



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

[cecilia@claves.fiocruz.br](mailto:cecilia@claves.fiocruz.br)

Associação Brasileira de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva  
Brasil

Gomes, Karine de Oliveira; Cotta, Rosângela Minardi Mitre; Araújo, Raquel Maria Amaral; Cherchiglia,  
Mariângela Leal; Martins, Tatiana de Castro Pereira

Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos  
protagonistas do Sistema Único de Saúde

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 1, marzo, 2011, pp. 881-892

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018473020>

- 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

## Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde

Primary health care – the “apple of the eye” of SUS: about social  
representations of the protagonists of the Unified Health System

Karine de Oliveira Gomes<sup>1</sup>  
Rosângela Minardi Mitre Cotta<sup>2</sup>  
Raquel Maria Amaral Araújo<sup>2</sup>  
Mariângela Leal Cherchiglia<sup>3</sup>  
Tatiana de Castro Pereira Martins<sup>2</sup>

**Abstract** *The Primary Health Care (PHC) is the first contact level with the health system. In Brazil, the Family Health Program (PSF) is the main implementation and organization strategy of the PHC. The objective of this study is to evaluate the actions and services of health offered by the PSF, starting from the social representations of the interviewee on the exclusive dimensions of PHC - attention to the first contact, longitudinality, integrality and coordination. It is a quali-quantitative research, accomplished in Cajuri, Minas Gerais State. Municipal managers, PSF professionals and pregnant women assisted by PSF were interviewed. Regarding social representations on SUS, it was observed an inadequate level of apprehension and knowledge of their principles and guidelines. As for PSF, several positive connotations were expressed and the set of perceptions of the protagonists identified it as a restructuring strategy of PHC in the municipality. In spite of this, strong influences of the biomedical model and the challenge of the integration with the other levels of attention were noticed, indicating the need of investments in the professional's training and in the organization of the other levels of attention to health.*

**Key words** *Primary Health Care, PHC, Unified Health System, Family Health Program, Program Evaluation, Integrality*

**Resumo** *A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de contato com o sistema de saúde. No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS. O objetivo deste estudo foi avaliar o serviço realizado pelo PSF, a partir das representações sociais dos entrevistados sobre as dimensões exclusivas da APS - atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Trata-se de uma pesquisa qualiquantitativa, realizada em Cajuri (MG). Foram entrevistados os gestores municipais, os profissionais do PSF e as gestantes atendidas pelo PSF. Em relação às representações sociais sobre o SUS, observou-se um inadequado nível de apreensão e conhecimento dos seus princípios e diretrizes. Quanto ao PSF, foram expressas várias conotações positivas e o conjunto de percepções dos protagonistas identificaram-no como uma estratégia de reestruturação da APS no município. Não obstante, foram percebidas fortes influências do modelo biomédico e o desafio da integração com os demais níveis de atenção, indicando a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais e na estruturação dos demais níveis de atenção à saúde.*

**Palavras-chave** *Atenção Primária à Saúde, SUS, PSF, Avaliação de programas e projetos de saúde, Integralidade*

<sup>1</sup> Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia. Rua Rio de Contas 58, Quadra 17, Lote 58, Candeias. 45029-094 Vitória da Conquista BA. kogomes@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Departamento de Nutrição e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Viçosa.

<sup>3</sup> Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

## Introdução

***Quem não compreende um olhar,  
tampouco compreenderá  
uma longa explicação.***

Mário Quintana

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata<sup>1</sup>. De acordo com a declaração de Alma Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção<sup>1</sup>.

Desde então, diversos autores vêm propondo definições sobre a APS, destacando-se os estudos da pesquisadora Barbara Starfield, referência adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil<sup>2-4</sup>.

Para Starfield<sup>5</sup>, ***a APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições***.

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS<sup>2-4,6-10</sup>. Criado em 1994, o PSF foi apresentado no primeiro documento ministerial como um programa, passando, em seguida, a ser considerado uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, com potencial caráter substitutivo das práticas convencionais<sup>3,10,11</sup>.

De acordo com Sampaio<sup>12</sup>, muitos movimentos foram realizados visando ao fortalecimento da APS no país, merecendo destaque a criação do Departamento de Atenção Básica pelo Ministério da Saúde em 2000<sup>13</sup>, a implementação da Política Nacional de Atenção Básica e do Pacto pela Saúde e Pela Vida no ano de 2006<sup>14,15</sup>, documentos que reiteraram como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de APS e centro ordenador das redes de atenção à saúde<sup>3,6,9</sup>.

O PSF incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e desponta como um novo

paradigma na atenção à saúde, com diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico<sup>7,8,16,17</sup>. Portanto, desde sua implantação, o PSF se propõe a transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro – médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital o locus de solução para todo e qualquer problema de saúde –, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade<sup>10</sup>.

Além disso, o PSF, como estratégia, está baseado nas quatro dimensões exclusivas da APS, dimensionadas por Starfield<sup>5</sup> – atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

A garantia de atenção ao primeiro contato está relacionada ao uso da APS como a porta de entrada para as questões de saúde e à sua capacidade para lidar com problemas amplos, heterogêneos e fortemente influenciados pelo contexto social. A longitudinalidade requer a existência de aporte regular de cuidados à saúde, assim como seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e famílias<sup>5</sup>.

A integralidade exige a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, aliada à responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e ao reconhecimento adequado aos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. Por fim, a coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integrado e organizado, o que por sua vez exige o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante<sup>5</sup>.

Essas características constituem-se em valiosos indicadores para o processo de avaliação da APS<sup>2</sup>. Ademais, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados primários de saúde devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos<sup>1</sup>.

Desde esta perspectiva, sendo o PSF a estratégia de implantação da atenção primária – política posta em prática pelo Ministério da Saúde do Brasil, em parceria com os municípios, desde 1994 –, este estudo tem como objetivo avaliar as ações e serviços de saúde oferecidos pelo PSF, a partir das representações sociais dos usuários, profissionais e gestores sobre as dimensões exclusivas da APS.

## Métodos

### Descrição espaço-temporal

A pesquisa foi realizada em novembro de 2008, no município de Cajuri, Zona da Mata de Minas Gerais. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE)<sup>18</sup>, em 2007, o município tinha uma população estimada de 4.015 habitantes, dos quais 54,6% residiam na zona urbana. Com relação às condições socioeconômicas, a principal atividade econômica era a agropecuária e o cultivo de lavouras<sup>18</sup>, apresentando, em 2000, renda *per capita* média de R\$ 140,81 e taxa de analfabetismo de 21,8% na população adulta<sup>19</sup>.

Em relação aos serviços de saúde, o município possuía gestão plena da atenção básica na assistência à saúde, contando com uma unidade básica de referência que oferecia vacinação, curativos, farmácia, laboratório de exames, consultas médicas e de emergência, entre outros. Neste mesmo espaço físico, funcionava o PSF, que havia sido implantado em 1997, sendo atualmente constituído por duas equipes<sup>20</sup> e cobrindo 98,8% da população<sup>21</sup>.

Segundo o último censo demográfico, a maioria dos municípios brasileiros (90,47%) era de pequeno porte, apresentando uma população de até 50.000 habitantes<sup>18</sup>, o que confirma a importância deste estudo para o contexto nacional, podendo-se inferir que os resultados aqui apresentados constituem-se em valiosos instrumentos para o trabalho de profissionais, gestores e pesquisadores que lidam com o cotidiano do SUS em todo país.

### Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de abordagem qualiquantitativa, conhecida como triangulação de métodos, dinâmica de investigação que integra a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vistas, assim como o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados<sup>22</sup>, permitindo uma abordagem complementar e dialética através do diálogo entre questões objetivas e subjetivas<sup>23,24</sup>.

Investigaram-se, por meio de entrevistas individuais, as representações sociais dos protagonistas (profissionais, usuários e gestores) sobre o SUS e o PSF, na tentativa de absorver a representação particular desse processo de construção social do sistema sanitário e apresentar propostas que contribuíssem para a melhoria das ações e serviços da APS, visando reforçar as di-

mensões do cuidado e da atenção integral aos usuários.

Segundo Moscovici<sup>25</sup>, as representações sociais são entidades quase tangíveis, que circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente através de uma palavra, de uma ação ou de um gesto, podendo ser definidas como senso comum, imagens, concepções ou visão de mundo que os sujeitos sociais possuem sobre a realidade.

De acordo com Minayo<sup>23</sup>, as representações sociais podem ser consideradas matéria-prima para a análise do social e também para a ação pedagógica e política de transformação,

uma vez que são definidas como categorias de pensamento, ação e sentimentos que expressam a realidade e explicam-na, justificando-a ou questionando-a.

### Sujeitos sociais estudados

Foram entrevistados, em seus locais de trabalho, os dois gestores municipais (prefeito e secretário municipal de saúde) e 91,6% dos profissionais que trabalhavam no PSF (n=22), pois dois profissionais estavam de férias no período do estudo.

Em relação à população, seguindo as orientações metodológicas de Becker<sup>26</sup>, dada à dificuldade encontrada em se delimitar o todo representado pela amostra e uma vez que os usuários nem sempre são um conjunto homogêneo, optou-se por entrevistar um grupo populacional que frequentava rotineiramente as atividades desenvolvidas pelo PSF – as gestantes cadastradas no Programa de Humanização do Pré-Natal. No período do estudo, havia 23 gestantes em Cajuri<sup>27</sup>; porém, foram entrevistadas 21 gestantes (91,3%), visto que duas não foram encontradas, mesmo após três visitas aos domicílios.

Para a avaliação das ações e serviços de saúde oferecidos pelo PSF, construiu-se um questionário inspirado nos pressupostos teóricos de Gêrvas *et al.*<sup>28</sup>, Mendes<sup>29</sup> e Starfield<sup>5</sup>, como meio de se formular uma estratégia para verificar as dimensões da APS – atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, segundo as percepções dos sujeitos entrevistados.

### Coleta e análise dos dados

Os dados quantitativos foram analisados através do cálculo da frequência das variáveis.

Com relação aos dados qualitativos, após livre consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas e transcritas, respeitando

a pronúncia e sintaxe utilizadas pelos participantes do estudo na apresentação das falas. Com o intuito de preservar a identidade, os entrevistados receberam um número e suas falas foram caracterizadas pelo respectivo número ao final do depoimento.

O método adotado para compreensão dos dados fornecidos pelas entrevistas foi a análise de conteúdo, proposta por Bardin<sup>30</sup>, envolvendo três etapas<sup>23,30</sup>: (1) pré-análise; (2) exploração do material e (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

As representações sociais sobre o PSF foram analisadas segundo as categorias de modelo biomédico e modelo usuário-centrado. No modelo biomédico, a saúde é vista como ausência de doença e a atenção sanitária é fundamentada no procedimento, que reduz as ações em saúde à assistência médica, à medicalização, de caráter curativo e individual. Por outro lado, no modelo usuário-centrado, a prática sanitária é orientada pela vigilância à saúde com atenção sanitária baseada na necessidade do usuário, facilitação do acesso através da busca ativa e do acolhimento, e estabelecimento de uma nova relação entre profissional de saúde e usuário, com responsabilização e estabelecimento de vínculo terapêutico<sup>7-10,16,17</sup>.

### Aspectos éticos

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, em consonância com o disposto na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

## Resultados e discussões

### Perfil dos entrevistados

Entre as gestantes, a idade média foi de 23,8 anos, variando entre 14 e 38 anos. Vale ressaltar que 33,3% eram adolescentes. Considerando o estado civil, 28,6% eram solteiras; 66,7% viviam em união estável e 4,7% eram separadas. Quanto à escolaridade, 66,6% das gestantes possuíam ensino fundamental incompleto e apenas 4,8%, ensino médio completo; a maioria era dona de casa (47,6%) e 23,8% eram estudantes. A renda familiar mediana foi de R\$ 415,00 (mínimo R\$ 250,00 e máximo R\$ 830,00), equivalente a um salário mínimo na época do estudo.

No grupo dos gestores e profissionais de saúde, a idade média foi de 35,2 anos, variando entre 23 e 67 anos. Houve predomínio do sexo feminino (79,2%), metade dos profissionais era solteiro e 45,8%, casados. Em relação ao nível de escolaridade, 35,2% dos ACS e dos profissionais de nível técnico apresentaram ensino médio completo e a mediana da renda foi de um salário mínimo, variando entre R\$ 415,00 e R\$ 750,00. Entre os gestores e profissionais de nível superior, a mediana da renda foi de R\$ 2.670,00 (mínimo R\$ 1.600,00 e máximo R\$ 10.000,00) e 85,7% tinham pós-graduação, dos quais 42,8% haviam se aperfeiçoado ou ainda estavam realizando cursos na área da Saúde Pública.

Merece destaque a formação e o perfil profissional dos gestores municipais, uma vez que ambos eram profissionais da saúde e possuíam vasta experiência no serviço público, demonstrando conhecimento e domínio sobre os princípios e diretrizes que orientam a política de saúde, assim como sobre os principais fatores relacionados à sua operacionalização.

### Representações sociais sobre o Sistema Único de Saúde

Em relação às representações sociais sobre o SUS, 52,4% das gestantes entrevistadas apresentaram algum conceito, porém demonstraram uma concepção biomédica vinculada ao atendimento em caso de doenças, realização de consultas e exames e ao uso de medicamentos. Além disso, 66,7% referenciaram o SUS como um sistema de saúde destinado aos pobres, conforme se pode observar nos depoimentos que se seguem: ***“Pra mim é um sistema que ajuda bastante, ainda mais quando cê precisa dum exame que talvez cê num tem como pagá! A maioria das pessoas usa mais quando tá passando mal, assim, quando precisa de um remédio!”*** (Gestante 5)

***“É um sistema que ajuda muito os pobres, né?”*** (Gestante 6)

Para 48,6% dos profissionais e gestores, o SUS foi referenciado como uma política de universalização da saúde, oferecendo atendimento de qualidade e apresentando maior resolutividade que os planos de saúde privados: ***“O SUS é a porta de entrada que a pessoa tem, é um direito de todos! E funciona melhor do que quem tem plano, né?”*** (ACS 3)

***“É uma política de universalização da saúde, é um dever do Estado promover a saúde e dar as condições para o cidadão, né?”*** (Gestor 2)

Entretanto, o SUS também foi relacionado a um plano de saúde para quem não pode pagar

por 17,1% dos profissionais e 8,6% ainda apresentaram uma concepção biomédica do sistema: ***“O SUS ajuda os mais necessitados, né? Porque particular é tudo muito caro! O SUS oferece tanto o remédio quanto um bom tratamento!”***(ACS 5)

Em estudo desenvolvido num município da Zona da Mata, por Cotta *et al.*<sup>31</sup>, a maioria (71,4%) dos usuários e 40,7% dos profissionais entrevistados não souberam definir o SUS; 17,8% dos usuários e 22,2% dos profissionais definiram o sistema como um programa de saúde para pessoas carentes e somente 1,4% dos usuários e 18,5% dos profissionais citaram o princípio da universalização.

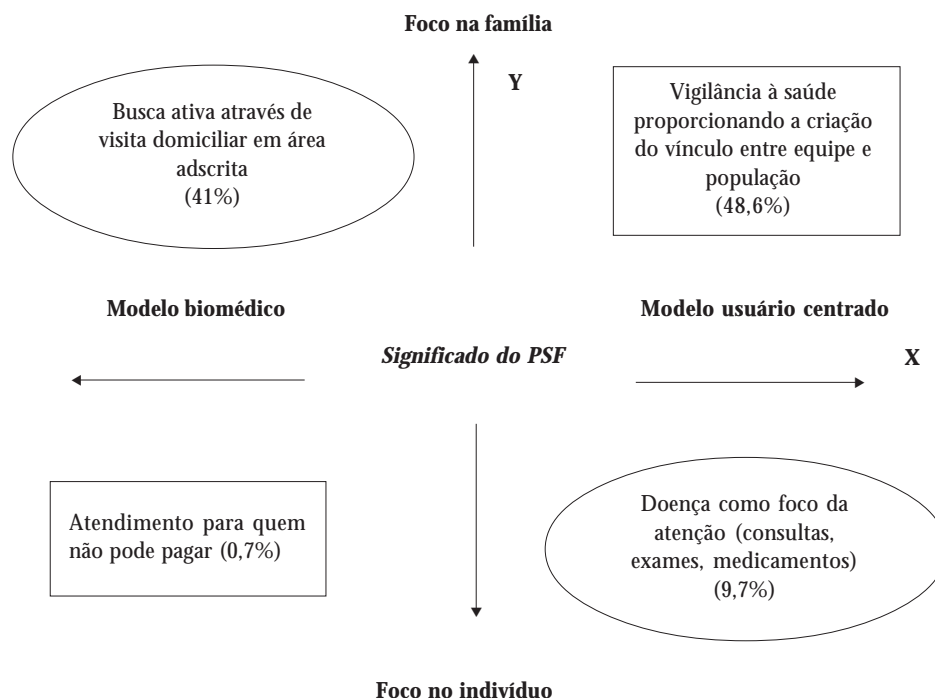
Por outro lado, na mesma região, Martins *et al.*<sup>32</sup> verificaram que apenas 14,6% dos usuários não souberam definir espontaneamente o que significava o SUS; 19,1% caracterizaram o sistema como um “plano de saúde para pobres” e

48,5% associaram-no aos procedimentos assistenciais. Estes resultados indicam uma evolução da consciência sanitária por parte dos sujeitos sociais que configuram o sistema de saúde, sugerindo que o SUS, cada vez mais, vem ganhando espaço no cenário da saúde em nosso país.

No município de Cajuri, este avanço foi ainda mais evidente, uma vez que a qualificação do SUS foi evidenciada nos discursos dos gestores entre seus planos de trabalho, demonstrando sua responsabilidade com o cumprimento do dever do Estado na implantação do direito à saúde no município.

### Representações sociais sobre o Programa Saúde da Família

A Figura 1 apresenta as representações sociais dos entrevistados sobre o PSF.



**Figura 1.** Subespaços construídos sobre as representações sociais do PSF a partir da percepção dos gestores, profissionais de saúde e usuárias. Cajuri (MG), 2008.

Fonte: Adaptado e modificado de Conde e Concha<sup>33</sup>.



Diante da realidade encontrada no universo em estudo, tem-se que as diferentes noções e representações sociais sobre o PSF compõem um espaço global, em que coexistem quatro subespaços que representam as principais características discursivas dos entrevistados. Nestes subespaços, se produziram e condensaram diferentes noções sobre o PSF, apresentando-se na parte superior do eixo Y as visões positivas sobre o programa e as visões negativas na parte inferior.

Nota-se que 41% dos discursos tiveram conotações positivas em relação ao PSF, ressaltando a busca ativa realizada através das visitas domiciliares e o foco de atenção na família. Além disso, 48,6% apresentaram uma concepção do PSF como uma estratégia que realizava a vigilância à saúde e proporcionava a criação do vínculo entre a equipe e a população, promovendo a organização da atenção primária à saúde, conforme se pode visualizar nos depoimentos ilustrados: *“Às vezes a gente precisa e eles atendem até em casa mesmo, nem sempre a gente tem que tá indo atrás, a maioria das vezes eles vem até a gente.”* (Gestante 11)

*“A assistência aqui era muito voltada pro hospital e aos poucos o PSF foi invertendo e criando realmente o vínculo com a população.”* (Gestor 1)

*“É uma estratégia que visa à atenção primária a saúde da população, enfatizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Trabalha as famílias como foco de atenção e realiza a vigilância constante à saúde de toda população adscrita.”* (Enfermeiro 1)

No eixo X, apresentam-se percepções sobre o PSF enquanto modelo usuário-centrado ou modelo biomédico. Entre os entrevistados que relataram visões negativas do PSF, destacam-se, ainda que em menores proporções, o conjunto de representações que têm a doença e o indivíduo como foco da atenção (9,7%) e a vinculação do programa ao atendimento para quem não podia pagar - para pobres - (0,9%), problemas estes que devem ser alvo da atenção dos gestores e profissionais.

*“O PSF veio pra ajudar, ajudando em situações mais de doenças!”* (ACS 2)

*“É bom porque as pessoas vem na casa, se precisá de remédio eles trazem. Quando a gente faz um exame aí eles trazem, às vezes marca lá pra gente, né?”* (Gestante 17)

*“Ah, são as consultas marcadas no consórcio, os exames que são feitos de graça.”* (ACS 1)

Vários estudos vão ao encontro de nossa pesquisa, pois verificaram também um inadequado

nível de apreensão e conhecimento dos princípios e diretrizes do PSF por parte dos protagonistas do sistema de saúde, associado a um olhar ainda influenciado pela concepção biomédica vinculada ao atendimento em caso de doenças, realização de consultas e exames e ao uso de medicamentos<sup>31,32,34,35</sup>.

Contudo, um aspecto importante a ser ressaltado em nosso estudo refere-se ao fato de que a maioria dos discursos caracterizou o PSF como um programa que possibilitou a inversão do modelo assistencial, trazendo muitos benefícios para a saúde da população do município, o que aponta para um avanço estratégico no contexto local avaliado: *“Antes de tê o PSF ficava muito difícil da gente conseguí marcá algum exame! Não tinha visita na casa das pessoas, hoje os exames são entregues nas casas das pessoas!”* (Gestante 15)

*“O grande ganho com a estratégia saúde da família pro SUS foi porque ela organizou a atenção primária à saúde! Então, realmente a diferença do PSF é a questão da prevenção e da promoção, por pouco que a gente faça com as ações pontuais, a gente ainda consegue perceber o impacto que isso dá na saúde da população!”* (Gestor 1)

Destarte, há que se salientar que esta visão positiva sobre o PSF, encontrada no presente estudo, aparece como ponto forte nos núcleos de sentidos apresentados pelos depoimentos dos gestores e profissionais sobre o PSF (Tabela 1). Já em relação às usuárias, a maioria (68,8%) associou o programa à realização de visitas domiciliares, à preocupação com a saúde e à prevenção de doenças.

Estes resultados podem ser justificados pela formação diferenciada dos gestores e profissionais de saúde de Cajuri, uma vez que eles demonstraram visão ampliada e um compromisso social com o desenvolvimento do sistema de saúde no município. Além disso, percebeu-se, nos discursos dos gestores, especialmente por parte da secretária de saúde, um verdadeiro compromisso com a operacionalização e a qualificação da estratégia Saúde da Família, evidenciando a preocupação em romper com o paradigma flexneriano e estruturar as ações de saúde segundo o paradigma da produção social.

Tudo isso é reforçado pela eficiência do PSF, apresentada em diferentes estudos que demonstraram os impactos positivos produzidos pela estratégia nos indicadores de saúde da população, transcendendo o primeiro passo para a mudança que é o nível da cognição<sup>34,36-39</sup>.

**Tabela 1.** Núcleos de sentidos sobre o PSF, de acordo com os depoimentos dos gestores e profissionais. Cajuri (MG), 2008.

Núcleos de sentido sobre PSF	n*	%
Enfoque sobre a família	13	11,6
Organização da atenção primária à saúde	2	1,8
Adscrição da clientela	4	3,6
Definição de território de abrangência	2	1,8
Equipe multiprofissional	13	11,6
Ação preventiva em saúde	11	9,9
Busca ativa	13	11,6
Visita domiciliar	12	10,7
Vigilância à saúde	13	11,6
Realiza ações de prevenção de agravos, cura e promoção da saúde	8	7,1
Vínculo	8	7,1
Concepção biomédica	4	3,6
Facilitou o acesso ao serviço e às ações de saúde	8	7,1
Atendimento para quem não pode pagar	1	0,9

\* Os relatos excedem o número da amostra devido ao fato dos entrevistados terem mencionado mais de uma percepção sobre o PSF.

### Representações sociais sobre a Atenção Primária à Saúde

Apresenta-se no Quadro 1 a representação social dos entrevistados sobre as características da APS.

Em relação às características da APS, observa-se predominantemente um conjunto de percepções positivas que reforçam a importância do PSF no processo de reestruturação do modelo de atenção; o que vai ao encontro do relatório da OMS<sup>40</sup>, intitulado “Atenção Primária à Saúde – agora mais do que nunca”, documento que recomendou a adoção da APS em todos os países e destacou o Brasil como exemplo, citando as iniciativas do PSF e dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde como modelos a serem seguidos.

Do mesmo modo, muitos estudos presentes na literatura evidenciam que a APS tem impacto positivo sobre vários indicadores de saúde; reduz gastos totais; melhora o acesso aos serviços de saúde e a qualidade global da atenção e as ações preventivas; facilita a detecção precoce de problemas e diminui internações hospitalares; garante cuidados mais apropriados e reduz o uso

**Quadro 1.** Representação social sobre atenção primária à saúde dos gestores, profissionais de saúde e usuários. Cajuri (MG), 2008.

Atrativos semânticos positivos sobre as características da atenção primária à saúde	
<b>Atenção ao primeiro contato (80%)</b>	PSF como porta de entrada do sistema de saúde para os usuários Acesso facilitado ao serviço e às ações de saúde PSF possui estrutura física adequada para o atendimento da população Satisfação dos usuários com os horários de atendimentos e o tempo de espera Realização de atividades em locais próximos ao domicílio dos usuários, facilitando a participação da maioria da população
<b>Longitudinalidade (76,4%)</b>	Os usuários recebem boa atenção dos profissionais do PSF Usuários satisfeitos com o serviço oferecido pelo PSF Conhecimento da população e do seu meio social por parte dos profissionais do PSF Vínculo entre população e profissionais do PSF
<b>Integralidade (89,2%)</b>	PSF é capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população A saúde da população melhorou com o trabalho do PSF Integração entre o PSF e outros serviços Os profissionais do PSF realizam visitas domiciliares, ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde
<b>Coordenação da atenção (60%)</b>	Os profissionais possuem o hábito de registrar as informações dos usuários em seus prontuários Os profissionais encaminham os usuários somente quando sua capacidade de resolver o problema foi ultrapassada



de cuidados desnecessários de atenção especializada à saúde<sup>3,5,41-43</sup>.

Considerando as características da APS, referente à atenção ao primeiro contato, 80% dos entrevistados relataram pontos que caracterizavam o PSF como uma estratégia que aumentou o acesso da população ao serviço e às ações de saúde, principalmente devido à busca ativa e aos atendimentos oferecidos em domicílio pelos profissionais. Além disso, a unidade de saúde, onde funcionava o PSF, foi considerada como um local de fácil acessibilidade e como o primeiro contato em caso de necessidade, resultado que também foi encontrado por Rocha *et al.*<sup>9</sup>.

***“Eu nem preciso recorrer, porque quando eu preciso a ajuda vem até mim! Se precisá é na hora e se num tivé jeito, arruma, né? Talvez num pode sê pra hoje, marca pra semana que vem, mas é garantido!”*** (Gestante 12)

***“Ah, pra quem num quer subi escada, tem uma rampa, é de fácil acesso, é arejado, é tranquilo, tem banheiro, eu acho que é tudo mais fácil, tudo! O paciente fica até mais confortável porque ali ele num tá no meio de muita gente.”*** (ACS 4)

***“Hoje a gente consegue que as pessoas tenham como referência a unidade de saúde!”*** (Gestor 1)

A evidência científica tem apontado para uma maior acessibilidade dos usuários às ações e serviços de saúde pela implantação do PSF<sup>4,8,9,34,36-39</sup>. Entre os fatores responsáveis, destacam-se a proximidade dos serviços da residência dos usuários, o processo de territorialização<sup>2,44</sup> e o trabalho do agente comunitário de saúde via visitas domiciliares e contato direto com as famílias e comunidades<sup>3,7</sup>.

No que se refere à longitudinalidade, 76,4% dos entrevistados ressaltaram a existência de uma relação de confiança e de cuidado entre os usuários e os profissionais, expressa pelo acompanhamento contínuo realizado pelas equipes de PSF e pela satisfação dos usuários com o serviço oferecido: ***“Ah, eu já acostumei tanto a vim aqui, eu acho que eles atende a gente muito bem, sabe?”*** (Gestante 16)

***“O fortalecimento do laço entre o profissional e o paciente ficou mais estreitado com o PSF, não é muito mais distante, não só do profissional com o paciente, mas do paciente com o serviço também, né, estreitou bem.”*** (Enfermeiro 1)

***“Eu acho que é o fato da equipe de saúde tá bem integrada com as famílias, essa convivência mais estreita. Adquire-se uma confiança com o passar do tempo, né? O médico passa a ser aquele médico de família! Eu acho que traz muito benefício pra população.”*** (Gestor 2)

O estabelecimento do vínculo entre a população e os profissionais de saúde é o critério de maior evidência positiva apresentado na literatura sobre a avaliação do PSF<sup>3,4,7-10,39</sup>, o que também foi demonstrado pelos resultados de nosso estudo.

Quanto à integralidade da atenção, 89,2% dos entrevistados ressaltaram a resolutividade do serviço oferecido pelo PSF, especialmente devido às visitas domiciliares e às ações de prevenção de agravos. Além disso, o programa atuava em conjunto com outros serviços e os profissionais demonstraram conhecimento dos principais fatores de riscos e problemas de saúde da população, encaminhando, aos serviços de maior complexidade, somente os casos mais complicados e que fugiam à capacidade de resolução do PSF.

***“Eu tô satisfeita sim, porque num falta nada. Se a gente precisá de alguma coisa tem! Com o PSF ficou mais fácil, porque evita da gente ficá andando pra lá e pra cá, a gente dá o pedido do exame eles marca e traz em casa!”*** (Gestante 4)

***“O que o PSF não resolve é encaminhado, mas geralmente é só coisa grave mesmo que vai pra fora.”*** (ACS 4)

***“Com o PSF, a gente sabe de tudo o que tá acontecendo! Até quando o paciente tá fora a gente tá sabendo o que tá acontecendo. Isso ajuda muito!”*** (Médico 2)

Entretanto, há que se ressaltar que apenas 60% dos entrevistados apresentaram percepções positivas sobre a característica coordenação da atenção, resultado preocupante, pois aponta para o comprometimento na continuidade da atenção à saúde do usuário, no que se refere aos níveis secundários e terciários de serviços de saúde.

Entre as principais dificuldades, foram destacadas o número insuficiente de vagas oferecidas pelos demais níveis de complexidade e a ausência de um efetivo sistema de referência e contrarreferência, ficando os profissionais da APS sem informações sobre os procedimentos ou condutas realizadas nos serviços referenciados.

***“Agora tá vindo muito pouco ultrassom. Pra consulta não tem dificuldade pra marcá não, é só exame mesmo quando tem que fazê em Viçosa.”*** (Gestante 9)

***“Quando a gente precisa do apoio secundário, geralmente a gente não tem! Saiu da atenção primária, do que a gente pode fazer, aí agarra tudo. Eu acho que a grande falha é essa!”*** (Médico 2)

***“Geralmente, o paciente não é contrarreferenciado. Existe um problema de comunicação do especialista com o PSF e um problema do hospital também com o PSF. Isso aí realmente é uma questão difícil de ser resolvida.”*** (Médico 1)

Vários estudos indicam a ausência de uma rede integral e regionalizada de referência e contrarreferência como o principal obstáculo para o pleno desenvolvimento das características da integralidade e coordenação da atenção. Além disso, a insistência de uma prática assistencial, centrada na consulta médica e na distribuição de fichas para demanda aberta, em detrimento das ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde, baseadas nas necessidades estabelecidas por estudos populacionais territorialmente definidos, também é um fator que dificulta o alcance destas dimensões da APS<sup>3,7-9,44</sup>.

Em relação às percepções negativas sobre as características da APS, foram citadas a alta rotatividade e o não cumprimento da carga horária de trabalho pelos profissionais médicos e, ainda, as questões políticas relacionadas ao velho “jogo clientelista”. De acordo com Cotta *et al.*<sup>45</sup> e Fleury<sup>46</sup>, o clientelismo político era uma prática típica do país nos anos que antecederam o SUS; no entanto, ainda hoje ela aparece, não raras vezes, como forma de barganhas e negociações nos municípios brasileiros, especialmente nos de pequeno porte.

***“Hoje as maiores dificuldades que a gente têm são as questões políticas, porque as pessoas ainda não estão acostumadas que o PSF trabalha com uma área adscrita e não com eleitores, e o médico começar a fazer oito horas e não entender que o PSF é bico!”*** (Gestor 1)

Igualmente, a ausência de perfil dos profissionais para o trabalho no PSF, a inexistência de vínculo trabalhista e os baixos salários também foram relatados como entraves ao pleno desenvolvimento das características da APS: ***“Eu tenho duas equipes de saúde da família, pra um médico é o trabalho dele, ele optou não ser pediatra porque ele prefere ser médico do PSF! Pra outro é bico, eu sei que ele está aqui enquanto faz a residência de dermatologia.”*** (Gestor 1)

***“Uma grande dificuldade é devido às faltas de condições de oferecer um salário mais atraente pros profissionais da saúde. E isso, consequentemente, ocasiona a rotatividade dos profissionais.”*** (Gestor 2)

Vale ressaltar que todos estes obstáculos apontados pelos entrevistados estão presentes em outros contextos de diferentes regiões do país<sup>2,4,7,8,10</sup> e, por isso, devem ser objeto de atenção dos idealizadores das políticas públicas e dos gestores – responsáveis pela execução e implementação destas políticas –, já que prejudicam o desenvolvimento do potencial do PSF enquanto estratégia de reestruturação do sistema de saúde via APS.

## Considerações finais

Os achados deste estudo apontam para um adequado desenvolvimento do PSF em Cajuri (MG), mostrando que o PSF configura-se nesse município como estratégia de reestruturação da APS, conforme propõe o projeto da Reforma Sanitária brasileira institucionalizado pelo Ministério da Saúde.

De uma forma geral, o PSF avançou na dimensão do acesso, aumentando a oferta das ações de saúde para grande parte da população e representando, atualmente, a porta de entrada no sistema de saúde. Outro ponto de destaque da estratégia Saúde da Família foi o estabelecimento e o fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e a população.

No entanto, ainda foram percebidas fortes influências do modelo biomédico e o desafio em relação à potencialização da integralidade e da garantia da continuidade da atenção ao usuário, devido ao funcionamento inadequado do serviço de referência e contrarreferência.

Assim, desenha-se algumas alternativas às mudanças necessárias: o aprimoramento da capacitação dos gestores e profissionais de saúde; maior valorização do serviço público, através do estabelecimento de vínculos formais de trabalho e do oferecimento de salários mais justos e condizentes com as responsabilidades exigidas, além do investimento concomitante na estruturação dos demais níveis de atenção à saúde por parte do governo, para garantir a criação de uma rede de atenção integral e contínua.

## Colaboradores

KO Gomes foi responsável pelo planejamento, execução das atividades de campo, redação e revisão do manuscrito. RMM Cotta foi responsável pela coordenação, planejamento, orientação metodológica, acompanhamento do trabalho de campo, redação e revisão do artigo. RMA Araújo e ML Cherchiglia participaram do planejamento

## Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set 1978, Alma-Ata**. [site da Internet] 2008 [acessado 2008 fev 13]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária**. Brasília: CONASS; 2004.
3. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad Saude Publica** 2008; 24(Supl. 1):7-27.
4. Stralen CJV, Belisário AS, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira AW. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad Saude Publica** 2008; 24(Supl. 1):148-158.
5. Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Efetividade do Programa Saúde da Família: qual é o papel do PSF na redução da mortalidade infantil? **InfoDAB** 2006; 33(VII).
7. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Públ. /Pan Am. J. Public Health** 2007; 21(2): 64-176.
8. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saude Publica** 2008; 24(Supl. 1):100-110.
9. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad Saude Publica** 2008; 24(Supl. 1):69-78.
10. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLS, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm.** 2009; 62(1):113-118.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
12. Sampaio LFR. Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família. **Cad Saude Publica** 2008; 24(Supl. 1):19-21.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Dez anos de Saúde da Família no Brasil. **InfoDAB** 2004; 21(V).
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
16. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface (Botucatu)** 2005; 9(16):53-66.
17. Mendes EV. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; 2006.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Demográficos**. [site da Internet] 2009 [acessado 2009 Mai 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php>
19. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Fundação João Pinheiro (FJP). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil/Índice de Desenvolvimento Humano Municipal**. [site da Internet] 2008 [acessado 2008 mai 28]. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>
20. Secretaria Municipal de Saúde. **Informações sobre a Gestão do Sistema de Atenção Básica e composição das Equipes de Saúde da Família 2008**. Cajuri (MG): SMS [dados não publicados].
21. Departamento de Informática do SUS. **Cadernos de Informação em Saúde – Cajuri**. [site da Internet] 2009 [acessado 2009 mar 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>
22. Minayo MCS. Introdução. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.19-52.
23. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.
24. Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.133-156.
25. Moscovici S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes; 2003.
26. Becker H. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
27. Secretaria Municipal de Saúde. **Dados do consolidado das gestantes cadastradas no Programa de Humanização do Pré-Natal 2008**. Cajuri (MG): SMS [dados não publicados].
28. Gervas JJ, Pérez Fernández MM, García SP. Acerca de la atención primaria (forma de trabajo y características básicas) y de los registros. In: Gervas JJ, compilador. **Los sistemas de registro en la atención primaria de salud**. Madrid: Ediciones Díaz Santos S.A.; 1987. p.1-23.
29. Mendes EV. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
30. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.
31. Cotta RMM, Azeredo CM, Schott M, Cardoso PM, Franceschini SCC, Priore SE. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. **Rev. Méd. Minas Gerais** 2006; 16(1):2-8.
32. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Priore SE, Franceschini SCC, Cazal MM, Siqueira Batista R. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] 2008 [acessado 2008 set 17]; [cerca de 15 p.] Disponível em: [http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1215](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1215)
33. Conde F, Concha G. La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas – 1993-2000. **Rev. Española de Salud Pública** 2002; (76):493-507.
34. Gomes KO, Cotta RMM, Euclides MP, Targueta CL, Priore SE, Franceschini SCC. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família (PSF) no perfil epidemiológico da população rural de Airões, Município de Paula Cândido – MG (1992-2003). **Cien Saude Colet** [periódico na Internet] 2008 [acessado 2008 jun 15]; [cerca de 15 p.] Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14s1/a20v14s1.pdf>
35. Rosa AS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Acta Paulista Enfermagem** 2004; 17(3):255-261.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2ª. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
37. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Cien Saude Colet** 2006; 11(3):669-681.
38. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Cien Saude Colet** 2006; 11(3):713-724.
39. Silva AC. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002** [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.
40. World Health Organization. **The world health report 2008. Primary Health Care: now more than ever**. Geneva: WHO; 2008.
41. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J. Epidemiol. Community Health** 2006; 60:13-20.

42. Cunha CRH. *Percepção da Qualidade da Atenção à Saúde Infantil pelos Médicos e Enfermeiros: Comparação entre o Programa Saúde da Família e o Modelo Tradicional* [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
43. Oliveira MMC. *Presença e Extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada* [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
44. Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev. Bras. Enferm.* 2008; 61(2):153-158.
45. Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. *Descentralização das políticas públicas de saúde – do imaginário ao real*. Viçosa: UFV/Cebes; 1998.
46. Fleury S. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV; 2006.

---

Artigo apresentado em 22/07/2009

Aprovado em 28/08/2009

Versão final apresentada em 30/09/2009