

## O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários

Brazil's Family Health Program according to healthcare practitioners, managers and users

Telmo Mota Ronzani <sup>1</sup>  
Cristiane de Mesquita Silva <sup>2</sup>

**Abstract Objective:** *To examine perceptions among Healthcare Practitioners, Managers and Users of Brazil's Family Health Program (FHP) in two municipalities in Minas Gerais State, Brazil. Methodology:* *Semi-structured interviews with the Practitioners and Managers focused on: professional training, Family Health Program goals, teams and difficulties encountered in the municipalities; Users responded to a structured questionnaire in households registered with four healthcare units in these municipalities, selected through a random draw. Results:* *Practitioners reported that: the requirements for a good team include the personal attributes of its members; they are not satisfied with the FHP organization; prevention is its main goal. Managers ranked intervention at the family level as its main benefit, also mentioning health promotion, education and assistance as other important aspects. Users indicated that: community health agents are the most outstanding professional category; specialists are required in the FHP; most respondents are not engaged in any health-related activities other than consultations; specialized services are preferable to the FHP. Conclusion:* *There are different expectations among all those involved in the FHP, which may undermine the effectiveness of its services.*

**Key words** *Family health care, Healthcare practitioners, Managers, Users*

**Resumo Objetivo:** *Analisar a percepção dos profissionais de saúde, gestores e usuários sobre o Programa Saúde da Família (PSF) de dois municípios de Minas Gerais, Brasil. Metodologia:* *Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais e gestores com os temas: formação profissional, objetivos do PSF, equipes e dificuldades do programa no município. Foi utilizado um questionário estruturado, usando como critério de inclusão o sorteio de domicílios cadastrados em quatro unidades dos municípios. Resultados:* *Os profissionais relataram que: os atributos pessoais de seus membros são o requisito para uma boa equipe; há insatisfação com a organização do PSF; a prevenção é o principal objetivo do PSF. Os gestores destacaram que o maior benefício do PSF é a intervenção junto às famílias. Citaram também a educação, a assistência e a promoção da saúde como pontos importantes do PSF. Os usuários revelaram que: o agente de saúde representa a categoria profissional de maior destaque; a presença de especialistas no PSF é necessária; a maior parte dos entrevistados não participa de atividade extra-consulta; o serviço especializado é preferível ao PSF. Conclusão:* *Os envolvidos na proposta do PSF têm expectativas diferentes quanto à estratégia, o que pode afetar a efetividade do serviço.*

**Palavras-chave** *Saúde da família, Profissionais de saúde, Gestores, Usuários*

<sup>1</sup>Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora. Campus Universitário, Bairro Martelos. 36036-900. Juiz de Fora MG.  
telmo.ronzani@ufjf.edu.br

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz.

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por ações preventivas e de promoção da saúde física, social e psicológica. Nesse sentido, “a atenção à saúde deixa de ser vista como meramente curativa, individual e isolada do contexto social”<sup>1</sup>, para assumir proporções mais amplas, capazes de promover a integralidade das ações em saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF) destaca-se entre as estratégias de saúde por ser uma tentativa de transformar as práticas da atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nele atuam, sendo, até mesmo, considerado a alavanca para a transformação do sistema como um todo<sup>2,3</sup>. Como estratégia inerente à atenção primária, guarda como propósito, além de centrar a atenção na saúde e dar ênfase à integralidade das ações, focalizar o indivíduo como um sujeito integrado à família e à comunidade<sup>4</sup>.

Desde sua criação, o PSF é uma estratégia que vem se estendendo por todo o território nacional. Entretanto, o crescimento do número de equipes não implica, necessariamente, uma alteração real das tradicionais formas de atenção à saúde ou uma estratégia de promoção de equidade. Senna<sup>5</sup> discute que, devido à tradição clientelista e paternalista da política nos municípios brasileiros, o PSF pode estar sendo implantado como mero mecanismo de barganha política que envolve prefeitos, vereadores e população. Outro motivo para a adesão ao PSF pelos municípios é o incentivo financeiro dado pelos governos federal e estadual. Além disso, as políticas de descentralização no contexto neoliberal - em que surge o PSF - contribuem para que o governo federal meramente transfira para as unidades periféricas suas responsabilidades pela saúde<sup>6</sup>, cabendo a ele apenas a função de planejar as ações, enquanto aos estados competiria controlar e aos municípios executar<sup>7</sup>.

Uma das especificidades que chama a atenção na proposta inicial do PSF diz respeito à atuação dos profissionais. Além da capacidade técnica, os participantes das equipes precisam se identificar com uma proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo<sup>4</sup>. Portanto, o PSF exige uma mudança estrutural na formação e nas práticas dos profissionais de saúde, que deve começar nos centros formadores<sup>8</sup>.

Importante também é saber como a população adscrita às equipes de PSF avalia o atendimento oferecido, de modo a repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento<sup>9</sup>.

Considerando as colocações acima, o presente artigo tem como objetivo caracterizar o PSF a partir do auto-relato dos gestores, profissionais e usuários de dois municípios do estado de Minas Gerais. Analisou-se especificamente a visão que profissionais de saúde, gestores e usuários tinham sobre esta estratégia, bem como se esta percepção corresponde às propostas pensadas para o PSF como um instrumento de real modificação da atenção à saúde.

Para isso, foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde e gestores que contemplavam as seguintes dimensões: formação profissional, objetivos do PSF, atuação dos profissionais das equipes e dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho desenvolvido. Aos usuários foi questionada a satisfação com o PSF, bem como a organização do sistema de saúde no município.

## Metodologia

### Participantes e procedimento

Foram entrevistados uma secretária municipal de saúde e dois coordenadores do PSF (um de cada município), 14 profissionais de saúde e 118 usuários das áreas de abrangência de quatro Unidades de Saúde da Família (USF) dos municípios de Rio Pomba e Santos Dumont, Minas Gerais. Foram incluídas no estudo as duas USF do município de Rio Pomba e sorteadas duas unidades no município de Santos Dumont. Em cada equipe, foi sorteado um agente comunitário de saúde para representar a categoria na pesquisa. As entrevistas com os profissionais e gestores foram realizadas no próprio local de trabalho.

Com relação aos usuários, foram escolhidos, através de sorteio do domicílio cadastrado nas USF, cinco usuários por microárea das unidades pesquisadas, tendo sido estabelecido como critério que o entrevistado fosse maior de 18 anos. A entrevista foi realizada no próprio domicílio.

Rio Pomba é um município com população estimada em 17.283 habitantes e conta com nove estabelecimentos de saúde, sendo seis públicos. Já Santos Dumont tem 47.935 habitantes e possui, ao todo, dezenove estabelecimentos de saúde, dos quais onze são públicos. Ambos têm uma unidade hospitalar filantrópica com parte dos leitos disponíveis ao SUS<sup>10</sup>.

Os municípios foram escolhidos por se tratarem de cidades de pequeno porte na Zona da Mata

de Minas Gerais, embora com tempo de implantação do PSF diferenciado (aproximadamente oito anos no caso de Rio Pomba e um ano e quatro meses para Santos Dumont). De acordo com estudo realizado por Machado *et al.*<sup>11</sup>, a introdução do Piso da Atenção Básica permitiu que os municípios de pequeno porte de Minas Gerais ampliassem a rede de serviços da Atenção Básica, especialmente com a implantação de equipes de PSF. Nesse sentido, esses dois municípios foram escolhidos para analisar se o tempo de implantação poderia ser apontado como um fator que influencia na visão dos profissionais de saúde, usuários e gestores sobre o Saúde da Família.

### Instrumentos

De modo a caracterizar o PSF a partir da perspectiva dos envolvidos no contexto desta estratégia, foram utilizados roteiros de entrevista específicos para cada grupo.

Entre os profissionais e gestores, foram utilizados roteiros de entrevista, nos quais constavam perguntas referentes à formação profissional, aos objetivos do PSF, à atuação da gestão municipal frente ao PSF, à descrição que fazem das atividades desenvolvidas pelos profissionais da equipe, aos critérios definidores de uma boa equipe de saúde da família e às dificuldades de tal estratégia no município estudado.

Os usuários da área de abrangência das equipes de saúde da família responderam a um questionário cujas perguntas contemplaram temas referentes à satisfação do usuário em relação à equipe e ao programa e comentários sobre o sistema de saúde no município.

### Análise dos dados

Para a análise das entrevistas, foi utilizado como método a Análise de Conteúdo do tipo temática-estrutural<sup>12</sup>. Já os dados obtidos com o questionário foram analisados no software estatístico SPSS, versão 11.0. Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais das variáveis.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora e todos os participantes assinaram a um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

### Profissionais de saúde

Os profissionais entrevistados tinham experiência média de três anos e nove meses em PSF, sendo que os de Rio Pomba trabalham, em média, há três anos na unidade, enquanto os de Santos Dumont atuam há dez meses. Três dos profissionais com ensino superior fizeram pós-graduação, sendo uma em Saúde da Família. O principal campo de atuação dos ACS antes do PSF era o comércio.

No que se refere à formação, os relatos indicam que os profissionais com níveis de ensino superior e técnico tiveram formação prática voltada essencialmente para o contexto hospitalar, enquanto os agentes comunitários não haviam trabalhado anteriormente no setor saúde. Além disso, os entrevistados demonstraram insatisfação com a formação, tendo sido a prática citada como fonte principal de aprendizado.

Quanto à pretensão de continuar trabalhando com PSF, foi relatado o interesse em prosseguir com a atividade. As principais razões para tal foram: satisfação com o trabalho desenvolvido, proximidade com a população, crença no PSF como uma estratégia de mudança do setor saúde e possibilidade de adquirir mais conhecimento na área. Apesar disso, alguns profissionais com curso superior anseiam por fazer cursos de especialização ou trabalhar em áreas especializadas.

Dentre as razões para a escolha do PSF como campo de atuação profissional, a oportunidade de emprego foi citada como o principal fator por ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem. Já entre os enfermeiros, o interesse pessoal pela proposta do programa foi a principal razão mencionada. Por outro lado, quando perguntados sobre os motivos que levaram os colegas de equipe a optar pelo PSF, os ACS foram os profissionais mais citados: o fator referido como motivador para sua escolha foi a oportunidade de emprego. Um dos entrevistados citou a possibilidade de ascensão social do ACS através deste trabalho: ***Como não tem serviço, muitos vieram de função, assim, de empregada doméstica. Ai arrumou uma coisa melhor. Quer dizer, subiram de nível, né? Eu não acho que seja totalmente por vocação*** [ENF C].

Quando perguntados sobre as atividades desenvolvidas na rotina de trabalho, os médicos apontaram essencialmente o trabalho clínico (consultas e visitas domiciliares). Apenas duas referências foram feitas ao trabalho de educação em saúde, mas, ainda assim, realizado através de pa-

lestras voltadas especialmente para diabéticos e hipertensos. Por outro lado, quando questionados sobre o ponto mais relevante da proposta do PSF, a prevenção foi o tema mais citado. A proximidade dos profissionais com a comunidade e as visitas domiciliares foram também lembrados como fatores importantes na proposta do PSF.

Os profissionais de saúde entrevistados avaliaram positivamente o trabalho desenvolvido por suas equipes junto às comunidades atendidas. Isso se dá, especialmente, em função da boa receptividade dos usuários ao trabalho e pela ausência de reclamação formal do mesmo. Além disso, apontaram como critérios definidores de uma boa equipe de saúde da família o aperfeiçoamento profissional através de cursos preparatórios e de atualização sobre PSF, o desenvolvimento de certos atributos pessoais entre os trabalhadores (como atenção, disponibilidade, humildade, sensibilidade) e interesse pessoal pelo trabalho. Segundo um dos profissionais, ***tem que haver algo além da formação técnica: uma vontade pessoal, uma formação humana pessoal diferenciada, mais apurada, um sentimento mais apurado para estar atuando com a comunidade no seu local*** [ENF A].

Foi solicitado também que cada profissional entrevistado avaliasse o trabalho dos demais membros da equipe. A avaliação do trabalho de cada categoria profissional, como em outras questões, foi pautada por atributos pessoais. Entretanto, alguns pontos relevantes podem ser colocados em debate. Um deles foi a referência ao tempo despendido pelo médico em cada consulta como algo positivo, comparável ao atendimento de um profissional da rede particular. O trabalho do médico foi avaliado da seguinte forma: “Trabalho de atendimento particular. O atendimento dela é de 15 a 20 minutos para cada paciente” [ENF C] e “Ele dá quinze minutos para uma consulta. Hoje, no SUS, a gente não tem quase nenhum médico que faz isso. Acho que a atenção dele é muito grande para a população dessa área” [AUX D]. Ainda fazendo referência ao trabalho dos médicos, estes são colocados como profissionais que trabalham muito, às vezes além de suas atribuições formais: “Ela [a médica] faz de tudo para poder dar conta do trabalho dela. Acho que faz até além da conta, ela faz além.” [ACS C] e “Nossa, tadinho! Trabalha tanto... Ele trabalha pra caramba” [ACS D]. Outro ponto relevante é a avaliação do trabalho do enfermeiro, também julgado positivamente, embora de forma diferenciada pelas categorias profissionais. Médicos e auxiliares/técnicos de enfermagem ressaltaram a competência técnica

dos enfermeiros de suas equipes, enquanto os agentes comunitários tendem a valorizar atributos pessoais: “Procura nos ajudar, dá apoio pra gente” [ACS C].

Quanto ao trabalho dos agentes comunitários de saúde, a avaliação geral foi positiva, embora os enfermeiros entrevistados tenham sido mais críticos em relação ao trabalho deste profissional. Foram apontados, entre outras coisas, a deficiência na formação técnica, o fato de não serem realmente representativos da comunidade e a necessidade de chamar a atenção de alguns deles para a realização adequada de suas atribuições.

Ainda sobre o trabalho em equipe, a maior parte dos entrevistados respondeu que as decisões são tomadas em reuniões de equipe ou através de consulta aos membros, apesar de ter havido algumas referências quanto à decisão final ser tomada pelo gerente da unidade.

Quanto à organização do PSF nos municípios, a maior parte dos profissionais entrevistados a considera razoável ou ruim. Em um dos municípios, houve uma avaliação mais negativa da organização, especialmente devido a deficiências na gestão municipal do sistema.

Os pontos positivos do trabalho desenvolvido pelos profissionais se referem especialmente à satisfação do usuário em relação aos serviços prestados na unidade e à possibilidade de colaborar para suprir as necessidades da população. Os pontos negativos, por outro lado, variam de acordo com as categorias profissionais. Os médicos se queixaram da falta de infra-estrutura adequada, os enfermeiros citaram problemas referentes à gestão municipal do sistema de saúde no município, os auxiliares/técnicos de enfermagem apontaram a dificuldade que o usuário tem de entender as propostas do PSF e o ACS, a impossibilidade de ajudar o usuário quando este necessita. Em outra questão, os profissionais sentem-se valorizados com o trabalho que desenvolvem, especialmente pelo reconhecimento vindo da população e pela identificação que sentem com o serviço. Nesse sentido, pode-se ressaltar que o usuário serve como uma forma de respaldar e balizar o trabalho da equipe.

### Gestores

Um dos gestores entrevistados tem curso de graduação em Serviço Social, outro em Enfermagem e o terceiro em Medicina. Os três entrevistados citaram como uma das atribuições importantes do cargo de gestão municipal do PSF o oferecimento de treinamento às equipes. Além

desta, foram citadas a fiscalização do cumprimento do horário de trabalho, a aproximação ao trabalho das equipes de PSF e a resolução de problemas que podem surgir no cotidiano do trabalho das equipes.

Nenhum dos municípios dispõe de estratégias de avaliação da resolutividade do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família. Apesar disso, foi mencionada uma pesquisa realizada entre os usuários sobre expectativas e satisfação em relação ao PSF, em Rio Pomba, bem como, haja a pretensão, no município de Santos Dumont, de realizar-se reuniões intersetoriais para avaliação do funcionamento do sistema de saúde.

Quanto à participação dos conselhos municipais de saúde no debate sobre o PSF, os gestores responderam que seu papel se restringe a receber as informações sobre o que se passa nas unidades de saúde, não tendo os conselheiros a função de discutir ou influenciar as atividades desenvolvidas.

Quando questionados sobre os critérios definidores de uma boa equipe de PSF, os gestores entrevistados ressaltaram, assim como os profissionais, a importância de certos atributos pessoais dos membros, ou seja, estes devem ter comprometimento com o serviço e ser colaboradores, acessíveis e atentos às necessidades da população.

Na opinião dos gestores, o maior benefício proporcionado à população pelo PSF é a intervenção junto às famílias, especialmente no que se refere à vacinação, à atenção aos casos de maus tratos na família e ao controle de agravos específicos a partir da notificação de doenças. Dentre as dificuldades encontradas para o pleno desenvolvimento da estratégia no município, estão: a incompreensão da população quanto aos objetivos do PSF, a formação dos profissionais e a dependência dos usuários em relação ao agente comunitário. Entretanto, não é feita referência ao papel da gestão municipal, item fortemente ressaltado pelos profissionais.

Diferentemente dos profissionais de saúde, os gestores entrevistados citaram como características mais importantes do PSF a educação, a assistência e a promoção da saúde da população adscrita, o que revela, pelo menos a princípio, uma perspectiva ampliada do que seja a proposta do programa.

## Usuários

A amostra de usuários pode ser caracterizada, em linhas gerais, da seguinte maneira: mulheres (76,3%), com idade entre 31 e 50 anos (44,4%), renda familiar mensal entre um e três salários mínimos e escolaridade de ensino fundamental incompleto (53,4%). Em geral, tanto o entrevistado quanto seus familiares costumam frequentar a unidade de saúde da família menos de uma vez por mês. O principal motivo que faz os entrevistados recorrerem à unidade é aferição de pressão arterial (14,4%), enquanto a principal razão dos familiares é problemas respiratórios (19,2%).

Quanto à opinião dos usuários sobre o trabalho de cada profissional da equipe de PSF, apresentamos a seguir os dados encontrados. Dentre todas as categorias profissionais analisadas, o agente comunitário de saúde foi o que obteve maior aprovação por parte dos entrevistados (84,7%), seguido pelo auxiliar/técnico de enfermagem (67,8%) e, por fim, médico e enfermeiro (66,1%). Tal resultado pode ter sido influenciado pelo fato de o ACS ser o personagem mais conhecido da equipe de PSF, já que é ele quem vai aos domicílios, inclusive dos moradores que não costumam frequentar a unidade. Vale citar que de 25% a 30% da amostra desconhecem quem sejam os demais profissionais da unidade de saúde da família. Um dos motivos disso é a alta rotatividade dos profissionais das equipes.

Um resultado que chama a atenção nas respostas dos usuários é a não participação destes em atividades desenvolvidas pela unidade que não se refiram à assistência médica. Dos entrevistados, apenas 14,4% participavam de alguma atividade "extra-consulta". Quanto aos familiares dos entrevistados, 7,6% participam de alguma atividade, sendo que a mais lembrada foi grupo de hipertensos. As justificativas para a não participação dos entrevistados e seus familiares às atividades são que elas não correspondem às suas necessidades, não há interesse em participar ou os entrevistados ignoram a existência dessas (Tabelas 1 e 2). Apesar de não participarem, 79,7% dos respondentes consideraram importante a realização de palestras sobre temas relacionados à saúde.

Ainda que 61% dos entrevistados tenham confirmado que a USF seja capaz de satisfazer suas necessidades, quando os dados são analisados por município, percebe-se que no município de Rio Pomba esta satisfação foi mais pronunciada, enquanto em Santos Dumont as opiniões foram difusas ( $p = 0,000$ ). A maior qualidade do PSF,

segundo os usuários, é a forma cordial como são tratados pelos membros das equipes. No município de Rio Pomba, esta qualidade se destaca quando comparada ao município de Santos Dumont ( $p = 0,004$ ). Ademais, respondendo à questão sobre satisfação geral com o PSF, numa escala entre *nada satisfeito* e *muito satisfeito*, a tendência geral foi para a resposta *satisfeito* (Tabela 3).

Os entrevistados, em sua maioria, aprovam o atendimento realizado na unidade de saúde da família da qual são usuários (64,4%). Dentre as principais deficiências relacionadas ao PSF estão a falta de médicos especialistas na unidade (75,4%) e o número reduzido de profissionais na equipe (61%). Com relação a esta última opinião, houve diferença entre os dois municípios pesquisados, sendo Santos Dumont o município

onde os usuários estão mais insatisfeitos com a quantidade de profissionais de saúde no PSF ( $p = 0,005$ ). Quando questionados, porém, se a unidade de saúde da família oferece melhor atendimento do que as unidades básicas de saúde ou policlínica do município (por serem centros de saúde onde há a presença de profissionais especialistas), mais da metade dos entrevistados respondeu que não (53,4%) (Tabela 4). Dentre os que responderam que o PSF é, em algum sentido, melhor que as demais unidades de saúde, o motivo central foi a proximidade da unidade de PSF do domicílio. Por outro lado, dentre os que disseram preferir outras unidades ao PSF, a razão mais relatada é que nos outros centros de saúde há mais médicos ou esses dispõem de especialistas (Tabela 5).

**Tabela 1.** Motivo de o entrevistado não participar de atividade extra-consulta. Municípios, 2005.

|   | Frequência | Porcentagem (%) | Porcentagem Acumulada (%) |
|---|------------|-----------------|---------------------------|
| Temas não correspondem às necessidades do usuário | 18         | 17,8            | 17,8                      |
| Não sabe da existência de tais atividades         | 17         | 16,8            | 34,6                      |
| Falta de interesse                                | 16         | 15,8            | 50,4                      |
| Falta de tempo                                    | 13         | 12,9            | 63,3                      |
| Nunca foi convidado                               | 13         | 12,9            | 76,2                      |
| Horário inviável                                  | 10         | 9,9             | 86,1                      |
| Impossibilidade de sair de casa                   | 10         | 9,9             | 96,0                      |
| Desânimo  | 1          | 1,0             | 97,0                      |
| É atendido por médico particular                  | 1          | 1,0             | 98,8                      |
| Esquece os dias e horários                        | 1          | 1,0             | 99,0                      |
| Não mora no município                             | 1          | 1,0             | 100,0                     |
| Total   | 101        | 100,0           |                           |

**Tabela 2.** Motivo de o familiar do entrevistado não participar de atividade extra-consulta. Municípios, 2005.

|   | Frequência | Porcentagem (%) | Porcentagem Acumulada (%) |
|---|------------|-----------------|---------------------------|
| Temas não correspondem às necessidades do usuário | 29         | 27,1            | 27,1                      |
| Falta de interesse                                | 17         | 15,9            | 43,0                      |
| Nunca foi convidado                               | 15         | 14,0            | 57,0                      |
| Horário inviável                                  | 14         | 13,1            | 70,1                      |
| Não sabe da existência de tais atividades         | 13         | 12,1            | 82,2                      |
| Falta de tempo                                    | 9          | 8,4             | 90,8                      |
| Impossibilidade de sair de casa                   | 6          | 5,6             | 96,4                      |
| Desânimo  | 1          | 0,9             | 97,3                      |
| Não tem familiares                                | 1          | 0,9             | 98,2                      |
| Nunca foi convidado; falta de interesse           | 1          | 0,9             | 99,1                      |
| USF nunca ofereceu atividade extra-consulta       | 1          | 0,9             | 100,0                     |
| Total   | 107        | 100,0           |                           |

**Tabela 3.** Satisfação geral do usuário em relação à USF. Municípios, 2005.

|                  | Frequência | Porcentagem (%) | Porcentagem Acumulada (%) |
|------------------|------------|-----------------|---------------------------|
| Satisfeito       | 60         | 50,8            | 50,8                      |
| Muito satisfeito | 46         | 39,0            | 89,8                      |
| Não sei          | 7          | 5,9             | 95,8                      |
| Nada satisfeito  | 5          | 4,2             | 100,0                     |
| Total            | 118        | 100,0           |                           |

**Tabela 4.** Comparação do PSF a outros centros de saúde pelos usuários. Municípios, 2005.

|  | Frequência | Porcentagem (%) | Porcentagem Acumulada (%) |
|--|------------|-----------------|---------------------------|
| PSF não tem atendimento melhor que outros centros de saúde | 63         | 53,4            | 89,8                      |
| PSF tem atendimento melhor que outros centros de saúde     | 43         | 36,4            | 36,4                      |
| Não sabe   | 12         | 10,2            | 100,0                     |
| Total  | 118        | 100,0           |                           |

**Tabela 5.** Motivo pelo qual PSF não é melhor que outros centros de saúde do município. Municípios, 2005.

|  | Frequência | Porcentagem (%) |
|--|------------|-----------------|
| UBS tem médicos especialistas/tem mais médicos | 26         | 40,6            |
| PSF e UBS são igualmente bons                  | 16         | 25,0            |
| PSF e UBS não apresentam diferença             | 8          | 12,5            |
| PSF e UBS são igualmente ruins                 | 5          | 7,8             |
| Na UBS o paciente sabe que vai ser atendido    | 3          | 4,7             |
| UBS é mais próxima do domicílio                | 3          | 4,7             |
| Está mais acostumado com médico da UBS         | 1          | 1,6             |
| UBS oferece bom atendimento                    | 1          | 1,6             |
| UBS oferece medicamento que não tem no PSF     | 1          | 1,6             |
| Total  | 64         | 100,0           |

Além disso, foi perguntado que atividade não oferecida pelo PSF os entrevistados considerariam importante haver. A atividade mais citada foi o atendimento, na unidade, realizado por outros profissionais de saúde – tais como psicólogo, assistente social e dentista (94,1%).

Ao final da entrevista era solicitado que o usuário comentasse o que achava do sistema público de saúde no município. O ponto mais ressaltado pelos respondentes foi, novamente, a falta de médicos especialistas nas unidades de saúde. Além deste, foram também citados problemas referentes à hierarquização do sistema, tal como o município não oferecer serviços de alta complexidade, havendo a necessidade de recorrer a municípios vizinhos. Comentários específicos sobre o PSF apontam para uma insa-

tisfação quanto à necessidade de agendamento prévio das consultas médicas – seja porque as unidades, segundo os entrevistados, não atendem casos de urgência, seja porque é preciso esperar por longo tempo nas filas. Há também insatisfação quanto à obrigatoriedade de referência pelo PSF para as especialidades médicas, o que, ao contrário, é citado como um ponto positivo pelos gestores.

### Discussão

A partir dos resultados encontrados, podemos propor algumas reflexões sobre o PSF nos municípios pesquisados.

Primeiramente, tendo em vista a frequência

das respostas que afirmavam que a oportunidade de emprego é o maior motivador para adentrar o trabalho das equipes de saúde da família, é possível corroborar a afirmação de que o PSF vem se tornando um meio importante de inserção de profissionais no mercado de trabalho, especialmente para aqueles em início de carreira. Além disso, a permanência desses profissionais está, muitas vezes, condicionada à falta de outras oportunidades de trabalho e estudo, principalmente voltados para áreas especializadas<sup>13</sup>. O PSF é, muitas vezes, citado como uma área de trabalho nova, diferente das experiências de trabalho anteriores dos membros das equipes e que, por isso, apresenta-se como um desafio técnico por representar uma lógica operativa diferente da que os profissionais de saúde estavam, até então, habituados<sup>14, 15</sup>.

Nunes *et al.*<sup>16</sup>, analisando o processo de construção de identidade do ACS quando de sua entrada no PSF, descrevem um sentimento de prestígio social destes trabalhadores frente aos demais moradores da comunidade, especialmente por passarem a ter acesso privilegiado às ações de saúde. Ainda, segundo as autoras, os ACS e os médicos seriam, para os usuários, as duas personagens reconhecidamente importantes. Contudo, apesar da importância conferida ao médico especialista, os profissionais com ensino superior nas equipes são os menos reconhecidos pelos usuários nos dois municípios analisados na presente pesquisa, ao contrário dos ACS, que obtiveram a maior aprovação. Tal dado corrobora a noção de que o agente comunitário é o ator que facilita o vínculo dos usuários com os demais membros da equipe de saúde da família<sup>15</sup>.

Quanto à rotina de trabalho nas equipes, é relevante ressaltar a importância atribuída pelos médicos ao trabalho clínico, especialmente nas visitas domiciliares. Questionamos, com isso, se as visitas têm sido um instrumento real de aproximação entre profissionais de saúde e as famílias - no sentido de apreender-lhe o contexto e o modo de vida - ou meramente uma forma de atendimento clínico na casa do indivíduo. Sobre este assunto, Ronzani<sup>13</sup> afirma: ***as visitas domiciliares poderiam ser classificadas como consultas de ações curativas e biológicas, mudando-se, portanto, o local de atendimento e não a forma de ação propriamente dita.***

Apesar da importância dada ao trabalho clínico, os profissionais de saúde e gestores entrevistados ressaltaram a importância da prevenção na estratégia saúde da família. Deve-se, porém, analisar mais detidamente como esta pre-

venção vem sendo realizada pelas equipes, já que esta representa apenas um dos pressupostos do PSF, ou seja, pelo fato de o PSF pretender-se uma estratégia integral, deve associar assistência, prevenção e promoção da saúde<sup>17</sup>. Nota-se mesmo que o termo é usado, algumas vezes, como sinônimo de PSF: "O PSF é um programa mesmo de prevenção. É a prevenção a coisa mais importante" [ACS C]. Assim, apesar da importância conferida às práticas preventivas, estas se pautam especialmente em aspectos "higienistas" e de campanha<sup>13</sup>. É necessário analisar de que prevenção se tem falado. Deve ser realizado o exame do termo pois se for considerado apenas como uma maneira estrita de evitar doenças, há o risco de o PSF se tornar um "serviço de atendimento a pessoas saudáveis".

Tendo em vista que 85,6% dos usuários entrevistados não participam de atividades promovidas pelo PSF não-referentes a atendimento clínico, especialmente porque os temas não correspondem às suas necessidades, deve-se avaliar através de que ações a prevenção, tão ressaltada, é feita. Além disso, apesar de os usuários não participarem de atividades "extra-consulta", eles consideram importante a realização de palestras sobre saúde.

Conforme a revisão teórica aponta, propõe-se que as equipes de saúde da família sejam criativas, tenham iniciativa e vocação para trabalhos em grupo. Entretanto, as equipes têm dificuldades para criar estratégias eficientes de atingir os objetivos de prevenção e promoção da saúde. Um discurso muitas vezes propagado pelos trabalhadores é o de que a população não entende qual é a proposta do PSF, nem se interessa por seguir as orientações dos profissionais da equipe, tampouco participa de palestras educativas ou grupos para controle de agravos específicos. A deficiência (ou a total falta) de planejamento das ações pelas equipes e pela gestão municipal pode representar um fator que colabora para as lacunas na comunicação entre profissionais e usuários do PSF. Assim, pela falta de estratégias de ação bem estruturadas, que levem em consideração o contexto sociohistórico da população adscrita, os objetivos da equipe (de prevenção e promoção da saúde) e os objetivos da população (de ter suas necessidades de saúde atendidas) não se ajustam.

O trabalho no PSF amplia os instrumentos necessários para a resolutividade das ações de saúde. Além do conhecimento clínico, os profissionais de saúde precisam agregar conhecimentos sobre epidemiologia para que as ações de saú-



de atinjam o âmbito coletivo<sup>14</sup>. Nesse sentido, as reuniões de equipe que busquem discutir os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, bem como a realização de reuniões intersetoriais são importantes para o trabalho em saúde na área adscrita<sup>14,18,19</sup>. A responsabilidade coletiva dos membros da equipe é, portanto, fundamental para o planejamento e efetivação das ações de saúde<sup>20,21</sup>.

Nesse sentido, pode-se avaliar, em outros estudos, onde está a falha na tentativa de unir ações coletivas de prevenção e a efetiva participação da população. Uma hipótese seria que os usuários estão distantes do planejamento e das tomadas de decisão da equipe. Conforme Crevelim<sup>22</sup>, no campo do planejamento e da construção de projetos assistenciais, o trabalho, que deveria ser conjunto entre profissionais e usuários, se concentra exclusivamente dentro da equipe profissional. Assim, **reproduz-se o modelo de 'pensar por', 'planejar por', 'decidir por', ao invés de 'pensar com', 'planejar com', 'decidir com' o usuário e a população.**

Nesse contexto, faz-se imprescindível examinar a relação entre profissionais de saúde, gestores (representantes das políticas públicas em saúde) e usuários do sistema. Carvalho<sup>23</sup> questiona: **como ocorre o intercâmbio de saberes entre profissionais e usuários? Por uma co-gestão de contratos e compromissos ou por uma relação vertical e autoritária?**

Ainda sobre a participação da população no cotidiano dos serviços de saúde, quando é questionada a participação popular via conselhos municipais de saúde, temos a impressão de que os usuários são vistos ora como aqueles que estão de fora, por sua própria culpa, necessitando ser mobilizados e educados<sup>24</sup>, ora como fiscais que, de alguma forma, atrapalham o andamento do trabalho da equipe<sup>22</sup>.

Com relação à comparação entre os municípios, pode-se observar algumas diferenças, sobretudo quanto à organização do PSF. Portanto, talvez seja possível uma correlação entre tempo de implantação e deficiências na organização do PSF, o que corrobora nossa hipótese inicial de que no tempo de implantação reside um dos motivos de melhor ou pior desenvolvimento do PSF. Sugere-se que estudos mais sistematizados, voltados especificamente para fins de comparação, sejam realizados posteriormente.

Considerando a demanda por médicos especialistas e a insatisfação com o PSF frente a outros centros de saúde, é possível visualizar quão essenciais as ações curativas são na atenção primária. Campos<sup>25</sup>, em análise da trajetória da

implantação de serviços de atenção primária no Brasil - especialmente a partir das mudanças no sistema de saúde da década de 1980 -, afirma que, ao invés deste campo propiciar a integração da ação curativa com ações de prevenção e promoção da saúde, o que se assiste são a filas de espera por atendimento especializado. Assim, "parece haver, nesses casos, a importação da lógica dos serviços de emergência e de urgência ao trabalho da atenção primária à saúde".

Sobre a acessibilidade aos serviços, Schaedler<sup>7</sup> propõe a idéia de organização em rede, na qual a população, entre outras coisas, poderia ter acesso irrestrito aos serviços, de modo que quem necessite de atendimento seja dignamente acolhido, independentemente da porta escolhida como meio de acesso. Cecílio<sup>26</sup> propõe uma reflexão quando questiona:

**Em geral, afirmamos que 'a população está entrando pela porta errada', ou não seria mais correto afirmarmos [...] que as pessoas, diante de suas necessidades, acabam acessando o sistema por onde é possível, contrariando qualquer delírio racionalista que os técnicos do setor saúde continuam a defender sob a forma de uma pirâmide de serviços?**

## Considerações finais

Tendo em vista a discussão apresentada, podemos considerar que após treze anos de existência do PSF, algumas mudanças importantes para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro ainda não puderam ser feitas. Além disso, verificamos que os atores envolvidos na proposta do PSF têm expectativas diferentes quanto ao programa, o que pode comprometer a resolutividade da proposta nas equipes analisadas.

Em geral, os profissionais e gestores se valem de um discurso inovador, de que "PSF é prevenção", ou mais que isso, PSF é prevenção, promoção e também tratamento. Apoiados nisso, criticam os usuários que não entendem qual é a proposta ou que têm urgência de serem atendidos, mas suas práticas se orientam, grande parte das vezes, apenas por ações curativas, ainda quando propõem prevenção e promoção da saúde<sup>7</sup>.

Muitas vezes, os usuários - especialmente os provenientes de classes populares, como é o caso desta pesquisa - são censurados porque anseiam pelas especialidades médicas ou porque "entram pela porta errada". O mero estabelecimento de regras não é capaz de provocar um afastamento radical do modelo biomédico tradicional. Em crítica à proposta de promoção da saúde,

Carvalho<sup>23</sup> argumenta que as idéias de um “viver saudável” são baseadas na imagem de um indivíduo de classe média, consciente de suas condições e possibilidades e que, conseqüentemente, é capaz de determinar sobre sua própria saúde, ainda que esses parâmetros sejam impostos pelas visões preconcebidas dos profissionais. Assim, qualquer exame que se refira a subjetividades não pode se furtar de analisar o contexto sociohistórico do objeto de crítica, ou seja, críticas podem ser feitas, desde que se analise detidamente o contexto que está sendo examinado.

Assim, deve-se questionar não só as crenças e práticas daqueles que lidam diretamente com a estratégia (neste caso, os profissionais, os gestores e os usuários), mas também o que geralmente é veiculado como um modelo ideal de PSF. Várias propostas de transformação são elaboradas, modelos de organização são discutidos – especialmente no meio acadêmico e na esfera federal de gestão da saúde – mas tudo isso deve levar em consideração as particularidades das equipes de PSF e da organização do sistema nos diferentes municípios. Desta forma, não pretendemos aqui responsabilizar exclusivamente os profissionais, os gestores ou os usuários. Estes atores enfrentam dificuldades reais quanto à in-

fra-estrutura dos serviços e à organização do sistema de saúde nos municípios, cuja solução, muitas vezes, independe da ação isolada de cada um deles. A mudança de percepção e a alteração do sistema vigente não são possíveis com mudanças pontuais de um setor ou outro da saúde.

Uma última questão que pretendemos ressaltar é a não participação dos usuários às atividades extra-consulta, especialmente porque estas não correspondem às necessidades dos entrevistados ou de seus familiares. O PSF, como estratégia que requer dos profissionais, entre outros atributos, atenção, comprometimento e sensibilidade, ainda está pouco atento às reais necessidades da população. Ou, ainda que os trabalhadores percebam tais necessidades, não têm conseguido atingir um público que considera importante as “palestras” desenvolvidas pela unidade. Nesse sentido, podemos colocar em debate onde estão as dificuldades na comunicação entre necessidades de saúde e as orientações capazes de produzir impactos sobre a saúde da população.

Concluimos afirmando que o SUS, apesar dos intensos avanços que vem alcançando em seu processo de implementação, ainda tem que promover melhorias na sua organização para que seus princípios sejam efetivos.

## Colaboradores

CM Silva trabalhou no delineamento da pesquisa, coleta de dados, análise dos mesmos e redação do artigo. TM Ronzani trabalhou no delineamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados, bem como na revisão crítica do artigo.

## Agradecimentos

Agradecemos à PROPESQ/UFJF pela concessão de bolsa de conclusão de curso de graduação e às Secretarias Municipais de Saúde de Rio Pomba e Santos Dumont, pela autorização para a realização da pesquisa.

Agradecemos também à psicóloga Melissa Gevezier Fioravante pela colaboração na coleta de dados. Agradecemos ainda à Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Teresa Bustamante e à Prof<sup>a</sup>. Ms. Teresa Cristina Soares da Universidade Federal de Juiz de Fora pela revisão final do artigo.

## Referências

1. Ronzani TM, Ribeiro MS. Práticas e crenças do médico de família. *Rev Bras Educ Med* 2004; 28(3):190-197.
2. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad S Pública* 1998; 14(2):429-35.
3. Ronzani TM, Stralen CJV. Dificuldades de implementação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. *Rev APS* 2003, 6(2):99-107.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
5. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad S Pública* 2002;18(Supl):203-11.
6. Luz MT. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Editora UERJ/IMS; 2001. p. 17-37.
7. Schaedler LI. Sistema Único de Saúde como rede em prática pedagógica. In: Brasil. Ministério da Saúde. *VER-SUS/Brasil: caderno de textos*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004. p. 82-89.
8. Ronzani TM, Ribeiro MS. Identidade e formação profissional dos médicos. *Rev Bras Educ Med* 2003; 27(3):229-236.
9. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad S Pública* 2003; 19(1):27-34.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *IBGE Cidades@* [programa na Internet]. 2002 [acessado 2006 Mar 30]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>
11. Machado ENM, Fortes FBCTP, Somarriba M. Efeitos da introdução do PAB sobre a distribuição de recursos e a prestação de serviços: o caso de Minas Gerais. *Rev C S Col* 2004; 9(1): 99-111.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1995.
13. Ronzani TM. *Novas políticas e velhas práticas: um estudo sobre identidade de médicos de PSF* [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.
14. Meneses e Rocha AAR, Trad LAB. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2005; 9(17):303-16.
15. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev S Pública* 2006; 40(4):727-33.
16. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad S Pública* 2002; 18(6):1639-46.
17. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2005; 9(16):39-52.

18. 18. Freitas FP, Pinto IC. Percepção da equipe de Saúde da Família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. *Rev Latino-am Enf* 2005; 13(4):547-54.
19. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da Família no estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad S Pública* 2006; 22(9):1881-92.
20. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev S Pública* 2001; 35(3):303-11.
21. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2005; 9(16):25-38.
22. Crevelim MA. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Rev C S Col* 2005; 10(2):323-331.
23. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Rev C S Col* 2004; 9(3):669-78.
24. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad S Pub* 1998; 14(Supl 2):7-18.
25. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Rev C S Col* 2003; 8(2):569-84.
26. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In: Brasil. Ministério da Saúde. *VER-SUS/Brasil*: caderno de textos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004. p. 90-106.

---

Artigo apresentado em 17/04/2006

Aprovado em 11/11/2006

Versão final apresentada em 02/03/2007