da pouca efetividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Essa situação tem sido observada cotidianamente nas instituições de saúde do Brasil, sendo revelada por meio da insatisfação e da insegurança dos usuários com o tipo de atendimento prestado e da forma como os profissionais de saúde operam os serviços, ou seja, desenvolvendo práticas histórico-socialmente determinadas pela ação médico-hegemônica.

Nesse horizonte de crise, o Programa Saúde da Família (PSF) pode significar um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, co-responsabilidade e outros, que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde¹, ***o objetivo do Programa Saúde da Família é o de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.***

O PSF é considerado uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Apresenta-se, assim, como uma possibilidade de reestruturação dos serviços e de novas práticas de intervenção na atenção à saúde.

Nessa perspectiva, visa à reorganização da atenção básica em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, centrado no hospital e orientado para a cura de doenças. O foco de atenção está centrado na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Em sua retórica, o Programa Saúde da Família conchama para a construção de uma nova maneira de operar a saúde, isto é, aponta para a produção do cuidado com vistas à implantação de

um desenho de saúde humanizado, o que requer considerar a singularidade e a subjetividade de cada sujeito no processo diagnóstico-terapêutico, incluindo as dimensões subjetivas e sociais envolvidas no adoecimento. Nessa perspectiva, a comunicação se constitui em importante instrumento para humanizar o cuidado em saúde no PSF.

Apesar da grande polêmica gerada no campo da Saúde Coletiva, por ocasião da implantação do Programa Saúde da Família no Brasil, observava-se que cotidianamente essa estratégia vem se afirmando como um processo capaz de contribuir para a mudança do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2005, 44,4% da população brasileira eram cobertos pelo Programa, isto é, cerca de 78,6 milhões de pessoas atendidas pelo PSF². A potencialidade para a mudança advém do conteúdo estratégico, que permite um rompimento com o comportamento passivo dentro das unidades básicas de saúde, com extensão das ações para e com a comunidade, possibilitando o desenvolvimento do trabalho em equipe, a responsabilização sobre um território, os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre serviços de saúde, profissionais e população.

A partir desse referencial, buscamos estabelecer um olhar mais atento sobre o processo de trabalho em saúde e os desafios necessários para a construção de um novo fazer no PSF.

O trabalho em saúde e a produção do cuidado

O cuidado deve ser sentido, vivido e, para que isso ocorra, é necessário que ele seja absorvido e faça parte da vida dos profissionais de saúde. O cuidado humano é baseado no respeito à dignidade, na sensibilidade e na ajuda. Dessa maneira, o cuidado humano deveria constituir-se num imperativo moral, da atitude ética, em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros. Nesse cuidado existe um compromisso, uma responsabilidade em estar no mundo, ajudando a construir uma sociedade com base em princípios morais³.

A compreensão de cuidado aqui proposta comunga com a concepção apresentada por Ayres⁴, ou seja, é uma compreensão ampliada, que não se refere ao conjunto de recursos e medidas terapêuticas, tampouco aos procedimentos auxiliares que possibilitam efetivar a aplicação de uma terapêutica, mas o cuidado entendido como um constructo filosófico, com o qual que-

remos designar, simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, ou seja, uma interação entre dois ou mais sujeitos objetivando o alívio de um sofrimento ou a aquisição de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente direcionados a essa finalidade.

O modelo de atenção hegemônico, vigente, centrado na concepção médico-curativa, tem por finalidade a produção da cura, orientada pela fragmentação dos procedimentos, a tecnificação da assistência e a mecanização dos atos. Já um modelo assistencial *produtor de saúde* deve tomar por base a produção do cuidado, com ênfase no trabalho em equipe, na humanização da assistência e na ética da responsabilidade: ***O grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem. Limitam-se mutuamente e ao mesmo tempo se complementam. Juntos constituem a integralidade da experiência humana, por um lado, ligada à materialidade e, por outro, à espiritualidade. O equívoco consiste em opor uma dimensão à outra e não vê-las como modos-de-ser do único e mesmo ser humano***⁵.

A produção de serviços de saúde pode ser entendida dentro da categoria “serviço”, expressando a necessidade de cumprir uma finalidade útil; entretanto, os resultados do trabalho não se constituem em mercadorias passíveis de comercialização, como produtos mercantis em si mesmos, mas são serviços produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, a sua produção é singular e se dá no próprio ato⁶.

Dessa forma, o profissional de saúde, durante o exercício de sua atividade, precisa manter uma relação “humanizada” com seus pacientes. André Levy⁷ nos diz que a abordagem clínica – a palavra “clínica”, em sua raiz primitiva, significa “ao pé do leito” – supõe sujeitos às voltas com um sofrimento, uma crise que os toca por inteiro. O clínico depara-se com um ser pensante e igualmente desejante, assim como ele próprio o é. Nesse encontro entre dois sujeitos, as emoções fluem entre ambos, criando uma relação autêntica entre dois seres, e não entre um técnico e uma patologia.

Uma prática de saúde humanizada não é o desenvolvimento de uma técnica ou artifício, mas um processo vivencial que deve permear toda a atividade dos profissionais, procurando realizar e oferecer um tratamento que os usuários merecem como pessoas humanas, dentro das circunstâncias peculiares aos serviços de saúde.

Ao considerarmos a complexidade dos fatos envolvidos no adoecimento, verificamos que a atuação dos profissionais não pode restringir-se apenas aos aspectos biomédicos, mas faz-se necessário ampliá-los. Campos⁸ utiliza o conceito de “clínica ampliada” para definir a clínica necessária nos serviços de saúde, ou seja, uma clínica que inclua, além da doença, a pessoa e seu contexto, e se responsabilize tanto pela cura e a reabilitação quanto pela prevenção e a proteção individual e coletiva. Uma clínica que consiga compreender de forma ampliada o processo de adoecimento e sofrimento do usuário e elaborar projetos terapêuticos singulares com ações que visem intervir nas diversas dimensões relacionadas ao sofrimento e ao adoecimento. Enfim, uma clínica comprometida com o cuidado com a produção de saúde e de vida.

Esses projetos terapêuticos devem direcionar-se também para a construção da autonomia do usuário, contribuindo para aumentar a sua capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde a partir de suas condições concretas de vida, o que os tornará capazes de instituir novos modos de vida e protagonizar a produção da saúde. Isso significa possibilitar o conhecimento sobre o processo saúde-doença-restabelecimento, dialogar com os saberes, os desejos e valores do usuário na construção dos cuidados à saúde⁸.

O modo de operar os serviços na atenção básica

O modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também em um processo pedagógico de ensino-aprendizagem⁹.

Diferentemente do que se propaga no discurso médico hegemônico, a atenção básica em saúde não é uma ação simplificada. Quando assumida de forma integral e resolutive, ela exige dos profissionais que nela atuam um arsenal de atributos e recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos.

Merhy¹⁰ destaca que um profissional de saúde, no desempenho de uma ação, mobiliza concomitantemente seus saberes e modos de agir. Esse modo de agir é definido inicialmente pela existência de um saber específico sobre o problema que o profissional vai enfrentar, acerca do

qual se coloca em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos envolvidos por um território que marca a dimensão cuidadora. Portanto, todos os trabalhadores em saúde possuem potenciais de intervenção nos processos de produção em saúde. Esses potenciais são marcados pela relação entre os núcleos de competência profissional e o núcleo cuidador, quer seja esse trabalhador um médico ou um arquivista.

No modelo médico-hegemônico, o núcleo cuidador ocupa um papel irrelevante e complementar em relação ao núcleo profissional, que se encontra fragmentado, constituindo-se em seara de disputa pelo poder. A implicação mais séria desse modelo é o enfraquecimento da dimensão cuidadora do trabalho em saúde, em particular do próprio médico. Um outro problema existente é a submissão dos outros profissionais da equipe à lógica dominante da ação médica. Tal lógica empobrece consideravelmente o núcleo cuidador. Alguns autores advogam que a baixa incorporação do saber clínico no ato médico compromete seriamente a eficácia da intervenção; inversamente, podemos dizer que a *morte* da ação cuidadora dos diversos profissionais de saúde tem construído modelos de atenção pouco resolutivos perante as necessidades de saúde dos cidadãos.

Essa compreensão implica reconhecer que a construção de um novo modelo de saúde, humanizado, pressupõe a ampliação da dimensão cuidadora, no sentido de desencadear processos melhor partilhados dentro da equipe de saúde e também entre os profissionais e usuários, para que se garanta o vínculo e a co-responsabilização. Isso implica também uma melhor combinação entre a capacidade de produzir procedimentos e cuidado, requerendo competências diversificadas, por parte dos profissionais atuantes, que se expressem no campo da cooperação (*núcleo cuidador*), pelo conhecimento ético, a destreza nas relações interpessoais, o conhecimento institucional e a compreensão do processo de trabalho; no campo da direcionalidade técnica (núcleo profissional/específico), pelo conhecimento técnico-científico, o da clínica, o do planejamento e, ainda, o conhecimento sobre gerência e supervisão dos serviços⁶.

Dessa maneira, a tecnologia só adquire sentido como expressão conjunta das determinações internas dos processos de trabalho e, portanto, contemporânea destes. Não há tecnologia, nessa perspectiva, fora dos processos de trabalho. Há saberes, conhecimento de estatuto científico ou cultural que podem, em tese, transformar-se em momentos dos processos de trabalho à medida

que possam corresponder aos requerimentos técnicos e sociais de tais processos¹¹.

A produção do cuidado em saúde pressupõe que, no momento do encontro entre usuário e profissional, este consiga captar as necessidades singulares de saúde do usuário, tornando-se imprescindível uma abertura por parte do profissional para inclinar-se à escuta qualificada. Implica acolher o outro, oferecer espaço para a fala e para o diálogo, o estabelecimento de vínculo e de laços de confiança; portanto, uma maior capacidade diagnóstica e de efetividade da intervenção terapêutica¹².

Os problemas de saúde são sempre complexos, porque envolvem diversas dimensões da vida, desde as que se circunscrevem no corpo até as de caráter social e subjetivo. Portanto, o trabalho em saúde, para ser eficaz, deve responder a essa complexidade e dar sentido à intervenção nos variados campos da saúde. Abre-se aqui uma gama de possibilidades de uso de inúmeras tecnologias de trabalho para a produção do cuidado.

Faz-se necessário, portanto, resgatar e incorporar assistências progressivas totalizadoras do cuidado produzido, em vez da somatória dos atos especializados; incluir a dimensão subjetiva nas práticas em saúde como parte da inovação tecnológica, revalorizando, tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde, uma prática cujas relações interpessoais resguardem o sentido humano das profissões de saúde. Isso equivale a se contrapor à visão predominante de uma cisão necessária entre o que é técnico-científico e o que é humano nas ações técnicas, quer pelo conhecimento dos limites da primeira dimensão, quer pelo conhecimento dos espaços efetivos da segunda, no interior das intervenções e da produção dos serviços¹³.

Nessa perspectiva, este estudo teve por objetivo identificar as representações sociais do cuidado subjacentes ao processo de trabalho em saúde no contexto da atenção básica na cidade do Natal (RN), no sentido de apreender os diversos produtos mentais e culturais estruturados, com componentes cognitivo, afetivo, avaliativo e simbólico (entre outros), construídos no cotidiano das relações pessoais, que norteiam o comportamento e as atitudes dos sujeitos e dos grupos sociais em que se inscrevem, de forma compartilhada^{14,15}.

Perspectiva metodológica

O objeto das representações sociais está incluído num contexto ativo e dinâmico, sendo concebi-

do pelo sujeito ou pela coletividade como prolongamento do seu comportamento. Dessa maneira, a representação social é uma “preparação para a ação”, que remodela e recompõe os elementos do meio ambiente, estabelecendo um sentido para a ação¹⁵. Visando complementar a *teoria das representações sociais*, a teoria do *núcleo central*, desenvolvida por Abric¹⁶ em 1976, estabelece que as representações sociais se organizam em torno de um núcleo estruturante composto por um ou mais elementos, que dão significado à representação. Assim, o núcleo central também é denominado núcleo estruturante, possuindo duas funções fundamentais:

a. **uma função geradora:** elemento através do qual se cria, ou se transforma, o significado dos outros elementos característicos da representação. É por meio deste que os outros elementos adquirem sentido e valor;

b. **uma função organizadora:** núcleo central, que define a natureza dos elos, ligando entre si os elementos da representação. Portanto, o núcleo é o elemento unificador e estabilizador da representação.

Pode-se dizer que o núcleo central é o elemento mais estável da representação, aquele que consegue manter sua continuidade em contextos variáveis e evolutivos. Na representação, ele é o elemento mais resistente à mudança. Por essa razão, qualquer modificação do núcleo central vai determinar na modificação completa da representação. De acordo com a teoria, é a partir da identificação do núcleo central que se torna possível o estudo comparativo das representações. Para que duas representações sejam diferentes, elas devem estar organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes. Somente a identificação do conteúdo de uma representação não é suficiente para o seu reconhecimento e especificação. A organização desse conteúdo, por conseguinte, é essencial: duas representações definidas por um mesmo conteúdo podem apresentar-se radicalmente distintas, caso a organização dele - portanto a centralidade de certos elementos - seja diferente¹⁶.

Complementando o núcleo central, existe um sistema periférico constituído pelos elementos não-centrais da representação, isto é, elementos que não se incluem no núcleo central. Os elementos periféricos são responsáveis pela interface entre a realidade e o sistema central, posto que atualizam e contextualizam as determinações normativas e outras formas consensuais do núcleo central. É essa interface que permite a mobilidade, a flexibilidade e a expressão individualiza-

da que, igualmente, como afirma Sá, caracterizam as representações sociais¹⁷.

O estudo da representação social deve sempre buscar apreender a complexidade do objeto em questão. Nesse sentido, visando apreender as diversas dimensões do objeto, adotamos uma abordagem plurimetodológica, usando, para isso, técnicas e estratégias metodológicas diversificadas. Dessa forma, a metodologia adotada procurou explorar aspectos quantitativos e qualitativos, com vistas a captar, através dos discursos produzidos, as representações sociais de diferentes sujeitos implicados com o processo do cuidado no PSF. Assim, ela procurou colocar em evidência os elementos representacionais centrais e periféricos das representações sociais em questão.

O campo de investigação foram as unidades de saúde do SUS situadas nos distritos sanitários Norte e Oeste - únicos distritos que haviam implantado o PSF há pelo menos um ano. Dessa forma, todas as unidades de Saúde da Família (USF) foram incluídas, isto é, dezoito unidades, contemplando-se uma equipe por USF (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário).

O foco de observação foi dirigido para noventa profissionais que compõem as equipes, e o critério de inclusão dos sujeitos foi sorteio entre as equipes lotadas em cada USF. A amostra foi composta por dezoito profissionais de cada categoria.

Para a coleta do material, utilizamos a combinação de três instrumentos, quais sejam: um questionário, a técnica de associação livre de idéias e de palavras e a entrevista em profundidade (técnica de grupo focal).

Inicialmente, aplicamos o questionário, composto por duas partes. A primeira foi destinada à coleta referente aos dados pessoais, tais como: idade, sexo e tempo de trabalho no serviço público e no PSF, enquanto a segunda, destinada à **associação livre de palavras**, objetivou captar os elementos representacionais centrais e periféricos sobre o “cuidado no PSF”. A partir da frase indutora “Escreva rapidamente as palavras que, na sua opinião, associam-se ao cuidado”, foram anotadas seis palavras que vinham à cabeça dos profissionais e, em seguida, numeradas por ordem de importância.

A partir das evocações obtidas com a técnica de associação livre de palavras, foi possível seguir a análise sugerida pelo autor¹⁶, ou seja, a investigação do conteúdo representacional, a estrutura e a organização desse conteúdo e a determinação e controle do núcleo central. Para a ob-

tenção dos núcleos central e periférico, utilizamos o *software* Evoc 2000.

No segundo momento, lançamos mão da entrevista em profundidade do tipo estruturada, favorecendo a interlocução e a interação entre os sujeitos de forma espontânea, o que contribuiu para o enriquecimento das entrevistas. Essa técnica estruturante¹⁸ foi executada no período de setembro a dezembro de 2004 junto aos grupos amostrais (seis grupos com cinco componentes cada um), perfazendo um total de trinta sujeitos. Esses sujeitos foram selecionados do universo dos respondentes do questionário e o critério de inclusão foi o desejo e a disponibilidade de participar do grupo focal, mantendo-se, entretanto, a heterogeneidade do grupo (contemplando-se as cinco categorias profissionais).

Para as entrevistas com os grupos focais, utilizamos o seguinte roteiro de perguntas: “O que vem a sua cabeça quando eu falo a palavra cuidado?”; “De que maneira os pacientes estão sendo cuidados no PSF?”; “Qual a proposta de vocês para que se possa exercer efetivamente o cuidado no PSF?”

Para a análise das variáveis sociodemográficas e das entrevistas, trabalhamos com o tratamento estatístico descritivo e a análise de conteúdo categorial¹⁹. Em seguida, foi possível a construção de campos semânticos, que ratificaram as conclusões obtidas com a determinação e o controle do núcleo central. Todavia, dado o caráter mais livre e fluido das entrevistas, pudemos identificar outros elementos variantes e invariantes que compõem a representação em estudo.

As representações sociais são entendidas como teorias compartilhadas pelo grupo que serve de referência – nesse caso, as equipes de saúde do PSF. Dessa maneira, buscamos compreender a construção compartilhada que forma o senso comum desse grupo.

Cabe aqui ressaltar que este estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, de acordo com o parecer n. 116/03, sendo garantido total sigilo em relação aos nomes dos trabalhadores envolvidos na pesquisa.

Apresentação e discussão dos resultados

Como já dissemos anteriormente, de acordo com Abric¹⁶, toda representação social é organizada em torno de um núcleo central – que unifica e dá sentido ao seu conteúdo – e de alguns elementos periféricos, responsáveis pela interface entre a re-

alidade e o sistema central da representação. Portanto, pois, aqui, da teoria do Núcleo Central e das orientações metodológicas sugeridas pelo autor¹⁶, a fim de compreendermos a organização interna da representação social do cuidado.

As associações que emergiram quando utilizamos a frase indutora “Escreva, rapidamente, as palavras que na sua opinião associam-se ao cuidado”, totalizaram 540 evocações. A análise dessas evocações, feita por meio da observação da frequência simples de cada uma delas, revelou 134 palavras diferentes, correspondendo a uma média de seis evocações por sujeito. Observamos, uma variação significativa das palavras evocadas, colocando em evidência a polissemia em relação ao objeto, conforme observado na Tabela 1.

No primeiro momento, foi possível acessar os mais diversos conteúdos semânticos. Em seguida, através de classificação baseada em sinônimos ou proximidade semântica das palavras, fizemos a primeira aproximação ao *corpus*, possibilitando a representação gráfica dos resultados por meio de tabelas de frequências. Seguiu-se então a classificação em unidades de significação, e, por conseguinte, a categorização, dando visibilidade à estrutura interna existente no *corpus* em análise.

Na seqüência, foram evidenciados os elementos organizadores da representação através dos seguintes indicadores: **a frequência do item evocado, a média de frequência da evocação e a importância do item para o sujeito**. Assim, as palavras evocadas mais frequentemente e mais prontamente pelos sujeitos, provavelmente, compõem os elementos centrais das representações desses sujeitos acerca do tema.

A Tabela 2 apresenta as ordens de classificação obtidas a partir da significação das palavras evocadas pelos sujeitos, compondo-se assim, as categorias: **atenção; acolhimento; amor; assistência; conhecimento; dedicação; humanização; responsabilidade; trabalho e higiene**.

Tabela 1. Sumário dos resultados da associação livre de palavras obtida a partir das evocações de profissionais do PSF. Natal (RN), 2005.

Número total de evocações	540
Número de palavras diferentes evocadas	134
Média de evocação por sujeito	6
Sujeitos que indicaram a palavra mais importante	90
Total de sujeitos	90

Tabela 2. Evocações segundo a ordem de classificação e ordem média de evocação. Natal (RN), 2005.

Palavras	1ª evoc.	2ª evoc.	3ª evoc.	Total evoc.	OME
1. ATENÇÃO	24	18	21	63	1,95
2. ACOLHIMENTO	22	16	9	47	1,72
3. AMOR	18	14	9	41	1,78
4. ASSISTÊNCIA	10	8	9	27	1,96
5. CONHECIMENTO	1	8	4	13	2,23
6. DEDICAÇÃO	1	6	12	19	2,57
7. HIGIENE	5	8	6	19	2,05
8. HUMANIZAÇÃO	8	11	11	30	2,10
9. RESPONSABILIDADE	12	8	9	29	1,89
10. TRABALHO	3	3	6	12	2,25
TOTAL	104	100	96	300	20,50

Nota: *OME = Ordem Média de Evocação.

Nessa perspectiva, a frequência de evocação foi calculada a partir do somatório das frequências com que a palavra foi evocada em cada posição, enquanto a ordem média de evocação foi obtida ponderando-se com o peso 1 a evocação feita em primeiro lugar, com peso 2 a segunda evocação e, assim, com tantas ponderações quantas foram associações solicitadas²⁰. O somatório desses produtos dividido pelo somatório das frequências da palavra citada nas diversas posições correspondeu à ordem de evocação da palavra. A média aritmética dos valores da ordem de evocação de cada palavra corresponde à ordem média de evocação. Procedendo à análise desses dois índices, de forma simultânea e combinada, foi-nos possível revelar os elementos que provavelmente participam do núcleo central da representação devido à sua saliência¹⁷.

A partir desse procedimento, pudemos distribuir os resultados obtidos em um diagrama de quatro quadrantes, de forma que o eixo horizontal se refere à ordem média de evocação (com os valores menores para o lado esquerdo do eixo) e o eixo vertical à frequência de evocação (com os valores maiores dispostos na parte superior do eixo). Assim, o quadrante superior esquerdo é composto pelas evocações de maior frequência e prontamente expressas; o inferior direito, pelas evocações de menor frequência e as mais tardiamente enunciadas. Os elementos que participam do núcleo central da representação situam-se no quadrante superior esquerdo (maior frequência e pronta evocação); já no quadrante inferior direito, estão os de menor frequência, que são denominados de “elementos periféricos”. Nos qua-

drantes superior direito e inferior esquerdo, situam-se os elementos que se relacionam menos diretamente com o núcleo central²⁰.

Entre os noventa profissionais que participaram deste estudo, 54 possuíam nível universitário e 36, nível médio. A maioria (87%) era do sexo feminino e a média de idade do grupo era de 44,5 anos. O tempo médio de atuação nos serviços públicos de saúde ficava em torno de dezessete anos de trabalho.

Os resultados demonstram que a frequência média de evocação foi igual a 30 e a média aritmética das ordens médias de evocação foi igual a 2,05. De acordo com a análise combinada das indicações apontadas, delimitamos a área de localização dos elementos que, provavelmente, participam do núcleo central e do sistema periférico da representação do cuidado, o que pode ser observado no Diagrama 1.

Assim, **acolhimento**, **atenção** e **amor** situam-se no quadrante superior esquerdo, por apresentarem uma maior saliência e, dessa forma, compõem o núcleo central da representação social do cuidado. Os elementos dos demais quadrantes tendem, por conseguinte, a representar os elementos periféricos da representação, que se relacionam menos diretamente com o núcleo central, portanto não sendo capazes de interferir ou modificar, ainda, tal representação.

Durante a análise de conteúdo, algumas categorias emergiram de maneira mais enfática, reforçando as evocações que constituíram o núcleo central. O Diagrama 2 apresenta as categorias com as respectivas citações.

Na análise do Diagrama 1, percebemos que,

no quadrante inferior esquerdo, estão localizadas as categorias **responsabilidade** e **assistência**; no quadrante superior direito a categoria **humanização**, mostrando uma certa proximidade do núcleo central; e no quadrante inferior direito estão situadas as categorias **dedicação**, **higiene**, **conhecimento** e **trabalho**, ou seja, os elementos periféricos da representação. A estratégia metodológica²⁰ utilizada ajuda a perceber, para além da natureza essencialmente coletiva, a variação de sentido que cada sujeito atribui ao objeto representado. Essa conclusão ajuda a compreender que, embora a representação seja soci-

al, ela não elimina o sujeito. Partilhar uma verdade sobre determinado objeto não significa, portanto, anular-se diante do coletivo: *Humanização [...], Escutar [...], Acolher as pessoas que necessitam não só da parte curativa, mas da escuta, pois são muito carentes e não precisam só da parte curativa. No momento que o profissional senta e escuta suas aflições e dificuldades do dia-a-dia, eles têm [...] Eu acho que eles já saem mais aliviados.* (dentista)

Assim, podemos compreender a saliência dos elementos **humanização**, **responsabilidade**, **assistência**, e compreender também como os elementos periféricos que aparecem no quadrante inferior direito - apesar de alguns já representarem uma certa aproximação do sentido atribuído ao cuidado (ao incorporarem elementos como **dedicação** e **conhecimento**) -, não conseguem ainda provocar mudanças de significados nos elementos do núcleo central.

Observando o Diagrama 2, percebemos que a justificativa relacionada ao **acolhimento** deixa claro que os sujeitos compreendem o significado da palavra “acolhimento”, podendo-se dizer, portanto, que começa a haver uma ressignificação, ou seja, uma maior aproximação ao cuidado, visto que o acolhimento é parte fundamental deste, pressupondo uma escuta qualificada com vistas ao desenvolvimento de ações que intervenham nas dimensões relacionadas ao sofrimento e ao adoecimento.

Diagrama 1. Elementos constituintes do núcleo central e dos elementos periféricos da representação social do cuidado. Natal (RN), 2005.

OME ≤ 2,05	OME > 2,05
Atenção (63) 1,95 Acolhimento (47) 1,72 Amor (41) 1,78 F ≥ 30	Humanização (30) 2,10
F < 30 Assistência (27) 1,96 Responsabilidade (29) 1,89	Conhecimento (13) 2,23 Dedicação (19) 2,57 Higiene (19) 2,05 Trabalho (12) 2,25

Diagrama 2. Categorias e evocações submersas da análise de conteúdo a partir do tema cuidado. Natal (RN), 2005.

ATENÇÃO	“ Atenção , porque se você está atento, você pode curar e prevenir as doenças, e dessa forma está cuidando” (médico). “ Atenção , pois é essencial que você preste uma assistência com atenção aos fatores biológicos e sociais” (dentista).
ACOLHIMENTO	“ Acolhimento , o ato de acolher é fundamental, pois implica um atendimento que respeita o paciente, possibilita acesso e gera um atendimento humanizado” (dentista).
AMOR	“ Amor , por se tratar de um sentimento que engloba todos os outros” (auxiliar Enfermagem). “ Amor , porque tudo que se realiza na vida deve ser com amor” (enfermeiro). “ Amor , pois tudo que se faz com amor tem resultado positivo” (médico)
HUMANIZAÇÃO	“ Humanização [...], escutar [...], acolher as pessoas que necessitam não só da parte curativa, mas da escuta, pois são muito carentes e não precisam apenas da parte curativa. No momento que o profissional senta e escuta suas aflições e dificuldades do dia a dia, eles têm [...] eu acho que eles já saem mais aliviados” (dentista).

Para a categoria **amor**, o sentido atribuído pela maioria dos sujeitos foi superficial, isto é, teve conotação banal, algo repetido pelo senso comum no intuito de convencer a quem está ouvindo. “Amor, por se tratar de um sentimento que engloba todos os outros” (auxiliar de enfermagem). “Amor, porque tudo que se realiza na vida deve ser com amor” (enfermeiro). “Amor, pois tudo que se faz com amor tem resultado positivo” (médico). Há uma interface entre discurso e as narrativas sobre o cuidado que circulam entre os profissionais do PSF e que são constitutivas das teorias de senso comum, no afã de dar sentido à prática profissional.

Outro aspecto que merece destaque diz respeito ao discurso referente à categoria **atenção**. “Atenção, porque se você está atento, você pode curar e prevenir as doenças, e dessa forma está cuidando” (médico). O sentido atribuído à palavra **atenção** está fortemente relacionado à prática assistencial, ou seja, possui uma maior associação com a prática curativa, sugerindo a aplicação de um conjunto de medidas terapêuticas, com predominância dos arsenais tecnológicos mais complexos – próprios das tecnologias duras e leve-duras.

Durante a análise de conteúdo do grupo focal, quando os sujeitos foram estimulados pela frase indutora, “O que vocês pensam quando eu falo a palavra ‘cuidado’ no PSF?”, obtivemos as seguintes evocações: “[...] acolher e ser acolhido/ escutar/ responsabilidade/ compromisso/ zelo/ carinho/ amor” (discurso coletivo). “Responsabilidade [...] pela saúde das pessoas. No momento que você se responsabiliza pela saúde delas você está demonstrando que tem cuidado com elas, zelo, carinho e amor” (enfermeira). “[...] Ser cuidado, acolhido [...] eu diria que deve haver o cuidado do cuidador, já que somos peças importantes e estamos nesse dia-a-dia, nós temos que ter o cuidado conosco, já que essa população depende da nossa atividade” (médico).

Quando estimulados pela questão: “De que maneira vocês estão conseguindo cuidar dos pacientes?”, emergiram as seguintes falas: “Apesar das dificuldades a gente está fazendo, está conseguindo [...] dentro das dificuldades [...] ainda conseguimos fazer algumas coisas. Só que o esforço e a iniciativa são mais dos profissionais, e não institucional” (dentista). “O primordial para o cuidado é ter respeito pelo outro, compromisso, amor pelo que faz, etc. etc. etc. [...]” (auxiliar de consultório dentário). “Mesmo que tenhamos todo o perfil, se não tiver uma estrutura mínima [...], e isso está difícil” (enfermeiro). “Mas a nossa

preocupação é realmente qual tipo de cuidado, de assistência que a gente está dando ao usuário, qual a qualidade do atendimento?” (médico).

Nas respostas emitidas a respeito da questão “Qual a proposta de vocês para que se possa exercer efetivamente o cuidado no PSF?”, obtivemos os seguintes depoimentos: “[...] nós passamos um ano e oito meses sem fazer atendimento odontológico na USF, por falta de caneta de alta rotação, amalgamador, fotopolimerizador e aparelho de ar condicionado para a sala” (dentista). “O dentista da minha unidade também está há seis meses só fazendo atividades educativas porque não tem material” (auxiliar de consultório dentário). “A Secretaria Municipal de Saúde teve muita sorte de encontrar profissionais comprometidos [...] porque se não [...] a coisa estava perdida. Ninguém ia estar nem aí [...] é porque a gente quer fazer [...] é comprometido” (auxiliar de enfermagem). “Então, com esse descaso institucional, como podemos exercer de forma satisfatória o cuidado no PSF?” (fala coletiva).

Podemos dizer que, sustentados por razões históricas e culturais, pela prática cotidiana instituída e, de forma velada, por valores e normas institucionais, os profissionais investigados absorvem parcialmente a proposta do PSF em relação ao cuidado; ou seja, as tecnologias leves (acolhimento, vínculo, responsabilização) não são ainda incorporadas de forma efetiva; há uma dissociação entre o dizer e o fazer. Faz-se necessária a associação dos conhecimentos técnicos, de novas configurações tecnológicas e novas micropolíticas no trabalho em saúde, inclusive no terreno ético. As tecnologias leves, quando apostam no diagnóstico sensível à subjetividade, nas relações de poder e afeto, nos códigos familiares subliminares, entre outros, induzem à ampliação da pauta técnica para a pauta ética, baseada em cidadania, solidariedade e humanização²¹.

Para se pensar um novo desenho assistencial em saúde centrado no usuário, é fundamental resignificar-se o processo de trabalho. Essa resignificação exige a mudança da finalidade desse processo, isto é, deve passar a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do usuário, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como diretrizes, o trabalho em equipe multiprofissional, a interdisciplinaridade, a intersectorialidade, a humanização da assistência, a participação social, a co-gestão dos serviços, através da criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde

A questão da “acessibilidade” dos usuários às unidades de saúde do PSF foi outro aspecto des-

tacado com bastante relevância pelos sujeitos, citado como um dos empecilhos para o desenvolvimento do processo do cuidado, visto que, da forma como se apresenta, a acessibilidade dificulta tanto a vida dos usuários quanto o desenvolvimento das ações de saúde (visitas domiciliares) por parte dos profissionais: “Eu trabalho numa unidade onde as pessoas têm que se deslocar mais de três quilômetros para chegar até a unidade ou até a área” (auxiliar de consultório dentário). “Nós marcamos uma consulta com uma paciente de nossa área, só que para chegar na nossa área tem que atravessar uma avenida muito movimentada por carros. Então ela faltou à consulta. E quando fomos à casa da paciente, ela disse que voltou para casa com medo de atravessar a avenida” (enfermeiro). “A territorialização ficou prejudicada. Nós também temos que nos deslocar a pé, a equipe toda, pois não tem ônibus e nós não vamos de carro. Áreas próximas não são adscritas à unidade, enquanto áreas bastante distantes pertencem à unidade, sendo o acesso da população dificultado pelas barreiras geográficas. Atrapalha muito!” (auxiliar de enfermagem).

Observamos que a falta de infra-estrutura nas unidades de saúde do PSF constitui-se num ponto de estrangulamento do Programa, visto que tem dificultado de forma significativa a efetivação das ações de saúde e, conseqüentemente, a produção do cuidado durante o processo de trabalho das equipes, e é muito ressaltada pelos sujeitos. “Fica muito difícil o desenvolvimento do cuidado, pois as unidades, em sua maioria, não dispõem de local apropriado para uma escuta com maior privacidade, e nem mesmo para uma escuta coletiva ou acolhimento adequado” (enfermeira). “Falta papel higiênico, café, açúcar, água, o mínimo de conforto, uma cadeira decente pra se sentar que não tem, e eu [...] não digo nem ar condicionado [...] mas o calor é grande [...]” (médico). “Água para beber, que é o mais simples, não tem” (auxiliar de consultório dentário). “Eu tenho um colega que de vez em quando vai ao supermercado Nordeste, porque lá no banheiro do supermercado tem papel higiênico, mas na unidade não tem” (médico). “Tudo isso dificulta o desenvolvimento do cuidado: a falta de estrutura, as próprias unidades não possuem salas para reuniões [...]” (enfermeiro).

O discurso dos profissionais explicita as dificuldades existentes no cotidiano do trabalho nos serviços de saúde. Deixa claras as dificuldades encontradas para o exercício do cuidado de forma mais efetiva e a consolidação do processo de humanização.

Sobre a questão de infra-estrutura das unidades e das condições de trabalho no PSF, vale ressaltar que, embora já venham ocorrendo melhorias, ainda há muito que fazer para viabilizar-se uma resposta mais concreta para a comunidade e os profissionais de saúde. Apesar da aquisição de equipamentos e da abertura de alguns debates sobre o tema “PSF”, não se tem conseguido, de forma efetiva, viabilizar as condições necessárias para as ações de saúde e a prática do cuidado junto a usuários e profissionais. Isso aponta para a necessidade de se colocar em pauta o tema “Cuidado no PSF” e suscitar o debate junto aos sujeitos envolvidos.

Considerações finais

Com base na teoria das representações sociais, pudemos constatar que os profissionais de saúde do PSF da cidade de Natal compartilham uma representação comum, cujo núcleo central é composto pelos campos semânticos **acolhimento**, **atenção** e **amor**. Concluímos que os sujeitos apresentam diferentes entendimentos sobre o processo do cuidado no PSF e que o conhecimento construído a respeito dessa questão está amparado numa visão aproximada do sentido do “cuidado”. Entretanto, esse entendimento mantém elementos relacionados eminentemente a aspectos biomédicos e técnico-científicos.

Vale ressaltar que, nesse processo, apesar de manterem elementos que remetem a valores culturais e sociais estereotipados, alguns sujeitos começam a ressignificar esses elementos, incorporando significações novas, como **acolhimento**, **humanização** e **responsabilidade**, provavelmente em função das experiências individuais, história de vida, inserção cultural, visão de mundo e do acesso a capacitações (sem o abandono dos valores mais tradicionais). A partir do exposto, podemos concluir que o cuidado não foi ainda incorporado como um elemento fundamental ao processo de trabalho no PSF. Nos conceitos, valores, imagens, símbolos, enfim, no conteúdo da representação social do cuidado construído pelos sujeitos, este é entendido de forma fragmentada, na medida em que predominam apenas alguns elementos que compõem o cuidado em saúde, isto é, **acolhimento** e **atenção**, ficando de fora todos os outros elementos fundamentais à produção do cuidado em saúde.

O desvelamento dessa forma específica de absorção da novidade representada pelo cuidado por um lado deve servir de alerta para a ne-

cessidade de se definirem estratégias mais eficientes e eficazes, no plano local, que possibilitem aos profissionais do PSF ultrapassarem os limites que ainda os mantêm presos a saberes tradicionais e à racionalidade biomédica; por outro lado, serve para mostrar a força da naturalização do mundo, construída pelas representações sociais e, ao mesmo tempo, indicar os elementos sobre os quais se pode atuar para modificá-las.

Acreditamos que construir novos modelos de processo de trabalho em saúde em qualquer tipo de serviço, que possibilitem combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz e eficiente com conquistas de resultados, cura, proteção e promoção, é tarefa urgente a ser realizada pelo conjunto dos gestores, trabalhadores e usuários dos estabelecimentos de saúde²².

Colaboradores

MP Rodrigues trabalhou na concepção teórica elaboração e redação final do texto. K Costa Lima e AG Roncalli contribuíram na orientação e co-orientação teórica, respectivamente, e na revisão final do texto.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Secretaria de Assistência a Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade; 1997.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família - PSF. [acessado 2006 Dez 29]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
3. Waldow VR. *Cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Petrópolis: Vozes; 2005.
4. Ayres JRC. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2004; 8(14): 73-91.
5. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes; 1999.
6. Souza AMA, Santos I. *Processo educativo nos serviços de saúde*. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos n. 01. Brasília: OPAS; 1993.
7. Levy A. *O posicionamento clínico. Ciências Clínicas e Organizações Sociais*. São Paulo: Autêntica; 2000.
8. Campos GWS. *Saúde paidea*. São Paulo: Hucitec; 2003.
9. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
10. Merhy EE. *O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)*. Rio de Janeiro: CEBES; 1995.
11. Mendes Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; 1994.

12. Balint M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
13. Schraiber LB, Gonçalves RBM. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM, organizadores. *Prática programática e saúde do adulto: na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 6.
14. Jodelet D. Représentation sociale: un domaine en expansion. In: Jodelet D, editeur. *Les représentations sociales*. Paris: PUF; 1989. p. 31-60.
15. Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978. p. 41-81.
16. Abric JC. Méthodologie de recueil des représentations sociales. In: Abric JC, editeur. *Pratiques sociales et représentation*. Paris: PUF; 1994. p. 59-82.
17. Sá CP. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes; 1996.
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1995. p. 229.
19. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol. Ofic. Sanit. Panam.* 1996; 120(6):472-82.
20. Vergés P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli C, editeur. *Structures et transformations des représentations sociales*. Lausanne: Delachaux et Niestlé; 1994. p. 233-253.
21. Moysés SJ, Silveira Filho AD. Saúde bucal da família: quando um corpo ganha uma boca. In: Moysés SJ, Silveira Filho AD, Ducci L, Galvão Simão M, Palermo Gevaerd S, organizadores. *Os dizeres da boca em Curitiba: Boca Maldita, Boqueirão, Bocas Saudáveis*. Rio de Janeiro: CEBES; 2002. p. 133-161.
22. Nogueira RP. O trabalho em serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família*. Brasília: OPAS/OMS/Ministério da Saúde; 2000.

Artigo apresentado em 29/07/2005

Aprovado em 29/11/2006

Versão final apresentada em 06/01/2007