

# Percepção dos profissionais de saúde do PSF quanto ao impacto do programa na saúde física da população de Moita Bonita/Se<sup>1</sup>

M. R. B. Menezes<sup>1</sup>; C. C. C. Oliveira<sup>2</sup>; V. Fonseca<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Sergipe, 49020-580, Aracaju-Se, Brasil

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente Universidade Tiradentes, 49032-490, Aracaju-Se, Brasil

*profamararubia@hotmail.com*

*criscunhaoliva@yahoo.com.br*

*vania@infonet.com.br*

(Recebido em 22 de junho de 2011; aceito em 20 de setembro de 2011)

---

O presente estudo, desenvolvido em Moita Bonita, estado de Sergipe, teve como objetivo analisar a percepção dos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) no tocante ao impacto desse programa na saúde física da população assistida. A pesquisa empreendida foi qualitativa e descritiva e teve como variáveis as ações e relevância do programa e as mudanças verificadas na vida das famílias no tocante à saúde física. Foram realizadas entrevistas com 37 profissionais que integram as três equipes de saúde da família no município, constituídas por médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, atendentes de consultório dentário e agentes comunitários de saúde. Na coleta de informações foi utilizado formulário elaborado de acordo com as variáveis e indicadores definidos para a pesquisa e construído com base nos documentos legais delineadores do PSF e no marco teórico que fundamenta este estudo. Foi realizada distribuição de frequência das variáveis estudadas e análise de conteúdo com extração do significado das falas dos entrevistados. Os resultados apontaram que o PSF, na percepção dos profissionais de saúde atuantes no programa, contribuiu positivamente para a saúde física da população beneficiária. Revelaram ainda uma necessidade de maior articulação com outras áreas e da formação de uma equipe melhor capacitada para atuar dentro dos propósitos do programa.

Palavras-chave: programas de saúde, saúde pública, impactos na saúde.

The present study has been developed in Moita Bonita, a district of Sergipe. Its objective was to analyze the perceptions of Family Health Program (PSF) professionals with regard to the impact of this program in the physical health of assisted population. In its execution, interviews were held with the three family health teams, composed by Dentistry, nurses, technical nursing, attendant dental office and health agents. The research executed was classified as qualitative and descriptive study its variables were the actions and relevance of the program and observed health changes related by families in their physical health. In the survey it was used an information collection form that was prepared in accordance with the variables and indicators defined for the research that were based on the delineating legal documents of the PSF and on the theoretical mark that fundamentals present study The obtained results showed that PSF, in the perception of the health professionals who worked in the program, has contributed to improve the beneficiary families physical health. Furthermore, they showed the need of a better articulation with other areas and building of a bigger team socio-environmental indicators reflecting more significantly in the changes as to social interactions, physical environment of dwelling, work and leisure.

Key words: health programs; public health; health impacts

---

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990 através das Leis Orgânicas de Saúde 8080/90 e 8142/90, representa um marco na política de saúde do país, de onde foram

---

<sup>1</sup> Artigo derivado da dissertação "Política nacional de atenção básica e seus reflexos na qualidade de vida da população residente no município de Moita Bonita", par a obtenção de grau de mestre, em 2008, no Curso de Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes, Aracaju/SE

derivados um elenco de outras políticas, programas e estratégias, instituídas com a finalidade de fazer cumprir os seus propósitos [1].

O artigo 3º da Lei 8080/90 define a saúde como resultado de uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, evidenciando a relevância dessa composição para o delineamento de ações destinadas a promover, proteger e recuperar a saúde da população [1].

O referido documento legal destaca que a atenção básica à saúde, caracterizada por um conjunto de ações situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, está inserida nos propósitos do SUS e reafirma as pretensões do país na continuidade de sua prática.

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 como uma proposta de reorganização da atenção básica. Representa o eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e na intervenção dos fatores que a colocam em risco. É uma estratégia que visa a atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Referindo-se ao novo delineamento da política de saúde, Canesqui e Spinelli [2], apontaram: “O PSF altera o paradigma de atenção à saúde, da assistência individual para o domicílio, não se restringindo apenas às unidades de saúde, requerendo maior dedicação da equipe à clientela, em contraposição ao trabalho parcelado dos profissionais nas unidades de saúde tradicionais” (p. 1881).

No tocante ao aspecto normativo, a Portaria 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997, definiu a reorganização das práticas de trabalho nas unidades de saúde da família, a caracterização das unidades de saúde da família e a composição das equipes, devendo ser integradas minimamente pelos profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde na proporção de um agente para no máximo de 50 famílias ou 750 pessoas [3].

Em 1998, o Ministério da Saúde, através da Portaria 3925/98, aprovou o Manual para a Orientação da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde com a finalidade de estabelecer orientações aos gestores municipais. O documento expressou que a estratégia saúde da família mostrava potencial para contribuir na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, uma vez que permitia que as atribuições e responsabilidades da atenção básica podiam ser executadas de forma inovadora, alterando a organização dos serviços de saúde [4].

Através da Portaria 1444/GM de 28 de dezembro de 2000, foram introduzidos oficialmente no programa os profissionais de saúde bucal. A inserção da odontologia poderia, com base no texto legal, ocorrer sob duas modalidades, com variações dos incentivos financeiros: a modalidade I, composta de um cirurgião-dentista (CD) e um atendente de consultório dentário (ACD) e a modalidade 2, de um CD, um ACD e um técnico em higiene dentária (THD) [5].

Outros atos normativos do governo federal foram promulgados buscando dar mais orientação aos estados e municípios quanto à operacionalização do PSF e quanto aos aspectos a serem fielmente observados para a garantia do repasse de recursos. Um exemplo é a Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, que se constituiu o documento de revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família. Neste documento são definidas as especificidades da citada estratégia de saúde na qual incluiu o desenvolvimento de atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade [6].

Denominado por alguns autores como Estratégia Saúde da Família (ESF), o programa é referenciado como experiência inovadora que trouxe ao âmbito municipal um grande impacto, representado pelo comprometimento de recursos federais para a expansão da rede assistencial local e autonomia municipal na orientação da estratégia. Em contrapartida, impôs ao município responsabilidades de gestão e demanda por profissionais qualificados e comprometidos com a filosofia da nova proposta [7].

A Estratégia de Saúde da Família foi a experiência brasileira de reorganização do Sistema de Saúde a partir da Atenção básica e possuem aproximação com as propostas de atenção primária de otimização da saúde das populações [8] que envolve a outros determinantes da saúde ,

advindos do meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas na enfermidade individual.

Sistemas e programas de atenção primária devem ser avaliados e comparados de acordo com o impacto que tem sobre a saúde das populações, sendo que a abordagem enfocada nas enfermidades, na maioria das pesquisas, cada vez mais necessita ser suplementada por meio de um enfoque baseado na visão dos indivíduos em seu contexto comunitário [8].

Moita Bonita, município com 11.541 habitantes [9], foi selecionado para a pesquisa pela sua localização geográfica no interior sergipano, não tão próxima nem tão distante da capital e por ser o primeiro município no estado de Sergipe a implantar o programa com 100% de cobertura [10].

O objetivo desse estudo foi analisar a percepção dos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) no tocante ao impacto desse programa na saúde física da população assistida-no município selecionado. O interesse em desenvolvê-lo se atrela à pretensão de identificar os benefícios advindos da implantação do programa para as famílias beneficiárias, podendo constituir-se numa resposta aos esforços empreendidos nas três esferas de governo para a garantia de uma política de saúde que atenda às necessidades e aos anseios de uma significativa parte da população brasileira.

## 2. METODOLOGIA

O estudo, de natureza qualitativa e base descritiva, foi realizado através de levantamentos de campo no município de Moita Bonita/SE, distante da capital, Aracaju, 64 km.

O universo estudado abrangeu as três equipes que integram o PSF no município, um total de 37 profissionais distribuídos nas funções de médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas (CD), auxiliares de enfermagem, atendentes de consultório dentário (ACD) e agentes comunitários de saúde (ACS).

Neste estudo a percepção dos entrevistados foi a base fundamental da pesquisa empreendida cujas variáveis contemplaram as ações e relevância do programa e as mudanças verificadas na vida das famílias no tocante à saúde física. As variáveis e os indicadores foram construídas com base nos documentos legais delineadores do PSF e no marco teórico que fundamenta este estudo.

Na variável *ações e relevância do programa* foram definidos como indicadores: avaliação geral, importância, benefícios para as famílias e formato. Na variável *mudanças na vida das famílias quanto à saúde física* foram estabelecidos: redução de mortalidade por doenças, estímulo ao auto-cuidado, redução de enfermidades, efetividade no controle da natalidade, melhoria nos tratamentos médicos específicos, responsabilização pela manutenção da saúde, alimentação, regularidade nos exames preventivos, prática de atividades físicas, cuidado com a higiene pessoal, cuidado com a higiene e conservação dos alimentos, obediência às recomendações da equipe, cumprimento do quadro de vacinas.

O formulário utilizado na coleta de informações foi elaborado com base nas variáveis e indicadores definidos para a pesquisa e foi pré-testado junto à Unidade de Saúde Básica do Parque dos Faróis, situada no município de Nossa Senhora do Socorro/SE e sofreu pequenas alterações que se mostraram oportunas.

A construção do instrumento se baseou na premissa de que os processos comprometidos com a produção de conhecimentos não representam procedimentos padronizados e com frequência automatizados e sim na produção intelectual do pesquisador e da produção de indicadores, no processo aberto que caracteriza o curso da pesquisa [11].

Os dados coletados através das entrevistas foram previamente tratados obedecendo a seguinte ordem: pré-análise, classificação do material e interpretação dos resultados. Na fase de pré-análise, foram elaboradas leituras dos dados coletados para identificar os pontos convergentes e estabelecer uma classificação. Nesta classificação lançou-se mão da ferramenta planilha de cálculo, recurso tecnológico que permitiu facilidade e precisão no agrupamento. Na análise dos dados os entrevistados foram divididos em duas categorias: Grupo 1, composto pelos agentes comunitários de saúde e Grupo 2, integrado pelos médicos, enfermeiros, cirurgiões - dentistas,

auxiliares de enfermagem e atendentes de consultório dentário. A classificação dos profissionais em dois grupos foi utilizada para que se pudesse detectar isoladamente a percepção dos ACS, profissionais cujas características e natureza do trabalho permitem-lhes conhecer com mais profundidade a vida das famílias assistidas. Utilizou-se, ainda, na interpretação dos resultados a distribuição de frequência das variáveis estudadas.

Na efetivação da análise qualitativa os depoimentos dos entrevistados receberam categorização temática e foram agrupados por semelhanças das informações neles encontradas. Este procedimento, que consiste na extração do significado das falas dos entrevistados, é denominado de análise de conteúdo. Para [12] Richardson (1999) dentre as técnicas de análise qualitativa a análise temática é a mais utilizada por ser mais rápida e eficaz e por permitir que sejam isolados os temas de um texto e daí extraírem as partes utilizáveis, de acordo com o problema pesquisado.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na variável *ações e relevância do programa*, que engloba a avaliação geral do PSF, a importância, os benefícios para as famílias e o formato de operacionalização, foram formuladas quatro questões para os dois grupos de profissionais entrevistados.

No tocante à avaliação geral, categorizaram-se as respostas obtidas em quatro conceitos: excelente, muito bom, bom e regular. Detectou-se que ambos os grupos avaliaram positivamente o programa. Essa categorização foi realizada através das unidades de significados de termos ou expressões que se repetiam nas verbalizações dos sujeitos utilizando-se a técnica de análise de conteúdo [13].

No Grupo 1 a avaliação positiva ficou ainda mais evidente, visto que o somatório dos escores, muito bom e bom, totalizar 91% e os 9% restantes estarem na categoria do excelente. Observando-se as respostas obtidas do Grupo 2 e comparando-as com as do Grupo 1, percebeu-se diferenças entre elas. Os percentuais de muito bom e bom se igualaram e a soma de ambos atingiu um total de 83.4%, como pode ser constatado na Figura 1. Houve, ainda, distinguindo os dois grupos, o conceito regular, atribuído pelo Grupo 2.

Embora as diferenças observadas entre os dois grupos não sejam tão expressivas, detecta-se que reside no Grupo 2 um conhecimento mais aprofundado dos propósitos do programa e conseqüentemente uma forma de percebê-lo dentro de um contexto mais abrangente onde aspectos relacionados a promoção da saúde se fazem presentes, alicerçando seu conjunto de ações.

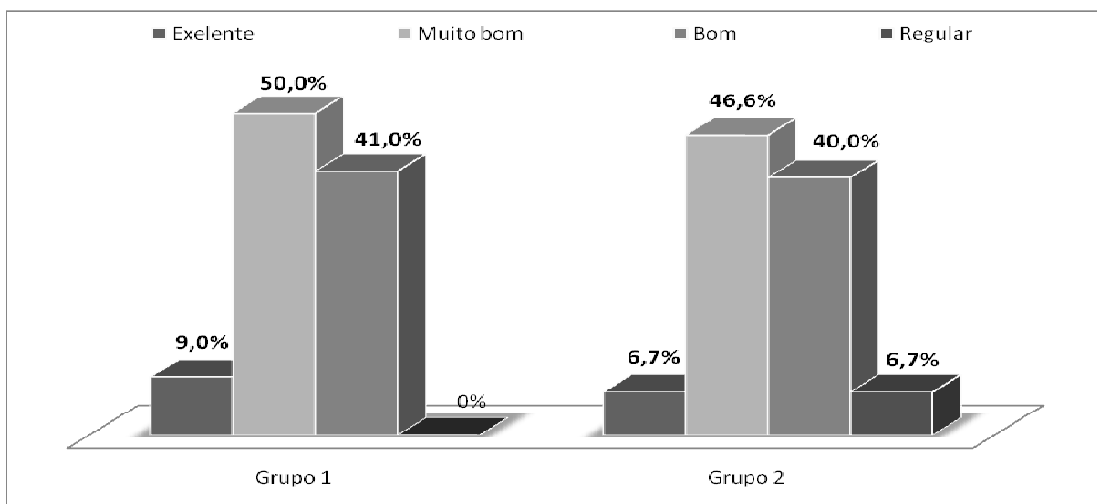


Figura 1 – Distribuição de frequência da opinião geral dos profissionais de saúde do PSF de Moita Bonita /SE sobre o programa

Alguns depoimentos advindos do Grupo 1 expressaram como eles percebem o programa de uma forma geral e como o avaliam positivamente.

*Um grande benefício para as famílias.*

*Muito bom. Muito importante, proporciona desenvolvimento.*

*Uma bênção para as famílias.*

*Melhorou bastante em razão da acessibilidade. Um Programa válido e importante.*

No posicionamento dos entrevistados é possível observar a comparação que fazem entre os serviços oferecidos antes e depois do PSF. Contata-se que entendem o programa como um grande marco de melhoria na condição de vida das famílias.

Merece destacar como alguns agentes percebem positivamente o programa e, entretanto, mencionam que muito ainda precisa ser feito para alterar um quadro de pouca evolução na vida das famílias. É depoimento de um dos agentes comunitários de saúde entrevistados:

*Um bom programa, contudo, ainda não conseguiu solucionar todos os problemas, principalmente pela dificuldade de alterar traços culturais das pessoas. Há dificuldade para desenvolver determinadas ações (higiene, planejamento familiar). Mas, de toda forma, houve grandes avanços com a implantação do programa.*

A percepção do entrevistado também demonstra o reconhecimento que o programa trouxe avanços para as famílias do município, contudo, salienta que não o percebe como capaz de produzir todas as transformações que se fazem necessárias para a efetiva alteração de hábitos que possam resultar na melhoria das condições de vida.

No Grupo 2, merecem igualmente destaque alguns depoimentos provenientes deste universo:

*Um programa assistencial bem elaborado, com propostas muito válidas em proporcionar qualidade de vida à população. Se bem executado, temos resultados excelentes. (Médico)*

*A estratégia saúde da família veio em momento oportuno para atender a todas as famílias seja do doente, do idoso, da criança, da mulher, buscando a educação em saúde para promover a prevenção de doenças, bem como o acompanhamento dos doentes. (Cirurgião-dentista)*

Os integrantes do Grupo 2 enalteceram em suas opiniões as propostas do programa, apontando-as como válidas e oportunas. Salientam a sua abrangência e penetração junto às famílias, sejam elas compostas por enfermos, gestantes, idosos ou crianças, e os princípios que ele engloba. Demonstram, ainda, que percebem as potencialidades do PSF e a sua relação com a melhoria da qualidade de vida da população assistida, desde que sejam permanentemente observados os aspectos que se relacionam à sua operacionalização.

Ainda sobre o Grupo 2, os resultados apontaram a existência do conceito Regular. Vale considerar o posicionamento do respondente: “Atende minimamente as necessidades básicas de saúde da população. Necessita ser ampliada e que haja maior conexão com outros setores do governo para melhorar resultados”. (Enfermeiro)

O depoimento registrado mostra uma avaliação mais crítica do programa. Traduz a percepção do entrevistado de que o programa poderia atingir maiores níveis de efetividade se houvesse desenvolvimento de ações empreendidas em conjunto e advindas de políticas públicas contempladas por outras pastas governamentais. O posicionamento do profissional se coadunou com a referência de Souza e Carvalho [14] de que o PSF não pode ficar restrito a medidas que atenuem um problema que foge de sua capacidade de atuação, devendo estas serem substituídas por ações intersetoriais que atuem também na geração de renda, alimentação, educação, saúde e saneamento.

Os médicos, enfermeiros, cirurgiões - dentistas, auxiliares de enfermagem e atendentes de consultório dentário (Grupo 2), apontaram como ações mais relevantes do programa a assistência à gestante e a prevenção da hipertensão. Para eles, porém, é igualmente importante, tanto quanto estas últimas, as informações, palestras e ações educativas em saúde. Esse grupo demonstra através de suas respostas que percebe na natureza educativa do programa a oportunidade de conscientização das famílias quanto à importância da sua participação na

melhoria de sua condição de saúde. Nesse sentido, são elucidativos os depoimentos de dois respondentes desse grupo:

*A educação em saúde permite o esclarecimento de patologias, orientações quanto à prevenção e a necessidade da participação dos indivíduos para superar os problemas (co-responsabilidade).*  
(Médico)

Ainda sobre as ações mais importantes desenvolvidas pelo programa junto às famílias sobressaem-se os posicionamentos de alguns respondentes do Grupo 2, que além de apontar as ações, também as justificam:

*Visita domiciliar, pois a equipe de saúde vai até as famílias que não conseguem se deslocar até a Unidade.* (Enfermeiro)

*A ação de planejamento familiar na qual faz as famílias terem a consciência do número de filhos, da melhoria da qualidade de vida.*  
(Cirurgião - dentista)

Os integrantes do Grupo 2 demonstraram através de suas verbalizações que o programa em Moita Bonita consegue ser entendido pelos que nele atuam como uma nova estratégia pautada não somente na prevenção e na cura de doenças, mas sobretudo, voltada para promover a saúde e incrementar a qualidade de vida, valorizando o papel dos indivíduos no cuidado com a sua saúde, de sua família e da comunidade [15].

A terceira questão incluída nas variáveis ações e relevância do programa versou sobre os maiores benefícios do PSF para as famílias assistidas. As respostas identificaram a convergência de opiniões entre os dois grupos quando ambos apontaram a assistência que é prestada às famílias pelas equipes. Ressaltam-se os depoimentos dos profissionais integrantes do Grupo 2, que, através de suas opiniões não só expressaram os benefícios do programa para as famílias como reforçaram a percepção de sua importância para os assistidos. São manifestações dos entrevistados sobre a questão:

*O maior benefício é ter sempre profissionais disponíveis para resolver questões de saúde, dar aconselhamento e educação continuada através de palestras.* (Cirurgião - dentista)

*O maior benefício é ter uma instituição na comunidade que pense na saúde daquela comunidade no intuito de que esta não adoença. A comunidade sozinha só se procuraria o serviço de saúde no momento da doença.* (Médico)

Ao enaltecer a assistência que é prestada através das equipes às famílias, os respondentes deram comprovações de que o município vem cumprindo um dos fundamentos básicos da atenção básica, que é o de desenvolver ações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, estabelecidos através da Portaria 648 [6].

A percepção dos profissionais de saúde atuantes no PSF em Moita Bonita não se distancia do identificado por Oliveira e Spiri [16] em estudo desenvolvido em Conchas (SP) a respeito do valor do vínculo estabelecido entre profissionais e famílias. Para elas a família sente-se satisfeita ao ter seus problemas resolvidos e consegue confiar na equipe e isto contribui na qualidade da assistência que lhes é prestada.

Surgiram, ainda, entre os maiores benefícios do programa para as famílias, as consultas médicas e odontológicas, o Programa Hiperdia, o pré-natal e os exames. Destacou-se o depoimento de um enfermeiro entrevistado:

*Acredito que hoje o maior benefício percebido pelas famílias seja o Hiperdia, pois com ela muitas vezes aumentamos a expectativa de vida do paciente com qualidade de vida.*

Ao se expressar desta forma o profissional demonstra que percebe que as ações que são desenvolvidas pelo programa para atender especificamente um determinado grupo de assistidos foram capazes de produzir efeitos positivos na vida da população, dando-lhes condições para viver mais e melhor. A argumentação e a visão do entrevistado somam-se aos estudos empreendidos por Souza e Carvalho [14], que identificaram melhoria nos índices de saúde de pacientes diabéticos e hipertensos quando submetidos a acompanhamento.

Questionou-se aos grupos se o PSF possuía o formato ideal, considerando-se dois aspectos: composição da equipe e forma como é desenvolvido em Moita Bonita. No tocante à composição da equipe o resultado aponta que 59,1% dos agentes comunitários de saúde percebe o programa como adequado e 66,7% dos médicos, cirurgiões - dentistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem e auxiliares de consultório (Grupo 2) o avalia de forma contrária.

Associa-se à diferença de percepção observada entre os dois grupos à capacidade de avaliar com um viés mais crítico, normalmente presente em profissionais com formação superior, neste estudo representado pelos médicos, enfermeiros e cirurgiões – dentistas.

Depoimentos colhidos dos dois grupos de profissionais entrevistados identificaram que a inclusão de psicólogos, pediatras, assistentes sociais e fisioterapeutas na equipe contribuiriam muito na melhoria dos serviços prestados às famílias, em razão da existência em Moita Bonita de situações merecedoras de especial atenção. São depoimentos dos profissionais entrevistados pertencentes ao Grupo 2:

*O formato do PSF é satisfatório no que se refere às necessidades mais amplas das famílias. Porém, não tem resolutividade em necessidades mais específicas como atendimento com pediatra, ginecologista, etc. sendo necessário que esses especialistas sejam contratados ou que o paciente, na impossibilidade deste, tenha que se deslocar para uma unidade de referência. (Enfermeiro)*

*Seria ideal a participação de outras profissionais (assistente social, nutricionista, psicólogo). Deveria ser menos assistencial e mais preventivista, por exemplo. (Médico)*

*A equipe de saúde bucal, que é um cirurgião-bucal para cada duas equipes, não é o ideal, pois a quantidade de pessoas para cada cirurgião-dentista não promove a adequada resolução dos problemas bucais. (Cirurgião - dentista)*

No que se refere à maneira como o PSF é desenvolvido em Moita Bonita, segundo aspecto observado da questão, a pesquisa apontou que não há acentuadas diferenças entre os dois grupos quanto à forma de perceberem a operacionalização do programa. Para 54,4% dos profissionais do Grupo 1 e 46,7% do Grupo 2, o programa é desenvolvido de forma inadequada.

A percepção dos dois grupos de profissionais de que o formato do PSF não é adequado no tocante à sua operacionalização é reforçada com os depoimentos colhidos, nos quais se destacam:

*Nem sempre o profissional tem o perfil adequado ao programa. (ACS)*

*Os agentes de saúde necessitariam serem mais bem treinados para tornarem-se também educadores da comunidade. (Médico)*

As falas dos profissionais entrevistados ressaltam a necessidade de conscientizar os profissionais de saúde e universidades para o aprimoramento de conhecimentos que possam melhor embasar o trabalho junto às famílias e alertam quanto à importância de gestores e população entenderem e se engajarem no programa. Nesse mesmo entendimento Rosa e Labate [17] posicionaram-se afirmando que o PSF tem potencialidades como estratégia para mudança do modelo assistencial sendo necessário, contudo, a participação de todos no planejamento de suas ações, pois, trata-se de um trabalho de parceria que envolve PSF/Família/Comunidade.

A variável “mudanças evidenciadas na vida das famílias quanto à saúde” contemplou treze indagações. Foi unânime o posicionamento de ambos os grupos em cinco dos indicadores de saúde elencados. Todos entrevistados afirmaram que o PSF proporcionou redução da mortalidade por doenças, estímulo ao autocuidado, maior responsabilidade pela manutenção da saúde da família, regularidade nos exames preventivos e cumprimento do quadro de vacinas.

A maioria das perguntas formuladas e respondidas pelos entrevistados com 100% de afirmativa foi complementada com indagações sobre como estas mudanças poderiam ser observadas; que ações, fatos, situações ou formas as evidenciavam.

No tocante ao indicador redução da mortalidade por doenças ficou demonstrado que para os agentes comunitários de saúde, o acompanhamento, controle, cuidados e orientações recebidas pelas famílias são os maiores responsáveis pela diminuição do número de óbitos entre os

assistidos. Os demais profissionais entrevistados apontaram a prevenção e o diagnóstico como principal explicação para a redução percebida.

Através dos depoimentos ficou demonstrado como os profissionais atribuem ao programa a redução da mortalidade em Moita Bonita.

*Faz um bom tempo que não morrem crianças e gestantes devido à assistência, orientações e acompanhamento. O diagnóstico mostra as situações de risco. (ACS)*

*Queda na mortalidade infantil, queda na morte por doenças que podem ser evitadas com vacinação, queda na mortalidade por HIV +, etc. (Enfermeiro)*

Pode-se extrair dos posicionamentos dos entrevistados que o diagnóstico prévio e o controle têm sido vistos por eles como ações relevantes e eficazes na redução da mortalidade e que no município, através do PSF, tem-nas colocado em prática e se atingido bons resultados.

As informações coletadas permitem a constatação de que o PSF naquele município se desenvolve de acordo com os entendimentos de estudo relatado por Rosa e Labate [17] quando enfatizam que o PSF “é uma expansão da atenção primária à saúde na direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis”.

O indicador estímulo ao autocuidado, segundo os entrevistados, pode ser notado através dos cuidados dispensados pelas famílias à alimentação, aos exames preventivos, aos hábitos de higiene corporal e bucal e à higiene da casa e dos alimentos. Os grupos não foram convergentes em suas opiniões. Para os agentes comunitários de saúde (Grupo 1) os cuidados com a alimentação são a maior constatação de estímulo das famílias ao autocuidado; os demais profissionais (Grupo 2) apontam os exames preventivos.

As respostas dos agentes comunitários de saúde à questão formulada foram bem mais expressivas e detalhadas. Associaram o estímulo ao autocuidado, o cloro na água, o uso do filtro, os alimentos guardados em armários, a conservação de perecíveis em geladeiras e a limpeza dos domicílios, o que demonstra que conhecem bem sobre o cotidiano das famílias. Esse fato pode ser considerado positivo em razão das atribuições que lhes são confiadas legalmente, nas quais consta o contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas.

Do Grupo 2 alguns depoimentos colocam em evidência o olhar dos médicos, enfermeiros, cirurgiões - dentistas e auxiliares de enfermagem quanto à questão em pauta e evidenciaram sua ótica sobre a prática das ações educativas em saúde no município.

*As palestras sobre saúde fazem as pessoas procurarem mais a conservação de sua saúde a exemplo da aferição da pressão arterial, exames periódicos e a prática de atividades físicas. (Cirurgião - dentista).*

*Os trabalhos de educação em saúde têm sensibilizado a população quanto o auto-exame das mamas, higiene corporal, higiene bucal, tabagismo, alcoolismo, nutrição, entre outros. (Enfermeiro)*

*O conhecimento das doenças prevalentes leva os usuários a buscar atendimento na unidade. (Médico)*

*As pessoas não deixam de estar atentas aos exames preventivos; reduziram o prazo para a busca de consultas e exames. (Auxiliar de Enfermagem)*

É possível constatar, com as respostas obtidas às indagações formuladas aos grupos entrevistados, que as famílias assistidas pelo PSF em Moita Bonita estão mais zelosas em relação à saúde, mais atentas aos riscos e ao agravamento das doenças e que os novos hábitos adquiridos estão associados aos conhecimentos obtidos através das ações educativas que são empreendidas pelos profissionais atuantes no programa, sejam elas palestras ou mesmo orientações prestadas aos assistidos em seu próprio domicílio.

Também no tocante ao indicador *maior responsabilidade pela manutenção da saúde da família*, os grupos não pontuaram igualmente as suas respostas. Para os respondentes do Grupo 1, a atenção dada aos filhos com cuidados para que não adoeçam e a procura dos agentes para a



orientação a qualquer hora e a busca imediata por cuidados médicos e odontológicos são atitudes que mais evidenciam que as famílias estão mais responsáveis pela manutenção da saúde da família: “*As pessoas se tornaram mais preocupadas com a saúde, vão mais ao médico e querem sempre mais informações*”;

Para os médicos, enfermeiros, cirurgiões - dentistas, auxiliares de enfermagem e atendentes de consultório dentário a atitude que mais demonstra este comportamento é o cuidado que dispensam à saúde de seus familiares desde a adequação da alimentação à busca pelos cuidados médicos: “*Observa-se a procura ativa por parte dos familiares por exames preventivos (prevenção de câncer de próstata no homem) por orientação da mulher*”.

Percebe-se que para o Grupo 1 (agentes comunitários de Saúde) esse indicador reflete a efetividade de seu trabalho de orientação diária (em domicílio) na vida das famílias. Já o Grupo 2 refere essa responsabilidade das famílias com sua própria saúde como reflexos de suas ações profissionais na unidade básica de saúde aos grupos específicos.

Constatou-se, através do conjunto de respostas obtidas, que as famílias assistidas pelo PSF em Moita Bonita, sentem-se responsáveis pela manutenção da saúde de seus membros e que as atitudes tomadas nesse sentido, inserem-se em dos pilares da promoção da saúde descritos na carta de Ottawa [18] que atribui ao sujeito a responsabilidade sobre os meios de padecimento e controle de sua doença, tornando-se capaz de modificá-los em favor de sua saúde e do seu próprio bem estar [14].

A regularidade nos exames preventivos e o cumprimento do quadro de vacinas foram igualmente apontados como mudanças ocorridas na vida das famílias com a implantação do PSF pela totalidade dos profissionais entrevistados. Para os dois grupos as famílias assistidas pelo programa em Moita Bonita não negligenciam os exames regulares e nem deixam de cuidar da vacinação, ambos relevantes na prevenção de doenças e na melhoria da saúde e a este fato também é possível associar o acompanhamento e orientações recebidas pelas famílias através das equipes.

As demais questões formuladas que compuseram a variável *mudanças na vida das famílias no campo de saúde física* e que não obtiveram unanimidade nas respostas afirmativas, apresentaram percentuais acima de 80% para o sim, excetuando-se a prática de atividades físicas. Esse resultado mais uma vez demonstra que a maioria dos profissionais reconhece no programa a sua capacidade de intervir na vida das famílias produzindo efeitos benéficos à saúde dos assistidos. Observa-se, ainda, que muitas das respostas apresentadas solidificam posicionamentos anteriores dos entrevistados e confirmam a percepção dos dois grupos quanto às questões em análise.

Os fatos que colocaram em evidência a busca das famílias por alimentação mais saudável, na ótica dos entrevistados, foram os novos hábitos alimentares por elas adotados que incluem a ingestão de frutas e verduras e alimentos menos gordurosos e excluem o uso abusivo de sal e açúcar. Para os respondentes, as famílias acatam as orientações prestadas nas visitas domiciliares e nas palestras que tratam a temática.

Nas explicações, demonstrando como os profissionais de saúde atuantes no PSF no município percebem alterações nos aspectos da higiene pessoal, tiveram ênfase a lavagem das mãos, a regularidade nos banhos, a higiene bucal e a redução das cáries e limpeza e corte de unhas e cabelos.

Quanto à higiene dos alimentos os dois grupos pesquisados colocaram como fatos que mais evidenciam a situação observada a lavagem e a preocupação com a sua exposição e conservação em geladeira. Manifestaram, ainda, o uso do cloro e vinagre na água para lavar as frutas e verduras.

As respostas com as explicações sobre como os entrevistados percebem a obediência das famílias às recomendações que lhes são feitas, recaíram principalmente na atenção e no acatamento às ações do programa, nos cuidados dispensados à alimentação, na higiene pessoal e domiciliar (destinação do lixo e fezes), no cumprimento do quadro de vacinação, nas consultas e exames e nos cuidados com as crianças. Merece destaque o posicionamento de um respondente do Grupo 2 quanto a esta questão: “*Considero que a população aceita as sugestões de mudanças de hábitos nocivos movida pela crença de que tal atitude a conduzirá à melhoria de*

*qualidade de vida. Há na verdade uma troca de saberes entre profissionais e usuários, havendo aprendizado mútuo e recomendações compartilhadas*". (Médico)

Sobre o reduzido percentual para a prática de atividades físicas alguns profissionais entrevistados alegaram que embora as famílias recebam orientação neste sentido, só atentam para a necessidade quando percebem a gravidade do estado de saúde. Um depoente do Grupo 2 acrescentou à sua resposta: "*Alguns participam de caminhadas estimuladas pela equipe de saúde da família, principalmente em ações voltadas para os usuários mais vulneráveis, a exemplo do Hiperdia, Dia da Gestante e outros*". (Enfermeiro)

Das respostas obtidas na variável *mudanças na vida das famílias no tocante à saúde física*, constatou-se que os profissionais entrevistados notam alteração na vida das famílias beneficiárias do PSF em Moita Bonita, advinda do caráter educativo que o programa possui e que é colocado em prática no município. Esses indicadores se coadunam com a natureza preventiva do programa expressa em todos os documentos legais que foram instituídos pelo governo federal e entre eles a Portaria 648 [6].

Entende-se que esses achados são oriundos da percepção dos profissionais de saúde do município e que estudos complementares que investiguem a percepção do usuário do serviço de saúde são necessários para obtenção de outros indicadores de planejamento de políticas públicas para Moita Bonita.

Espera-se que o estudo empreendido possa contribuir para a avaliação, revisão e aprimoramento da estratégia saúde da família em municípios brasileiros, fazendo valer o cumprimento de seus princípios norteadores, com abrangência e espectro de benefícios cada vez mais amplos.

#### 4. CONCLUSÃO

Na percepção dos profissionais de saúde do município estudado, tornou-se evidente a existência de mudanças na vida das famílias beneficiárias no tocante à saúde física. Pode-se salientar como influência dessas variações a permanente assistência que é dada às famílias. As visitas domiciliares, o acompanhamento às gestantes, diabéticos e hipertensos, o cuidado dispensado às crianças e a distribuição gratuita de medicamentos, segundo os entrevistados, são alguns exemplos da atenção prestada às famílias em Moita Bonita que produziram impacto positivo na saúde física dos assistidos.

A pesquisa revelou a existência de um olhar distanciado entre os dois grupos de profissionais quando se manifestaram sobre o formato do programa/composição das equipes. Os integrantes do Grupo 2, embora reconheçam o valor do PSF no atendimento das necessidades mais amplas das famílias, enfatizaram que em situações mais específicas o programa não consegue resultados satisfatórios por não possuir nas equipes profissionais especializados. Este grupo mostrou-se mais crítico e apresentou argumentos mais aprofundados para as suas respostas, todavia, demonstrou desconhecer certos aspectos da vida das famílias, deixando de se posicionar sobre alguns deles, fato mais expressivo quando se considera os atendentes de consultório dentário.

- 
1. BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível na internet em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8080.htm>.
  2. CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, 2006.
  3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível na Internet em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/>.
  4. BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova Manual de Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante no anexo desta Portaria. Portaria n. 3.925, de 13 de novembro de 1998. Disponível na Internet em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/>.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Portaria n. 1.444, de 20 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, 28 dezembro 2000.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários (PACS). Portaria n. 648, de 28 de março de 2006 b. Série Pactos pela Saúde, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
7. ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R. C.; BARRETO, I. C. H. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et. al.* (eds). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.
8. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004. 726p.
9. SERGIPE - Secretaria de Estado de Planejamento - SEPLAN. Relatório de Avaliação Anual do Plano Plurianual 2004-2007, exercício 2005. Aracaju, 2006.
10. MOITA BONITA. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2006. Moita Bonita, 2006
11. GONZÁLEZ-REY, F. L. Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
12. RICHARDSON, R. J. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.
13. BARDIN, I. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.
14. SOUZA, R. A. de; CARVALHO, A. M. Health Care Family Program and quality of life: a view from Psychology. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.
15. CASTRO, M. R.; VARGAS, L. A. A interação/atuação da equipe do Programa de Saúde da Família do Canal do Anil com a população idosa adscrita. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.329-353, 2005.
16. OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Family Health Program: the experience of a multiprofessional team. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.
17. ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde – 1986. Disponível na Internet em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta\\_portugues.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta_portugues.pdf)