

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E QUALIDADE DE VIDA NA
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES
NO MUNICÍPIO DE MOITA BONITA**

MARA RÚBIA BARRETO MENEZES

ARACAJU
Junho - 2008

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E QUALIDADE DE VIDA NA
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES
NO MUNICÍPIO DE MOITA BONITA**

Dissertação de Mestrado submetida à banca examinadora como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente, na área de concentração em Saúde e Ambiente.

MARA RÚBIA BARRETO MENEZES
Orientadores: Profa. Vânia Fonseca, D.Sc.
Profa. Cristiane Costa Cunha Oliveira, Ph.d.

ARACAJU
Junho - 2008

Ficha catalográfica: Delvânia Rodrigues dos Santos Macêdo
CRB – 5/1425

M543p Menezes, Mara Rúbia Barreto.

Programa saúde da família e qualidade de vida na percepção dos profissionais de saúde atuantes no município de Moita Bonita / Mara Rúbia Barreto Menezes ; orientação [de] Vânia Fonseca, Cristiane Costa Cunha Oliveira. - Aracaju: UNIT, 2008.

130 p. : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes

1. Políticas públicas de saúde. 2. Promoções da saúde - Moita Bonita - Se. 3. Programa saúde da família. 4. Qualidade de vida. I. Fonseca, Vânia (orient.). II. Oliveira, Cristiane Costa Cunha (orient.). I II. Título.

CDU: 614

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E QUALIDADE DE VIDA NA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NO MUNICÍPIO DE MOITA BONITA**

Mara Rúbia Barreto Menezes

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
AMBIENTE DA UNIVERSIDADE TIRADENTES COMO PARTE DOS REQUISITOS
NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE.

Aprovada por:

Profa. Vânia Fonseca, D.Sc.
Orientador

Profa. Cristiane Costa Cunha Oliveira, Ph.d.
Orientador

Prof. José Arnaldo Vasconcelos Palmeira, D.Sc.

Profa. Maria Augusta Mundim Vargas, D.Sc.

Profa. Marlizete Maldonado Vargas, D.Sc.

Prof. Ricardo Luiz Cavalcante de Albuquerque Júnior, D.Sc.

ARACAJU

Junho - 2008

***À minha querida mãe, a mais amorosa e dedicada
de todas as criaturas, por me convencer
que o maior sentido da vida é mesmo o amor.***

AGRADECIMENTOS

À minha magnífica família, marido e filhos, que representam a convicção de que tudo é absolutamente maravilhoso, possível e que vale muito a pena. Todos os dias, um grande presente de Deus.

À Prefeitura de Moita Bonita, em especial à Secretária Municipal de Saúde, Enfermeira Sônia Nunes Souza Barreto, que não poupou esforços para que eu pudesse desenvolver a minha pesquisa.

A toda competente equipe de profissionais do Programa Saúde da Família de Moita Bonita, com destaque aos agentes comunitários de saúde, por representarem um exemplo de compromisso com o outro.

À minha grande amiga Enfermeira Rita Perete por viabilizar o meu acesso ao município pesquisado e me oportunizar viver uma experiência que será lembrada para sempre.

À minha querida amiga Profa. Teresa Lins que de forma gentil e precisa soube-me “encaminhar” nos momentos mais difíceis de construção deste trabalho.

À minha orientadora Profa. Vânia Fonseca por favorecer em muito o meu aprendizado e crescimento.

À Profa. Cristiane Costa Cunha Oliveira que, assumindo a função de segundo orientador, com determinação e delicadeza, permitiu que o meu estudo ganhasse o aprofundamento necessário no campo pretendido.

À Profa. Verônica Sierpe, Coordenadora, e aos demais professores que integram a equipe do Mestrado Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes, pela atitude diligente e comprometida quando se fez necessário.

Às IES de que faço parte, Faculdade São Luís de França e Faculdade de Sergipe, por compreenderem e contribuírem na redução das minhas aflições.

À Lucivanda Nunes Rodrigues, Secretária Municipal de Administração de Aracaju, pessoa que muito respeito e admiro, e a todos os servidores a ela vinculados, meus superiores e queridos colegas, pela compreensão e o suporte às minhas ausências.

Aos meus amigos e colegas de mestrado pelas palavras de incentivo e carinho com que me confortaram quando tudo parecia muito sombrio.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO GERAL	13
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E DOCUMENTAL	17
2.1 Atenção Primária à Saúde - APS e Promoção da Saúde: discussões e incorporação de um novo conceito em saúde pública	17
2.2 O Sistema Único de Saúde - SUS: legislação e impactos na política de saúde do Brasil	21
2.3 A Política Nacional de Atenção Básica e a implementação de um novo modelo de saúde	24
2.3.1 O Programa Saúde da Família - PSF: estratégia prioritária da atenção básica	26
2.4 Qualidade de vida: conceitos e indicadores	34
3. METODOLOGIA	43
4. SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA DO PSF EM MOITA BONITA - SE NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NO MUNICÍPIO	50
5. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MOITA BONITA - SE: REFLEXOS NOS INDICADORES SÓCIO-AMBIENTAIS DE MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS - PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NO MUNICÍPIO	78
6. CONCLUSÃO GERAL	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
APÊNDICES /ANEXOS	124
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	125
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para pesquisa aplicada junto aos profissionais de saúde	126
ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	130

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1 - Mudanças na vida das famílias, no âmbito da saúde, percebidas pelos profissionais do PSF de Moita Bonita/SE, 2007	71
Tabela 5.1 - Mudanças na vida das famílias, no âmbito das interações sociais, percebidas pelos agentes comunitários de saúde do PSF de Moita Bonita/SE, 2007	83
Tabela 5.2 - Mudanças na vida das famílias, no âmbito das interações sociais, percebidas pelos médicos, enfermeiros, cirurgiões – dentistas e atendentes de consultório dentário do PSF de Moita Bonita/SE, 2007	87
Tabela 5.3 - Percepção dos profissionais do PSF de Moita Bonita/SE quanto ao ambiente físico de moradia das famílias, 2007.....	89
Tabela 5.4 - Distribuição das famílias assistidas pelo interesse na continuidade dos estudos na percepção dos profissionais do PSF de Moita Bonita/SE, 2007	100
Tabela 5.5 - Distribuição das famílias assistidas pelo interesse por cursos profissionalizantes na percepção dos profissionais do PSF de Moita Bonita/SE, 2007	102
Tabela 5.6 - Distribuição das famílias assistidas pelo interesse nas atividades de lazer na percepção dos profissionais do PSF de Moita Bonita/SE, 2007	104
Tabela 5.7 - Sentimentos predominantes na vida das famílias nos últimos anos na percepção dos profissionais de saúde atuantes no PSF de Moita Bonita/SE, 2007	106

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.1 - Localização do município de Moita Bonita no Estado de Sergipe	44
Figura 3.2 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH-M/2000 em Moita Bonita/SE	45
Figura 3.3 - Variáveis e indicadores de pesquisa relacionadas à percepção dos profissionais de saúde do PSF de Moita Bonita/SE	48
Figura 4.1 - Variáveis e indicadores de pesquisa relacionadas à percepção dos profissionais de saúde do PSF de Moita Bonita/SE	54
Figura 4.2 - Opinião geral dos profissionais de saúde do PSF de Moita Bonita/SE sobre o programa	56
Figura 4.3 - Percepção dos profissionais de saúde do PSF de Moita Bonita/SE quanto à composição das equipes	62
Figura 4.4 - Percepção dos profissionais de saúde do PSF de Moita Bonita/SE quanto ao desenvolvimento/operacionalização do programa	64
Figura 5.1 - Variáveis e indicadores de pesquisa relacionadas à percepção dos profissionais de saúde do PSF de Moita Bonita/SE	81
Figura 5.2 - Existência de vigor para o trabalho nas famílias beneficiárias do PSF na percepção dos profissionais de saúde de Moita Bonita/SE	94
Figura 5.3 - Satisfação das famílias com o trabalho que desenvolvem na percepção dos profissionais de saúde de Moita Bonita/SE	96

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BES	Bem Estar Subjetivo
CD	Cirurgião Dentista
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICV	Índice de Condições de Vida
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IQV	Índice de Qualidade de Vida
IQVU	Índice de Qualidade de Vida Urbana
ISA	Índice de Salubridade Ambiental
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
Seplan	Secretaria de Estado do Planejamento
SUS	Sistema único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E QUALIDADE DE VIDA NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NO MUNICÍPIO DE MOITA BONITA

Mara Rúbia Barreto Menezes

As políticas públicas de saúde no Brasil representam um conjunto de ações que visam atender a demanda de um país cuja população é, em grande parte, econômica e socialmente desfavorecida. A Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS), nela definido, desencadearam ações de saúde em todo território nacional num formato diferenciado, no qual se inclui a atenção básica e a estratégia estabelecida para sua reorientação. Este trabalho teve como objetivo analisar os reflexos do Programa Saúde da Família (PSF) na qualidade de vida da população beneficiária, sob a ótica dos profissionais que nele atuam, tendo como cenário o município sergipano de Moita Bonita. A pesquisa desenvolvida, de acordo com as suas características, classificou-se como quali-quantitativa e descritiva. Foi definido como universo de pesquisa os profissionais de saúde atuantes no PSF no município selecionado e como variáveis um conjunto composto pelas ações e relevância do programa e as mudanças verificadas na vida das famílias, estas no tocante à saúde física, interações sociais, ambiente físico de moradia, trabalho e renda, educação, lazer e sentimentos experimentados. As variáveis e os indicadores foram baseados nos documentos legais delineadores do PSF, no marco teórico que fundamenta este estudo e nos dois instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade de vida, o desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), denominado Whoqol - Breaif e a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, desenvolvida pelo psicólogo americano Jonh Flanagan. Utilizou-se na coleta de informações formulário criado de acordo com as variáveis e os indicadores definidos para a pesquisa. Os resultados apontaram que, na percepção dos profissionais atuantes no programa, o PSF no município de Moita Bonita provocou mudanças na vida das famílias beneficiárias e que essas refletiram positivamente na qualidade de vida das mesmas, sendo mais expressivas nos aspectos relacionados à saúde física, interações sociais, ambiente físico de moradia, trabalho e lazer. Revelaram, ainda, a necessidade de incremento em determinadas ações para que seja resguardado o cumprimento de dois fundamentais princípios que norteiam o programa: a integralidade e a resolutividade.

Palavras chave: políticas públicas; atenção básica; saúde; família, qualidade de vida.

FAMILY HEALTH PROGRAM AND QUALITY OF LIFE IN THE PERCEPTION OF THE HEALTH PROFESSIONALS WHO WORK IN THE MUNICIPALITY OF MOITA BONITA

Mara Rúbia Barreto Menezes

The health public policies in Brazil represent a set of actions that aim at serving the demand of a country, population of which is economically and socially less favored. The Federal Constitution of 1988 and the Sole Health System (SUS) unchained health actions all over the national territory in a differenced form, included in it the basic attention and the strategy established for its reorientation. The objective of this work is to analyse the reflexes of the Family Health Program (PSF) in the quality of life of the beneficiary population under the optics of the professionals who work therein, the scenario being the municipality of Moita Bonita - State of Sergipe. The research developed, in accordance with its characteristics, was classified as being both qualitative and descriptive. The universe of research of the health professionals working in the (PSF) in the municipality selected and as variables a set composed by the actions and relevance of the program and the changes verified in the life of the families, these related to the physical health, to the physical environment of dwelling, work and income, education, leisure and feelings experienced. The variable and the indicators were based on the FHP delineating legal instruments, on the theoretical mark that fundamentals present study for evaluating the quality of life, developed by the World Health Organization, named Whoqol - Breaf and Flanagan's Quality of Life Scale, developed by the American psychologist John Flanagan. For the collection of information, a routine of interview was used, created in accordance with the variables and the indicators defined for the research. The results showed that in the perception of the professionals who work in the program, the (PSF) caused changes in the life of the beneficiary families in the municipality of Moita Bonita and these ones had a positive reflex in the quality of life of those families, more expressively in the aspects related to physical health, social interactions physical environment of dwelling, work and leisure Furthermore, they showed the need of improving certain actions for assuring the accomplishment of two fundamental principles that orient the program: the integrality and the solubleness.

Key words: public policies; health; family; quality of life

1. INTRODUÇÃO GERAL

Ao longo dos anos várias políticas, programas e projetos foram empreendidos com o propósito de melhorar a saúde no Brasil. Formam um conjunto de ações com o objetivo de atender a demanda de um país detentor de grande contingente populacional econômica e socialmente carente.

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

A Lei 8080/90 expressa que a saúde é determinada por 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 (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 1990).

Mencionada lei define ainda em seu texto como sendo objetivos do SUS: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e os serviços de saúde, bem como a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

O referido documento legal evidencia 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 e melhoria de sua prática.

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu como uma proposta de reorganização da atenção básica e 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 nos fatores que a colocam em risco. Para o Ministério da Saúde (1997), o PSF 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, passando a focar a família em seu ambiente físico e social.

Vale complementar que o conceito de promoção da saúde, incorporado pelo PSF, propõe a viabilização de ambientes favoráveis à saúde. Esta compreensão decorre do entendimento de que a saúde se realiza na confluência de múltiplos fatores e que dentre eles a proteção do ambiente e a conservação dos recursos naturais ocupa real valor, uma vez que doenças relacionadas aos estilos de vida e ao meio ambiente adquirem crescente importância.

Em 1998, objetivando estabelecer orientação aos gestores municipais do SUS quanto à organização do sistema municipal de saúde no que diz respeito às ações de atenção básica, o Ministério da Saúde, através da Portaria 3925, aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, regulando a atenção básica à saúde e estabelecendo estratégias para a sua operacionalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Considerando, dentre outras, a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica e ainda a expansão do PSF, que se consolidou e se transformou em estratégia de abrangência nacional, em 2006 o Ministério da Saúde aprovou, através da Portaria 648/GM, a Política Nacional de Atenção Básica, tendo a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização. A nova Política Nacional de Atenção Básica está fundamentada nos princípios e diretrizes propostos pelo Pacto pela Vida em 2006 e consubstanciada nos preceitos do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Portaria acima mencionada define: “A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os resultados atingidos através do PSF em diversos municípios brasileiros colocam em evidência a relação entre a atuação das equipes de saúde da família e a melhoria das condições de vida, principalmente no tocante à saúde de determinados grupos populacionais, a exemplo dos idosos, e respaldam a crença de que esta ação tem esfera de abrangência ainda maior.

Com mais de dez anos de implantação, o PSF é compreendido como alternativa viável para o alcance de níveis de maior racionalidade e resolutividade para a saúde pública no país. Suscita, desde os primeiros anos de vigência, nos profissionais de saúde, sociólogos, geógrafos, administradores e tantos outros grupos, o desejo de encontrar respostas que

possam associá-lo a avanços e resultados positivos na vida da população brasileira, instigando-os a estudos e pesquisas que possam comprovar a eficácia e abrangência de suas ações.

Neste contexto, insere-se o presente estudo que procurou relacionar o Programa Saúde da Família com a melhoria da qualidade de vida da população beneficiária residente no município sergipano de Moita Bonita. Constituiu-se igualmente uma oportunidade de obter respostas aos esforços empreendidos nas três esferas de governo para a garantia de uma política de saúde que atenda às necessidades de uma população historicamente desfavorecida.

Na escolha do município para a realização do estudo, levou-se em conta que Moita Bonita foi o primeiro local no estado de Sergipe a implantar o programa com 100% de cobertura. Inicialmente, 1996, eram duas equipes. Em 2001 foi implantada uma terceira e também uma de saúde bucal (Secretaria Municipal de Saúde de Moita Bonita, 2006).

Segundo dados levantados junto ao município havia, em 2006, 3217 famílias cadastradas e assistidas por três equipes de profissionais compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares de enfermagem, atendentes de consultório dentário e agentes comunitários de saúde (Secretaria Municipal de Saúde de Moita Bonita, 2006). A maioria dos profissionais está envolvida com o programa desde a sua implantação, o que torna possível para o estudo se utilizar da percepção de indivíduos que realmente vivenciaram o processo dessa política de saúde, em âmbito local, desde os seus primeiros passos.

Na efetivação do estudo foram coletadas informações que pudessem evidenciar como o programa é desenvolvido e percebido pelos profissionais de saúde atuantes nas equipes, que constituíram a base dessa pesquisa. O presente estudo teve como objetivo analisar os reflexos do Programa Saúde da Família (PSF) na qualidade de vida da população beneficiária, sob a ótica dos profissionais de saúde que nele atuam.

Para esta avaliação foram definidas como variáveis um conjunto composto pelas ações e relevância do programa e as mudanças verificadas na vida das famílias, estas no tocante à saúde física, interações sociais, ambiente físico de moradia, trabalho e renda, educação, lazer e sentimentos experimentados. As variáveis foram baseadas nos documentos legais delineadores do PSF, no marco teórico que fundamenta este estudo, e nos dois instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade de vida, o desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), denominado Whoqol - Breaf (MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000) e a Escala de Qualidade de Vida da Flanagan (LENTZ *et. al.*, 2000). Na coleta de informações utilizou-se formulário de entrevista elaborado com base nas variáveis e indicadores definidos para a pesquisa, previamente testado e submetido a pequenas alterações que se mostraram necessárias.

Os resultados foram apresentados através de dois artigos. No primeiro deles, intitulado Saúde e Qualidade de Vida da População Beneficiária do PSF em Moita Bonita/SE na percepção dos profissionais de saúde atuantes no município, estão evidenciados que, na percepção dos profissionais atuantes no programa, o PSF, no município de Moita Bonita, provocou mudanças na vida das famílias beneficiárias e que essas refletiram positivamente na qualidade de vida dos assistidos no tocante à saúde física. No segundo, com título Programa da Saúde em Moita Bonita/SE: reflexos nos indicadores sócio-ambientais de mudanças na qualidade de vida das famílias beneficiárias - percepção dos profissionais de saúde do município estão apontados que, para os profissionais de saúde do PSF no município pesquisado o programa vem produzindo mudanças na vida das famílias sendo mais expressivas nos aspectos relacionados às interações sociais, ambiente físico de moradia, trabalho e lazer. Está enaltecida, também, no segundo artigo a necessidade de incremento em algumas ações para que seja resguardado o cumprimento de dois fundamentais princípios que norteiam o programa: a integralidade e a resolutividade e a necessidade de capacitação dos profissionais para que possam compreender o programa em sua totalidade e atuar com base no modelo e com a abrangência preconizada em seus instrumentos normativos.

O trabalho está estruturado em quatro capítulos. Traz inicialmente um apanhado teórico baseado em publicações e pesquisas sobre o tema cuja finalidade é fundamentar o estudo empreendido. Apresenta em outro capítulo a metodologia utilizada no desenvolvimento da pesquisa onde estão contidas informações que permitam compreender o seu delineamento. É seqüenciado por dois artigos onde estão descritos os resultados alcançados na pesquisa. Estes artigos obedecem a um ordenamento que inclui: introdução, material e métodos, resultados e discussão, conclusão e bibliografia. Expõe no final uma conclusão geral, onde são enaltecidos e conjugados os resultados obtidos na pesquisa, expostos através dos artigos.

Este estudo deve contribuir para o diagnóstico da atuação do Programa de Saúde da Família no município, facilitando a avaliação, replanejamento e incremento de suas ações.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E DOCUMENTAL

Este capítulo está dividido em quatro tópicos. O primeiro aborda a atenção primária à saúde e a promoção da saúde, trazendo um histórico dos movimentos realizados em várias partes do mundo que foram consolidados através de cartas e declarações e traduziram a intenção de construção de um novo paradigma para a saúde pública em diversos países.

O segundo tópico traz o Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo as Leis que o regulamentaram e as Portarias e Normas instituídas para a sua operacionalização.

O terceiro apresenta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), trazendo os documentos legais que a normatizaram com o detalhamento que permite a compreensão dos propósitos do país com esta ação. Inclui-se neste bloco as informações relativas ao Programa Saúde da Família (PSF), um apanhado do programa que foi criado em 1994 e que hoje é reconhecido como a principal estratégia de reorganização da atenção básica no Brasil.

No último tópico deste capítulo estão contidos os conceitos e indicadores de qualidade de vida, objeto de estudo de vários profissionais não só da área de saúde como de outras, onde o tema é igualmente difundido e pesquisado.

2.1 Atenção Primária à Saúde (APS) e Promoção da Saúde: discussões e incorporação de um novo conceito em saúde pública

Em setembro de 1978 foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em Alma-Ata, capital do Kazaquistão, na antiga União Soviética. Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos eram essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial (MENDES, 2004).

A Conferência de Alma-Ata estabeleceu as estratégias de atenção primária à saúde, cujo objetivo era o alcance da saúde para todos em 2000 e a redução da lacuna existente entre o estado de saúde da população dos países em desenvolvimento e dos desenvolvidos (MENDES, 2004).

Segundo a Declaração Oficial da Conferência de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde é fundamentalmente assistência sanitária posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar (ANDRADE, BARRETO E BEZERRA, 2006, p. 784).

Para os autores mencionados, a definição mais completa de APS foi a produzida por Lago e Cruz (2001, p. 7):

Estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipes de saúde, que garante uma atenção integral e sistemática em um processo contínuo; sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores; organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária, para proteger, reabilitar e restaurar a saúde dos indivíduos, das famílias, e da comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde – mediante um pacto social – que inclui os aspectos biopsicosociais e do meio ambiente; e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou sexo.

Para Starfield (2002), a responsabilidade na atenção primária à saúde inclui: a acessibilidade e o primeiro contato, o cadastro de pacientes e a atenção orientada para o paciente ao longo do tempo, a interação profissional-paciente, a integralidade da atenção e a coordenação da atenção.

Para Costa e Carbone (2004) a Declaração de Alma-Ata, como ficou conhecida, representou o ponto de partida para outras iniciativas que a sucederam como a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no Canadá, em 1986. Esta ação significou uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública. As discussões focalizaram principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b).

A Conferência originou a Carta de Ottawa, que enfatizou a importância e o impacto das dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde (COSTA e CARBONE, 2004). Este documento define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Faz parte do texto do citado documento que a saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Salienta que são pré-requisitos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A Conferência de Ottawa, ocorrida em 1986, estabeleceu como estratégia fundamental para a promoção da saúde o entendimento de que a saúde se realiza num contexto de múltiplos fatores, atores e interesses, sendo vista menos como um compartimento da administração pública e mais como um pressuposto na formulação de políticas, planos, programas e projetos (IANNI; QUITÉRIO, 2006, p. 170).

Os autores, complementando o entendimento, colocaram que a saúde se concretiza, em larga medida, fora desse setor, em áreas/setores das atividades humanas nem sempre alcançáveis pelos mecanismos e estratégias tradicionais de prevenção e regulação. Enfatizam que a promoção da saúde propõe que intervenções e diagnósticos devem emergir de processos que pressuponham interdisciplinaridade e inter-setorialidade (IANNI; QUITÉRIO, 2006).

Buss (2000) referindo-se a Carta de Ottawa destacou que a mesma propõe cinco campos centrais de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde.

Para Campos, Barros e Castro (2004) a promoção da saúde delineia-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde.

Buss (2000, p. 165), posicionando-se sobre a promoção da saúde, colocou:

A promoção de saúde como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Sucederam as Conferências realizadas em Alma-Ata e em Ottawa, a Conferência da Austrália, em 1988, que salientou a importância das políticas públicas como pressuposto para vidas saudáveis; a 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1991, na Suécia,

que chamou atenção para a necessidade de ações urgentes para atingir uma maior justiça social em saúde; a Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente, realizada no Rio de Janeiro em 1992, que destacou a interdependência e a inseparabilidade entre ecologia e a saúde; a Conferência de Bogotá, também em 1992, que trouxe à discussão a situação da saúde na América Latina e a premência em conciliar interesses econômicos e propósitos sociais de bem estar, e a Assembléia Mundial da Saúde, em 1998, que adotou uma Declaração reiterando a Estratégia de Saúde para Todos no Século XXI e a necessidade de implementação de novas políticas nacionais e internacionais (MENDES, 2004).

Para Westphal (2006) a 6ª Conferência Global de Promoção da Saúde, realizada em Bancoc na Tailândia em 2005, trouxe como tema “Políticas e Parcerias para a Saúde: Procurando Interferir nos Determinantes Sociais da Saúde” e inovou na estratégia quando convocou, ao em vez dos ministros de saúde, os Centros Colaboradores da OMS, na tentativa de comprometê-los com as recomendações da Conferência. No evento foram amplamente discutidos a globalização e seus efeitos nas questões de saúde, procurando ressaltar não só os aspectos negativos, mas também os efeitos positivos da difusão de conhecimentos, pelos meios tecnológicos de informação.

A mesma autora, ao referir-se às críticas sobre a prática da promoção da saúde, fez referência às cartas e às declarações das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, afirmando:

Há, explicitamente, nos textos um privilegiamento da visão holística da saúde e da determinação social do processo saúde doença, da equidade social como objetivo a ser atingido, da intersetorialidade e da participação social para o fortalecimento da ação comunitária e da sustentabilidade como princípios a serem levados em consideração ao definir estratégia de ação (WESTPHAL, 2006, p. 652).

No Brasil, a reorientação nos serviços de saúde teve como marco a Constituição Federal de 1988 que definiu na Artigo 196: “A saúde é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

2.2 O Sistema Único de Saúde (SUS): legislação e impactos na política de saúde no Brasil

A Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 1988, estabeleceu, através do Art. 198, que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

Para organizar o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), como passou a ser denominado, foram elaboradas e aprovadas, dois anos depois, as Leis Orgânicas de Saúde 8080/90 e 8142/90 (NATALINI, 2001).

O Artigo 2º § 1º da Lei 8080/90 expressou que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990a).

No mesmo Artigo do citado texto legal, foi definido que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais e que dizem respeito à saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

A Lei em destaque definiu como objetivos do SUS: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e os serviços de saúde; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990a).

De acordo com a Lei 8080/90 são princípios do SUS: Universalidade - garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público; Integralidade - conjunto articulado e contínuo das

ações e serviços de saúde, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; Equidade - assegurar ações e serviços de saúde de acordo com a complexidade que cada caso requeira. É dar a cada indivíduo o que cada um necessita; Igualdade - todo cidadão é igual e deve ser assistido sem preconceito ou privilégio de qualquer espécie e Descentralização - redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os níveis federal, estadual e municipal, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990a).

Sobre o princípio da integralidade Alves (2005 p. 42) destacou:

A integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos.

A Lei 8080/90 definiu ainda outros princípios para o SUS como a Regionalização e hierarquização - os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade crescente: atenção primária, atenção secundária, atenção terciária. O acesso da população à rede de saúde deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser encaminhados; Participação dos cidadãos - garantia constitucional de que a população participará do processo de formulação das políticas públicas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis: federal, estadual e municipal. A participação popular se dá através dos conselhos de saúde e das conferências de saúde e Resolubilidade - capacidade de resolução dos problemas de saúde em todos os níveis de assistência, de forma contínua e de boa qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990a).

Para Mendes (1991) a Lei 8080/90 traduziu as conquistas contidas na Constituição de 1988, mantendo e aprofundando as suas ambigüidades. Todavia, a Lei serviu de apoio jurídico-legal para a continuidade da luta política na arena sanitária.

Por sua vez, a Lei 8142/90, sancionada em 28 de dezembro de 1990, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. A Lei referida definiu: “O Sistema Único de Saúde contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do

poder legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde”. Ficou determinado que a Conferência de Saúde se reuniria a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, devendo ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde. Estabeleceu, ainda, que o Conselho de Saúde, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua, em caráter permanente e deliberativo, na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990b).

Sobre a forma de alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, Mendes (1991, p.49) assim se expressou:

Ficam assegurados aos Conselhos e Conferências de Saúde a forma de alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, a regularidade e automatismo dos repasses federais a estados e municípios e as condições para estados e municípios receberem recursos federais (fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos e planos de cargos e salários).

Como forma de disciplinar o processo de implementação do SUS, mais diretamente voltados à definição de estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema, dentre estes o detalhamento das competências das três esferas de governos, são estabelecidas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) (NATALINI, 2001).

Do ponto de vista formal, as NOBs são portarias do Ministro da Saúde e reforçam o poder de regulamentação da direção nacional do SUS. Tais instrumentos definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, e contribuem para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis da Saúde 8.080 e 8.142 de 1990 (LEVCOVITZ, LIMA, MACHADO, 2001 p. 273).

Para Viana *et. al.* (2002) as NOBs não representaram apenas estratégias de indução ou de constrangimento do processo de descentralização; ao contrário, configuraram outros espaços de pactuação de interesses na área da saúde, delas originando outros ordenamentos,

fazendo emergir e fortalecer novos atores, pela incorporação de inúmeros centros de poder na arena decisória da política.

Carvalho (2001) definiu os princípios pétreos e as bases essenciais do SUS; as Leis Orgânicas 8080/90 e 8142/90 cumprem o objetivo de explicar e complementar as bases da Constituição Federal; os Decretos e Portarias estabelecem a operacionalização das leis e as NOBs são penduricalhos de Portarias, anexas a elas e de natureza subservientes às leis.

2.3 A Política Nacional de Atenção Básica e a implementação de um novo modelo de saúde

Em 1998 o governo federal, considerando a necessidade de estabelecer orientação aos gestores municipais do Sistema Único de Saúde quanto à organização do sistema municipal de saúde no que diz respeito às ações de atenção básica, e, considerando, ainda, a pactuação dos gestores das três esferas de governo, aprovou através da Portaria 3925/98, o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. O objetivo precípua foi o de regular, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a atenção básica à saúde, de acordo com o estabelecido na NOB-SUS 01/96. Foi enfatizado nesse documento, que a ampliação do conceito de atenção básica seria necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998)

O documento em questão definiu que: “Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Quanto à operacionalização, o documento ministerial estabeleceu que na organização e desenvolvimento da atenção básica devem ser seguidas as diretrizes do SUS, com implantação de estratégias que reorientem o modelo de atenção à saúde e sejam adequadas às realidades locais e municipais. Considerou que a estratégia Saúde da Família tem demonstrado seu potencial para contribuir na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, pois colabora para que as atribuições e as responsabilidades apontadas para a atenção básica possam ser executadas e assumidas de forma inovadora, com efetiva mudança na organização dos serviços de saúde. É proposto, através do documento normatizador, que a reorganização da atenção básica deve contribuir para a reorganização dos demais níveis de complexidade do

sistema de saúde, de forma que seja mantido o compromisso com o acesso da população a todos os níveis de assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

O Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema de Saúde propôs, ainda, um conjunto de indicadores para acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos através de implementação das ações relativas à atenção básica e esclareceu que anualmente a seleção de indicadores nos municípios habilitados seria pactuada e aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), publicada pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial da União (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

No ano seguinte, o governo federal, considerando a necessidade de reorientar o processo de avaliação da atenção básica, e, considerando, ainda, a importância do estabelecimento de pactos entre Secretarias Municipais, Secretarias Estaduais e o Ministério da Saúde, com vistas à definição de metas que representassem uma melhoria da qualidade da atenção à saúde e dos principais indicadores contidos no Manual para Organização da Atenção Básica, resolveu, através da Portaria 476 de 14 de abril de 1999, regulamentar o processo de acompanhamento e de avaliação da atenção básica quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica (PAB). No documento foi estabelecido, como estratégia para o acompanhamento e avaliação dos resultados da atenção básica, os pactos que seriam firmados entre os estados e os municípios, formalizados por meio de Termo de Compromisso e os pactos que deveriam ser firmados entre os estados e o Ministério da Saúde, formalizados por meio de Planilha de Metas. Foram ratificados os indicadores de acompanhamento da atenção básica definidos através da Portaria 3925/98, e estabelecidos um conjunto de atribuições às Secretarias Estaduais de Saúde e às Comissões Intergestores Bipartites no processo de acompanhamento e de avaliação da atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999a).

Ainda no mesmo ano, considerando mais uma vez a necessidade de aperfeiçoar o processo de avaliação da atenção básica, o Ministério da Saúde, através da Portaria 832/99, de 28 de junho de 1999, ratificou o processo de acompanhamento da atenção básica à saúde quanto aos resultados a serem alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica (PAB) bem como a estratégia para o acompanhamento e avaliação de resultados da Atenção Básica à Saúde através dos pactos firmados entre os estados e os municípios. A Portaria em questão detalhou formas de operacionalização do processo de acompanhamento e avaliação, reafirmando atribuições das Secretarias Estaduais de Saúde, das Comissões Intergestores Bipartite e do Ministério da Saúde e estabeleceu que as

Secretarias Estaduais de Saúde e/ou Comissões Intergestores Bipartite que tivessem propostas de alteração dos indicadores de acompanhamento da atenção básica à saúde, assim como para a estratégia dos pactos, para o ano 2000, deveriam encaminhá-las à Comissão de Acompanhamento dos Indicadores da Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999b).

Relacionando a proposição do SUS e atenção primária, Kluthcovsky (2005) considerou que na atenção primária eficiente está implícito não apenas o critério da efetividade, mas também as perspectivas da resolutividade e participação comunitária. Para a autora o fortalecimento da atenção primária não seria algo simples, pois abrange ações e relações intersetoriais e interdisciplinares de alta complexidade.

Em 2006, o Ministério da Saúde, considerando, dentre outras, a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica, a expansão do PSF que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica e ainda a transformação do Programa em estratégia de abrangência nacional, aprovou, através da Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006, 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 para o Programa de Agentes Comunitários (PACS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

2.3.1 O Programa Saúde da Família (PSF): estratégia prioritária da Atenção Básica

Institucionalizado em 1991 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões norte e nordeste, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi desenhado de modo a compor uma etapa de transição para uma estratégia mais abrangente denominada Programa Saúde da Família (PSF), cuja implantação teve início em 1994 (SOUZA, 2004).

“O PACS, porém, isoladamente, constitui-se em uma proposta de atenção primária seletiva, gerando uma demanda crescente nos serviços de saúde” (KLUTHCOVSKY, 2005 p. 20).

O Ministério da Saúde, em 2000, assim se pronunciou sobre o Programa:

O PSF não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis. Dessa forma, pelo melhor conhecimento da clientela e pelo acompanhamento detido dos casos, o programa permite

ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros. O PSF não isola a alta complexidade, mas a coloca articuladamente a disposição de todos. Racionalizar o uso, nesse sentido, é democratizar o acesso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000 p. 316).

No mesmo informe, o órgão máximo de saúde no país, expressou que o Programa Saúde da Família permite a inversão da lógica que sempre privilegiou o tratamento das doenças nos hospitais e de forma contrária promove a saúde da população por meio de ações básicas para evitar que as pessoas fiquem doentes.

Neste contexto, insere-se o posicionamento de Buss (2000, p. 174): “A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida com um estado dinâmico, socialmente produzido”.

Seguindo o raciocínio, Souza e Carvalho (2003, p. 519) afirmaram:

O trabalho do PSF tem como referencial norteador a elevação da qualidade de vida de sua população e não pode ficar restrito a medidas que atenuem um problema cuja amplitude foge à sua capacidade de atuação. Tais medidas precisam ser substituídas por estratégias que visem a melhoria das condições de vida dessas famílias por meio de ações intersetoriais que atuem também nos níveis de geração de renda, alimentação, educação, habitação e saneamento, oferecendo condições mínimas para uma existência digna e para a prevenção de situações de risco.

Sobre o PSF (Costa e Carbone, 2004 p. 8) assim se referiram: “A saúde da família é a estratégia que o ministério da saúde escolheu para reorientar o modelo do sistema único de saúde a partir da atenção básica”.

Castro e Vargas (2005, p. 330) referenciaram o Programa de Saúde da Família como “um caminho possível no processo de reorganização da atenção básica em saúde, carregando um enorme potencial para dar concretude - como pretendido nos princípios do SUS - à participação da comunidade e à integralidade das ações”.

Acrescentaram que no PSF a família é o objeto fundamental da atenção, entendida a partir do ambiente onde vive, representando este o espaço onde se desenvolvem as lutas pela melhoria nas condições de vida. Sobre o programa enfatizam ainda:

A nova estratégia de atenção é dirigida não somente à cura e à prevenção de doenças, mas, sobretudo, voltada para promover a saúde e incrementar a qualidade de vida, valorizando o papel dos indivíduos no cuidado com sua saúde, de sua família e da comunidade. Cabe à equipe de profissionais de saúde executar, de acordo com sua qualificação, os procedimentos de vigilância e promoção da saúde nas diferentes fases do ciclo da vida: criança, adolescente, adulto e idoso; e, ainda, prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada, dentre outras atribuições (CASTRO; VARGAS, 2005 p. 331).

Referindo-se ao novo delineamento da política de saúde no qual o Programa Saúde da Família se insere, Canesqui e Spinelli (2006, p. 1881), assim se expressaram: “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.

Destacando alguns aspectos relevantes do Programa Saúde da Família, Ianni e Quitério, (2006, p. 171) apresentaram suas considerações:

O Programa de Saúde Família (PSF) é apresentado como estratégia para a reversão do modelo assistencial vigente centrado na cura de doenças e no hospital. A complexidade de um quadro nosológico, no qual doenças relacionadas aos estilos de vida e ao meio ambiente adquirem crescente importância, justificaria um novo olhar do setor saúde sobre a população, cuja sistematização, do ponto de vista físico e social, permitiria propor intervenções para além das práticas curativas e preventivas, aproximando-se da promoção da saúde.

Com o PSF, buscou-se uma maior racionalidade na utilização dos serviços de saúde e melhoria nos indicadores da população, com base nas diretrizes do Programa que são: o caráter substitutivo das práticas tradicionais, a complementariedade e hierarquização, a adscrição da clientela, a programação e planejamento descentralizados, a integralidade, a abordagem multiprofissional, o estímulo à ação intersetorial e à participação e controle social; a educação permanente dos profissionais e uso de instrumentos de acompanhamento e avaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Reis e Hortale (2004, p. 493) referindo-se ao PSF afirmaram:

A proposta "Saúde da Família", estratégia político-governamental para a mudança do modelo de atenção à saúde no contexto do SUS, aponta para modificações importantes, é marcada por diferentes orientações políticas e

ideológicas, o que desencadeia interpretações e posicionamentos de autores a respeito das dimensões e alcance do PSF. Uns argumentam favoravelmente quanto à operacionalização da atenção primária em saúde a partir do PSF, enquanto outros mostram o risco de, mesmo com o PSF, ocorrer a permanência do modelo tradicional de atenção à saúde.

Para Vasconcelos (1999 *apud* Rosa e Labate, 2005) 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. 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 (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006).

No tocante ao aspecto normativo, a Portaria 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997, definiu os aspectos relativos 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, que deveriam 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997)

Sucedeu a Portaria 1886/GM outros atos normativos do governo federal 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. Em 2000, a Portaria 1444/GM de 22 de dezembro, estabeleceu incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal prestada aos municípios por meio do PSF, instituindo dessa forma a inclusão de cirurgiões - dentistas e atendentes de consultório dentário à equipe de saúde da família.

Baldani *et. al* (2005) referindo-se ao ingresso posterior da equipe de saúde bucal ao Programa Saúde da Família, afirmaram que houve um certo prejuízo no tocante às formas de implantação das equipes bem como na integração dos profissionais.

A Portaria 648/GM de 28 de março de 2006 constituiu-se o documento de revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família,

estando, no Capítulo II de seu anexo, definidas as especificidades da citada estratégia de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Portaria em referência estabeleceu ainda sobre a implantação das Equipes Saúde da Família, apontando que são itens necessários para sua fixação, dentre outros:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;

III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:

a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;

b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Sobre os processos de trabalho do Programa Saúde da Família é estabelecido pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 648/GM, que são características próprias da ação Saúde da Família, dentre outras:

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Focando na atuação do PSF, os estudos desenvolvidos por Souza e Carvalho (2003) com a finalidade de demonstrar alguns dos impactos da proposta do PSF na qualidade de vida e na saúde da população, identificaram que a atenção dada aos grupos de gestantes tem demonstrado efeito em longo prazo, quando se observam mães mais instruídas e conscientes, beneficiando o desenvolvimento de crianças bem assistidas e saudáveis. Evidenciaram ainda que, por ocasião do monitoramento dos pacientes diabéticos e hipertensos, as equipes do PSF constataram uma melhoria nos índices de saúde de grande parte deles, observando-se uma queda nos índices de pressão arterial e glicemia. Atribuíram esse resultado ao tratamento medicamentoso, prática de exercícios físicos e uma dieta adequada e que a mudança de atitudes do paciente em favor do controle de sua doença é essencial para o sucesso do tratamento.

Corroboraram com o resultado do estudo empreendido por Souza e Carvalho (2003) a pesquisa desenvolvida por Mano e Pierin (2005) com o objetivo de efetuar comparativo entre dois grupos de hipertensos, um atendido pelo programa tradicional e outro acompanhado pelo PSF. Identificaram que os hipertensos do PSF foram estatisticamente diferentes dos demais ($p < 0,05$) em vários aspectos nos quais se incluíram, dentre outros: raça; grau de escolaridade; ocupação; idade; peso; número de refeições ao dia; ingestão de café; tabagismo; ingestão de bebida alcoólica; atividade física e tempo de diagnóstico de hipertensão. Verificaram que os hipertensos do PSF apresentaram ainda, queda significativa da pressão arterial entre o início e o final do período de estudo, com pressão sistólica inicial maior que o programa tradicional. Concluíram a pesquisa apontando que apesar do controle pouco satisfatório da pressão os hipertensos assistidos pelo PSF apresentaram redução significativa dos níveis pressóricos.

Araujo *et. al.* (2005) em pesquisa desenvolvida junto a duas comunidades assistidas pelo PSF em João Pessoa - PB, com o objetivo de analisar o desempenho do PSF na perspectiva dos usuários, constataram que o programa é valorizado pela população e vem conquistando avanços significativos na atenção básica. Enfatizam os autores que dentre os

avanços destaca-se a maior facilidade da população mais excluída da sociedade no acesso aos serviços públicos de saúde existentes no município, através da Unidade de Saúde da Família.

Os estudos desenvolvidos por Neves *et. al.* (2004) em Palmas (TO) com a finalidade de discutir percepções da população acerca do PSF, concluíram que a principal mudança ocorrida na vida da população refere-se às visitas domiciliares e que estas são geradoras de maior satisfação entre os usuários. O estudo desenvolvido evidenciou, ainda que os entrevistados percebem que o atendimento em grupo e a educação em saúde são primordiais à prevenção e promoção da saúde.

Rosa e Labate (2005), em artigo publicado na Revista Latino de Enfermagem, refletiram sobre as potencialidades e contradições do PSF no processo de mudança do modelo assistencial e consideraram que o PSF tem o potencial para mudar o modelo assistencial, todavia, ressaltam a necessidade de flexibilizar as tarefas estabelecidas para o seu funcionamento, assim como conscientizar, não somente os profissionais de saúde e universidades para o aprimoramento de conhecimentos no que se refere a uma abordagem às famílias, trabalho em equipe, assistência humanizada, mas, também os gestores e população para a importância da sua participação, uma vez que é um trabalho de parceria PSF/Família/Comunidade.

Castro e Vargas (2005), em pesquisa realizada com população do Canal de Anil no Rio de Janeiro/RJ, que teve por objeto as ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família na localidade junto aos idosos adscritos no programa e dentre os objetivos analisar se essas ações contribuiriam na melhoria da qualidade de vida dos idosos, constataram que a algumas delas, envolvendo medicação, alimentação e socialização haviam contribuído, até certo ponto, para a melhoria da qualidade de vida dessa população. Evidenciaram, quanto às ações envolvidas no atendimento ao idoso, que a equipe como um todo apresentava sentimentos de afeição pelos idosos, manifestadas em gestos amáveis e palavras carinhosas, além de usarem a escuta como elemento terapêutico.

Oliveira e Spiri (2006) objetivando conhecer a essência da realidade vivenciada por profissionais atuantes em duas equipes do PSF no município de Conchas, Estado de São Paulo, constaram que quando todos os membros da equipe conhecem, participam e acompanham as necessidades das famílias, a abordagem acontece em toda a sua totalidade e é mais eficaz.

Nesse contexto, Levy, Matos e Tomita (2004) destacaram que o fato de o agente comunitário residir na comunidade favorece a construção de uma relação de confiança com os

moradores, que se sentem mais à vontade para falar sobre seus problemas com uma pessoa que compartilha da mesma realidade.

Scholze *et al.* (2006) descreveram em artigo publicado a própria experiência na implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipe de saúde da família em uma unidade do PSF e enfatizam que o acolhimento constitui a forma de humanizar e organizar o trabalho em saúde indo ao encontro das propostas do Programa Saúde da Família.

Os autores citados afirmaram que com a incorporação pelo PSF de novas formas de organizar o trabalho em saúde é uma maneira de permitir que ele se consolide como estratégia que visa reorganizar o SUS a partir da atenção primária à saúde e destacam o posicionamento dos profissionais das equipes envolvidas considerando: “O acolhimento foi visto pelos profissionais das equipes envolvidas como parte constituinte do trabalho no PSF. Para estes, o acolhimento deve ser realizado por cada membro da equipe, ouvindo os usuários e oferecendo respostas para suas necessidades”. Concluíram que a implantação do acolhimento possibilitou encaminhar as necessidades mais imediatas da população atendida, preservando a equidade na atuação do PSF e a organização da demanda na assistência aos usuários (SCHOLZE *et al.* 2006, p. 7).

Com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência prestada através do PSF em planejamento familiar, a partir de opiniões de usuárias do programa, Moura e Silva (2006) realizaram pesquisa em oito municípios do Ceará envolvendo 50 usuárias. As estudosas concluíram através da pesquisa que são determinantes para a qualidade dos serviços no planejamento familiar:

Orientação/informação aos clientes, envolvendo o casal; divulgação do serviço e captação das pessoas; continuidade e oferta dos métodos anticoncepcionais que as mulheres desejam; serviço próximo de onde as pessoas vivem; facilidade no recebimento do método; bom tratamento a clientela; equipe de PSF permanente; e cuidado diferenciado às mulheres de risco (MOURA; SILVA, 2006, p.155)

Buscando identificar como as equipes de saúde da família concebem as visitas domiciliares, Sakata *et. al.* (2007) desenvolveram estudo, junto a duas equipes, envolvendo dezenove profissionais no município paulista de Ribeirão Preto. Os resultados apontaram para as pesquisadoras que os profissionais concebem as visitas como atividades potenciais para o cuidado mais humano e acolhedor das famílias assistidas gerando afetividade e permitindo o vínculo, laços de confiança entre os usuários, a família e a comunidade. Concluíram que entre

as dificuldades enfrentadas pelos profissionais entrevistados, além do pouco tempo para a realização das visitas, estão os sentimentos de frustração e impotência frente a determinadas situações vividas pelas famílias e a própria dificuldade em separar a vida profissional da vida pessoal.

2. 4 Qualidade de vida: conceitos e indicadores

Para Minayo, Hartz e Buss (2000) o termo qualidade de vida abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade.

Os autores complementaram que a relatividade tem pelo menos três fóruns de referência. O primeiro é histórico. Em determinado tempo de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, uma sociedade específica tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica. O segundo é cultural. Os valores e necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições. O terceiro aspecto se refere às estratificações ou classes sociais. As sociedades em que as desigualdades e heterogeneidades são muito fortes a idéia de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar o outro.

Rufino - Neto (1992) referindo-se a matéria salientou que a qualidade de vida boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar produzindo bens ou serviços; fazendo ciência ou artes.

Tamaki (2000) afirmou que qualidade de vida poderia ser definida como a satisfação das necessidades individuais. Para ele, o bem-estar advindo da satisfação das suas necessidades definiria a qualidade de vida do indivíduo e a soma do bem estar de todos os indivíduos comporia a qualidade de vida da população. O autor acrescentou que a sua definição permitiria a existência de situações em que o indivíduo, mesmo sem acesso à educação, ao conhecimento e à informação, poderia se considerar feliz dentro de sua enorme pobreza.

Nahas (2001) considerou que qualidade de vida está relacionada ao nível de satisfação com a vida, a auto-estima e percepção de bem-estar psicológico, às condições de trabalho e ao bem estar geral. Para a autora duas questões são prioritárias no estudo da qualidade de vida: a vida social e familiar e a realidade do trabalho.

Santos *et. al.* (2002, p. 758) discorrendo sobre o tema assim expressaram:

A Qualidade de Vida (QV) tem sido preocupação constante do ser humano, desde o início de sua existência e, atualmente, constitui um compromisso pessoal a busca contínua de uma vida saudável, desenvolvida à luz de um bem-estar indissociável das condições do modo de viver, como: saúde, moradia, educação, lazer, transporte, liberdade, trabalho, auto-estima, entre outras.

Referindo-se à complexidade que envolve a qualidade de vida, Queiroz, Sá e Assis (2004) relacionaram o fato à subjetividade que a mesma representa para cada pessoa ou grupo social, podendo abranger felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, morar bem, ganhar salário digno, ter amor e família, poder conciliar lazer e trabalho, ter liberdade de expressão, ter segurança, ou mesmo todo esse conjunto de atributos e/ou benefícios.

No mesmo raciocínio, Lentz *et. al.* (2000, p. 7) afirmaram: “A qualidade de vida é uma dimensão complexa para ser definida e sua conceituação, ponderação e valorização vêm sofrendo uma evolução, que por certo acompanha a dinâmica da humanidade, suas diferentes culturas, suas prioridades e crenças”.

Ainda sobre a conceituação de qualidade de vida, Dantas, Góis e Silva (2005) ponderaram que na falta de uma definição aceita universalmente, alguns pesquisadores argumentaram que as pessoas, principalmente a dos países ocidentais, estão familiarizadas com a expressão qualidade de vida e têm uma compreensão intuitiva do que ela compreende. Complementaram que a palavra incorpora, contudo, significados diferentes de acordo com a área de aplicação.

Na área da saúde, o interesse pelo conceito qualidade de vida é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida. Consoante essa mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SCHUTTINGA, 1995 *apud* SEIDL; ZANNON, 2004)

No que se refere ao campo saúde, Minayo, Hartz e Buss (2000) colocaram que a visão da intrínseca relação entre condições e qualidade de vida e saúde aproxima os clássicos da

medicina social da discussão que, nos últimos anos, vem se revigorando na área, e tem no conceito de promoção da saúde sua estratégia central.

Nesse sentido Tamaki (2000, p. 22) considerou que a estratégia da promoção da saúde, que se baseia no conceito de campo de saúde, propõe desenvolver todas as ações que contribuem para resolver um problema de saúde em uma perspectiva integral. Isto significaria ações de prevenção primária, secundária e terciária sobre o estilo de vida, ambiente, biologia humana e a prestação de serviços de saúde sem hierarquizá-las, sem priorizar ou atribuir precedências. O autor afirmou que: “Essa perspectiva de ação seria válida e operacional se não vivêssemos em um mundo onde há escassez, onde há limitações de recursos”.

Com relação à qualidade de vida e saúde, Romano (1993 apud Lentz *et. al.*, 2000), é de opinião que qualidade de vida é mais que simplesmente a ausência ou presença de saúde, abrangendo também educação, saneamento básico, acesso a serviços de saúde, satisfação e condições de trabalho.

González (1993 apud Santos *et. al.*, 2002, p. 758) asseverou que: “A QV pode se basear em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível sócio econômico e satisfação”. No aspecto relativo à satisfação Joia, Ruiz e Donalisio (2007, p. 132), assim se referiram:

A satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos na vida como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia entre outros, ou seja, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida de acordo com um critério próprio.

Nesse contexto, Albuquerque e Troccoli (2004, p. 152) avaliaram: “O julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido”.

Avançaram os citados autores referindo-se ao estudo do Bem-Estar Subjetivo (BES) enfatizando que o mesmo busca compreender a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas. Afirmaram que:

A ciência social tem uma longa tradição de análise teórica e de pesquisa na área. O construto tem tido um crescente interesse por parte dos pesquisadores nos últimos anos e cobre estudos que têm utilizado as mais diversas nomeações, tais como felicidade, satisfação, estado de espírito, afeto positivo, sendo também considerado por alguns autores uma avaliação subjetiva da qualidade de vida (ALBUQUERQUE; TROCCOLI. 2004, p. 152).

Ainda nesse âmbito, Giacomoni (2004, p. 43) referindo-se ao aspecto avaliativo da qualidade de vida destacou:

Diferentes abordagens vêm investigando a qualidade de vida das pessoas ao longo do tempo. A Economia avalia a qualidade de vida das sociedades através da quantidade de bens, mercadorias e serviços que são produzidos pelas comunidades. Já os cientistas sociais adicionam à avaliação objetiva da economia indicadores sociais importantes como: baixas taxas de crime, expectativa de vida, respeito pelos direitos humanos e distribuição equitativa dos recursos. Uma terceira abordagem de definição e avaliação da qualidade de vida é o bem-estar subjetivo.

Complementando, a autora explicou que o bem-estar subjetivo é uma área da psicologia que tem crescido bastante, cobrindo estudos com as mais diversas nomeações como: felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo.

Ferrans & Power (1992 *apud* Joia, Ruiz e Donalísio, 2007), corroborando com os autores e referindo-se aos aspectos relacionados à avaliação, assim se expressaram: um dos parâmetros importantes para avaliação da qualidade de vida seria a satisfação, salientando ainda, que a satisfação com a vida incluiria aspectos de interação familiar e social, desempenho físico e exercício profissional.

No tocante às interações ou relações sociais, Augusto (2000) afirmou que a vida é fruto de relações sociais e sua qualidade depende da qualidade do resultado dessas relações. Slazi (1980 *apud* Augusto, 2000, p. 28) afirmou que: “ uma relação social tem qualidade quando há conhecimento, aprendizado e internalização de regras, as quais estão lingüisticamente estruturadas e comunicadas para construir um padrão de valores éticos”.

Schwartzman (1974), considerou que qualidade de vida está relacionada à expansão e à consolidação dos direitos civis, políticos e sociais. Para ele o problema da qualidade de vida não é prioritariamente de consumo e implica em uma noção clara e explícita de uma política de desenvolvimento social.

Referindo-se aos vários conceitos sobre qualidade de vida e a forma de avaliá-la, Gaíva (1998 *apud* Santos *et. al.*, 2002, p. 758) coloca: “Assim, como é difícil conceituar *Qualidade de Vida*, a sua medida também o é, já que ela pode sofrer influência de valores culturais, éticos e religiosos, bem como de valores e percepções pessoais”.

Kluthcovsky (2005, p. 41) afirmou que: “Para se conhecer a qualidade de vida das pessoas são necessários, além do conhecimento sobre os aspectos conceituais e definições, a utilização de instrumentos para a sua avaliação”. A autora complementou que nos últimos anos são inúmeros os instrumentos de avaliação de qualidade de vida disponíveis, trazidos e validados para o português.

Com relação a métodos aplicados para avaliação da qualidade de vida, Tamaki (2000, p. 21) considerou:

Qualquer método aplicado à avaliação da qualidade de vida vai ser reducionista, pois é um objeto permeado por múltiplas facetas, em que não existe ou não é possível criar um modelo agregador que as reúna, todas, em uma construção coerente, lógica, consensual e com uma capacidade explicativa do fenômeno da vida, da qualidade de vida.

Retratando a questão, Murta (2005, p.5) complementou:

Infere-se que a escolha adequada de indicadores e a criação de índices específicos para se medir qualidade de vida são um desafio. Na tentativa de enfrentar tal desafio busca-se, então, conhecer os indicadores e índices sociais já elaborados pela Ciência Social no Brasil.

Sobre os indicadores de qualidade de vida a autora acrescenta que estes são informações quantitativas que expressam ou procuram descrever um determinado aspecto da realidade e apresentam uma relação entre vários aspectos desta. Desta forma, na avaliação da qualidade de vida, deve-se levar em conta as especificações de cada situação, considerando-se variáveis a configuração econômica, a localização geográfica e outros condicionantes da qualidade de vida.

Segundo Jannuzzi (2004), os indicadores dividem-se em: indicadores objetivos (ou quantitativos) e subjetivos (ou qualitativos). Afirma ainda o autor que os primeiros referem-se às ocorrências concretas ou entes empíricos da realidade social, construídos a partir das estatísticas públicas disponíveis. Os indicadores subjetivos, por sua vez, correspondem a medidas construídas a partir da avaliação dos indivíduos ou especialistas com relação a diferentes aspectos da realidade, levantadas em pesquisas de opinião pública ou grupos de discussão.

Para Augusto (2000) a avaliação dos indicadores subjetivos retrata melhor a experiência de vida, uma vez que levam em consideração como as pessoas percebem as suas próprias experiências, reflexo da cultura, valores, necessidades e perspectivas de bem-estar.

Minayo, Hartz e Buss (2000, p.10) expressando-se sobre os variados instrumentos para avaliar a qualidade de vida, referiram-se aos indicadores compostos e as medidas genéricas específicas. Sobre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), assim consideraram:

O IDH é um indicador sintético de qualidade de vida que, de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de determinada população. A renda é avaliada pelo PIB real *per capita*; a saúde, pela esperança de vida ao nascer e a educação, pela taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados. Renda, educação e saúde seriam atributos com igual importância como expressão das capacidades humanas.

Apresentou os citados autores, em artigo que discute a qualidade de vida, o Índice de Condições de Vida (ICV), instrumento desenvolvido inicialmente pela Fundação João Pinheiro, em Belo Horizonte, para estudar a situação dos municípios mineiros, e depois adequado para a análise de todos os municípios brasileiros. É composto de 20 indicadores em cinco dimensões: renda, educação, infância, habitação e longevidade.

Referiram-se, ainda, os estudiosos mencionados, ao Índice de Qualidade de Vida (IQV) de São Paulo que expressa a dimensão da Qualidade de Vida sob uma perspectiva mais subjetiva, buscando colher como as pessoas sentem ou pensam as suas vidas. Envolve nove fatores: trabalho, segurança, moradia, serviços de saúde, dinheiro, estudo, qualidade do ar, lazer e serviços de transporte.

Murta (2005) apresentou outros índices especialmente desenvolvidos para dimensionar a qualidade de vida e instrumentalizar o poder público municipal de Belo Horizonte na gestão e alocação de recursos, tais como: Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU); Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e o Índice de Salubridade Ambiental (ISA), todos calculados a partir de indicadores georeferenciados.

Para Kaplan (1995, *apud* Seidl; Zannon 2004), o interesse pela avaliação da qualidade de vida no âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas tem sido crescente. Informações sobre qualidade de vida têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia,

eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde.

Fleck (2000) referindo-se aos instrumentos de avaliação da qualidade de Vida considerou a dificuldade de definir construtos subjetivos influenciados por características temporais e culturais. Para o autor, desenvolver instrumentos para avaliar qualidade de vida psicometricamente válidos é um grande desafio. Complementou o pesquisador:

A ausência de um instrumento que avaliasse qualidade de vida *per si*, como uma perspectiva internacional, fez com que a OMS constituísse um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL) com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo dentro de uma perspectiva transcultural (FLECK, 2000 p. 33).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000) o instrumento desenvolvido pelo Grupo Whoqol, denominado de Whoqol -100 baseou-se nos pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão, multidimensional e composta por elementos positivos e negativos).

Sobre o Grupo Whoqol Fleck (2000) acrescentou que o mesmo foi constituído por especialistas de várias partes do mundo selecionados de forma a incluir países com diferenças no nível de industrialização, disponibilidade dos serviços de saúde, importância da família e religião dominante, entre outros. Este grupo definiu qualidade de vida dentro de um contexto amplo que abrange a complexidade do construto e a inter-relação do meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

Os instrumentos desenvolvidos pelo Grupo Whoqol, o *World Health Organization Quality Of Life Assessment* (WHOQOL – 100) e o *World Health Organization Quality Of Life Assessment - Bref*, possuem, o primeiro deles, 100 questões que avaliam seis domínios: físico, psicológico, independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade. O segundo, versão abreviada do primeiro, contém 26 questões que abordam quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente VAZ (2005).

Fleck (2000) acrescentou que o Whoqol 100 ao proporcionar uma avaliação detalhada das 24 facetas que o compõem pode tornar-se muito extenso para algumas aplicações como no caso dos estudos epidemiológicos em que a avaliação da qualidade de vida é apenas uma das variáveis em estudo. Acrescentou, ainda, que o Whoqol - Bref é uma versão abreviada do

Whoqol 100 em decorrência da necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e preservasse características psicossométricas satisfatórias.

A versão em português dos instrumentos, inclusive dos questionários, está disponível no Brasil no Grupo de Estudo sobre Qualidade de Vida, do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e no Hospital das Clínicas no Paraná (MINAYO, HARTZ e BUSS 2000 p.12).

Manifestando posição a respeito da avaliação da Qualidade de Vida, Dantas, Gois e Silva (2005, p. 16) colocaram: “Entre os instrumentos genéricos de avaliação de Qualidade de Vida, disponíveis atualmente, temos aquele desenvolvido pelo psicólogo americano John Flanagan na metade da década de 70”.

Detalhando o citado instrumento, Lentz *et. al.* (2000, p. 8) pontuaram:

[...] trata-se de uma escala psicométrica de natureza ordinal em cuja aplicação obtém-se respostas em quinze itens agrupados em cinco dimensões: bem-estar físico e material, relações com outras pessoas, envolvimento em atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento e enriquecimento pessoal e recreação.

Gonçalves, Dias e Liz (1999, *apud* Santos *et. al.*, 2002) dando ênfase ao instrumento asseveraram: considerando a multidimensionalidade e os vários significados associados à Qualidade de Vida, Flanagan propôs uma escala para avaliar o conceito QV que é bastante utilizada nos Estados Unidos, pela validade e confiabilidade de seus achados, que contempla o grau de satisfação individual ou percebido com relação a cinco dimensões da vida.

Utilizada como base para a pesquisa desenvolvida por Cruz *et al* (2006) que buscou investigar o perfil das mulheres frequentadoras da Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Católica de Goiás em relação à adesão em programas de exercício físico e sua possível relação com a qualidade de vida, a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan foi referenciada pelas autoras como um instrumento auto-aplicável, que conceitualiza a qualidade de vida a partir de cinco dimensões: bem-estar físico e material, relações com outras pessoas, atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento pessoal e realização, e recreação. Complementa que essas dimensões são mensuradas através de quinze itens onde o entrevistado tem sete opções de resposta, que vai de “muito insatisfeito” (escore 1) até “muito satisfeito” (escore 7). A pontuação máxima alcançada é de 105 pontos e a mínima de 15 pontos, que refletem a mais alta e a mais baixa qualidade de vida respectivamente.

Outros instrumentos de mensuração da qualidade de vida no âmbito da saúde, embora tenham como proposta avaliá-la na percepção geral têm ênfase nos sintomas, incapacidades

ou limitações ocasionados por enfermidades. Predominam os instrumentos específicos, como o *European Research Questionnaire Quality of Life* (EUROQOL 5D), e o *Medical Outcomes Study HIV Health Survey* (MOS-HIV-30), para pessoas vivendo com HIV/AIDS (MINAYO, HARTZ e BUSS, 2000).

3. METODOLOGIA

Neste capítulo são descritas as estratégias metodológicas do presente estudo. Nele são apresentadas a classificação da pesquisa, o universo e a amostra, as principais características do município selecionado para o desenvolvimento do estudo, as variáveis de pesquisa, as estratégias, os instrumentos, a organização do processo de coleta de dados e o tratamento dos dados levantados.

3.1 Classificação, universo e amostra

O estudo empreendido, de natureza quali-quantitativa e base descritiva, foi realizado através de levantamentos de campo no município sergipano de Moita Bonita. A percepção das diferentes categorias de entrevistados se constituiu em conjunto de dados fundamentais para a pesquisa.

O universo estudado foi formado pelos profissionais de saúde que integram as três equipes do PSF no município selecionado, totalizando trinta e sete profissionais ocupantes das funções de médicos, enfermeiros, cirurgiões - dentistas, auxiliares de enfermagem, atendentes de consultório dentário e agentes comunitários de saúde.

3.2 Caracterização da área de estudo

O município escolhido para o desenvolvimento da pesquisa está distante da capital, Aracaju, 64 km, percorridos através de rodovias asfaltadas. Situa-se na região do agreste sergipano, inserido na micro-região do agreste de Itabaiana (IBGE, 2004).



Figura 3.1 - Localização do município de Moita Bonita no Estado de Sergipe

As principais atividades econômicas são: agricultura de subsistência com culturas de mandioca, milho, feijão, manga, melancia, jaca, coco, amendoim e inhame; avicultura; indústria cerâmica; móveis; madeira, além de roupas e confecções. Compõe ainda as atividades econômicas do município o transporte autônomo de cargas e de passageiros (Seplan, 2006).

Segundo dados levantados junto à Secretaria Estadual de Planejamento (Seplan), (2006) o município possui população de 11.541 habitantes, distribuídos em uma área de 95,7 quilômetros quadrados.

São informações do município extraídas através da Análise do PIB municipal de 2004 (Seplan, 2006):

Habitantes por km² : 120,60

PIB anual da cidade: R\$ 31.427.000,00

PIB per capita: R\$ 2.644,03

Arrecadação anual em impostos (ISS): R\$ 188.000,00

No que se refere ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), o município de Moita Bonita ocupava, no exercício de 2000, a décima segunda posição no ranking estadual (IPEA, 2000).

Esperança de Vida ao Nascer	Taxa de Alfabetização de Adultos	Taxa Bruta de Frequência Escolar	Renda Per Capita	Índice de Esperança de Vida IDHM - L	Índice de Educação IDHM - E	Índice de PIB IDHM - R	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDHM
70, 326	0,703	0, 715	90, 614	0, 755	0,707	0, 525	0, 662

Figura 3. 2 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDH-M/ 2000 em Moita Bonita

3.1.1 Origens do município de Moita Bonita e manifestações folclóricas

O município de Moita Bonita teve origem a partir da localidade denominada Alto do Coqueiro e, por influência de outra localidade vizinha, denominada Moita de Cima, teve seu nome alterado para Moita Bonita.

Em 1950 o povoado possuía como moradores apenas quatro famílias e foi elevada à categoria de vila pela Lei Estadual n.º 823 de 25/07/1957, como sede do 2º Distrito de Paz do Município de Itabaiana ao qual pertencia. Nesta época a comunicação com outras regiões se dava por estradas precárias, que ficavam quase intransitáveis nos períodos chuvosos e o transporte era feito à pé, carro de bois ou através de animais, pois não existiam veículos e estradas apropriadas.

O primitivo Alto do Coqueiro não passava de uma aglomeração de sítios, onde seus primeiros moradores construíram uma capelinha e escolheram Santa Terezinha para padroeira. Aos poucos o local foi desenvolvendo-se, aumentando o número de casas, mas como pertencia a Itabaiana, tinha sua vida influenciada por disputas políticas daquele município.

O município foi criado pela Lei Estadual n.º 1.165 de 12/03/63. A sua sede foi disputada com outro povoado denominado Capunga, que embora maior e mais antigo perdeu a sua possibilidade de ser sede do município por influência do então Deputado Estadual Euclides Paes Mendonça.

No que se refere à religiosidade, a história do município aponta que no primitivo Alto do Coqueiro, onde viviam os primeiros moradores, foi construída uma capela, da qual os fiéis resolveram consagrar Santa Terezinha como padroeira.

Moita Bonita atualmente é uma cidade pacata, agradável, que conseguiu conciliar o moderno com a vida tranqüila das pequenas cidades do interior onde as famílias ainda costumam sentar-se em cadeiras nas calçadas ou nos bancos das praças para conversar com amigos e vizinhos.

As manifestações folclóricas ainda existentes em Moita Bonita são a festa da padroeira; a festa dos padroeiros dos povoados; os festejos juninos; brincadeiras escolares; músicas escolares; novenas; lendas; crendices populares; rezas (benzedeiras e benzedeiros); queima de Judas; reisado; etc. Além disso, as lendas do Saci, Mãe d'Água, Lobisomem, entre outras, são bastante comuns entre os moradores.

Infelizmente existem algumas manifestações folclóricas que estão desaparecendo da localidade. São elas: o reisado; penitentes (alimentadores de almas); acompanhamentos; adivinhações nas noites juninas, usando fogueiras; luzernas; brincadeiras infantis; festa de Santos Reis.

Outras manifestações culturais, lamentavelmente, não existem mais. Entre elas os grupos de zabumba; gaita e pífano do Pai Mandu e o de Lourentino em Piabas; a dança de São Gonçalo; o samba de roda; a dança do martelo; o samba de coco ou mazurca; presépios (com teatro de bonecos); os grupos de alimentadores de almas à moda antiga; reisado das meninas; cantiga da bandeira em tapagem de casas e quadrilhas juninas.

3.3 Variáveis da Pesquisa

Foram estabelecidas como variáveis de pesquisa um conjunto composto pelas ações e relevância do programa e as mudanças verificadas na vida das famílias, estas no tocante à saúde física, interações sociais, ambiente físico de moradia, trabalho e renda, educação, lazer e sentimentos experimentados. As variáveis, elencadas e definidas abaixo, foram baseadas nos documentos legais delineadores do PSF, no marco teórico que fundamenta este estudo e em dois instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade de vida, o desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde OMS, denominado Whoqol - Breaf, que aborda quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente (MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000) e a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, desenvolvida pelo psicólogo americano Jonh Flanagan, na metade da década de 1970, na versão adaptada, que inclui cinco dimensões: bem-estar físico e material, relações com outras pessoas, envolvimento em atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento e enriquecimento pessoal e recreação (LENTZ *et. al.*, 2000). São as seguintes variáveis utilizadas nessa pesquisa:

Ações e relevância do programa - Refere-se à avaliação geral, a importância e os benefícios do programa para as famílias.

Mudanças na vida das famílias quanto à saúde - Relaciona-se às alterações percebidas na vida das famílias no tocante à melhoria das condições de saúde.

Mudanças na vida das famílias quanto às interações sociais - Refere-se às modificações ocorridas na vida das famílias quanto à melhoria nos relacionamentos bem como na participação em atividades da comunidade e na disposição para soluções conjuntas.

Mudanças na vida das famílias quanto ao ambiente físico de moradia - Relaciona-se às mudanças verificadas na vida das famílias no tocante à melhoria do ambiente físico em que residem.

Mudanças na vida das famílias quanto ao trabalho e renda - Apontam as variações percebidas na vida das famílias no que se refere à disposição e satisfação com o trabalho e a ampliação de renda.

Mudanças na vida das famílias quanto à educação - Relaciona-se às alterações percebidas na vida das famílias no campo do ensino regular e profissionalizante.

Mudanças na vida das famílias quanto a lazer - Volta-se à identificação de transformações percebidas na vida das famílias no que se refere às oportunidades de lazer.

Mudanças na vida das famílias quanto aos sentimentos experimentados - Aponta as modificações percebidas na vida das famílias relacionadas aos sentimentos por elas cultivados. A Figura 3.3 demonstra as variáveis e seus respectivos indicadores.

Variáveis	Indicadores
Ações e relevância do programa.	Avaliação geral. Importância. Benefícios para as famílias. Formato.
Mudanças na vida das famílias quanto à saúde física.	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.
Mudança na vida das famílias quanto às Interações sociais.	Melhoria nos relacionamentos entre os membros da família. Melhoria no relacionamento entre pessoas da comunidade. Participação em atividades comunitárias. Disposição para busca de soluções coletivas.
Mudanças na vida das famílias quanto ao ambiente físico de moradia.	Interesse na melhoria do ambiente físico doméstico. Interesse pela preservação do ambiente natural. Satisfação com a condição de moradia.
Mudanças na vida das famílias quanto ao trabalho e renda.	Existência de disposição para o trabalho. Satisfação com o trabalho realizado. Estímulo para a busca de novas atividades que possam gerar ampliação de renda.
Mudanças na vida das famílias quanto educação.	Interesse na ampliação e continuidade dos estudos. Busca por cursos profissionalizantes.
Mudanças na vida das famílias quanto a lazer.	Busca de oportunidades lazer. Tipos de lazer.
Mudanças na vida das famílias quanto aos sentimentos experimentados.	Sentimentos predominantes na vida das pessoas nos últimos anos.

Figura 3.3 - Variáveis e indicadores de pesquisa relacionadas à percepção dos profissionais de saúde do PSF em Moita Bonita/SE

3.4 Estratégias e Instrumentos de Coleta de Dados

Como estratégia para a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada, conduzida pela pesquisadora junto aos profissionais de saúde atuantes no programa no município de Moita Bonita, utilizando-se formulário como instrumento. O formulário

foi elaborado com base nas variáveis e indicadores utilizados na pesquisa e pré-testado junto à Unidade de Saúde Básica do Parque dos Faróis, situada em Nossa Senhora do Socorro/SE, sofrendo pequenas alterações que se mostraram oportunas. A construção do formulário se baseou na premissa de que os processos comprometidos com a produção de conhecimentos não representam procedimentos padronizados e automatizados, mas, na produção intelectual do pesquisador e na produção de indicadores, no processo aberto que caracteriza o curso da pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2002).

3.5 Tratamento de Dados

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.

Os depoimentos dos entrevistados receberam categorização temática e foram agrupados por semelhanças das informações neles encontradas. Nesta classificação lançou-se mão da extração das falas (análise de conteúdo) o que facilitou a análise das informações levantadas. Para 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 extrair as partes utilizáveis, de acordo com o problema pesquisado.

4. Saúde e qualidade de vida da população beneficiária do PSF em Moita Bonita/SE na percepção dos profissionais de saúde atuantes no município

Health and quality of life of the beneficiary population of the PSF in Moita Bonita - State of Sergipe in the perception of the health professionals who work in the municipality

Resumo: O presente estudo, desenvolvido em Moita Bonita, estado de Sergipe, teve como objetivo analisar os reflexos do Programa Saúde da Família (PSF) na qualidade de vida da população assistida, sob ótica dos profissionais atuantes no programa. Na sua efetivação foram realizadas entrevistas com os 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. A pesquisa empreendida classificou-se como quali-quantitativa 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. As variáveis e os indicadores foram baseados nos documentos legais delineadores do PSF, no marco teórico que fundamenta o estudo e nos dois instrumentos de medida de qualidade de vida, o criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), denominado de Whoqol - Breaf e a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. Na coleta de informações foi utilizado formulário elaborado de acordo com as variáveis e indicadores definidos para a pesquisa. Os resultados obtidos apontaram que o PSF, na percepção dos profissionais de saúde atuantes no programa, reflete positivamente na qualidade de vida da população beneficiária no que se refere à saúde física. Revelaram, ainda, a necessidade de maior articulação com outras áreas e da formação de uma equipe melhor preparada para atuar dentro dos propósitos do programa, sendo capaz de gerar efeitos mais positivos para as famílias.

Palavras-chave: serviços de saúde, qualidade de vida; percepção; profissionais; população.

Abstract: Abstract: The present study has been developed in Moita Bonita, a municipality of Sergipe. Its objective is to analyse the reflexes of the Family Health Program (PSF) in the quality of life of the assisted population under the optics of the professionals who work in the program. In its execution, interviews were held with the three family health teams in the municipality, composed by surgeons - dentists, male nurses, nurse helpers, dentist's consulting room helpers and health community agents. The research executed was classified as qualitative and its variables were the actions and relevance of the program and the changes verified in the health of the families related to their physical health. The variables and the indicators were based on the delineating legal documents of the PSF, on the theoretical mark that fundamentals present study and on the two measuring instruments of quality of life, created by the World Health Organization - WHO, denominated Whoqol - Breaf (World Health Organization Quality of Life) and Flanagan's Quality of Life Scale. A routine of interview, prepared in accordance with the variables and indicators defined for the research was used for the collection of information. The results obtained showed that the PSF, in the perception of the health professionals who worked in the program has contributed to improve the quality of life of the beneficiary families related to their 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. Furthermore, the presence of other elements favoring the quality of life was identified in the

quality of life, linked to policies, values, motivation and marking and strong cultural traces that outline their existences.

Key words: health service, quality of life, perception, professionals, population.

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

A Lei 8080/90 expressa que a saúde é determinada por 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990a).

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 (2006, p. 1881), 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.

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, que deveriam 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

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 1, 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) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000b).

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.

A Portaria 648/GM de 28 de março de 2006 constituiu-se o documento de revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família, estando nela 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Todos os instrumentos legais que visaram disciplinar, aperfeiçoar e/ou alterar o formato do PSF puderam reafirmá-lo dentro dos objetivos e princípios estabelecidos legalmente para o SUS: universalidade, integralidade, equidade, igualdade, descentralização, regionalização e hierarquização, participação dos cidadãos e resolutividade.

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 (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006).

Moita Bonita, município com 11.541 habitantes (Seplan, 2006), 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 (Secretaria Municipal de Saúde de Moita Bonita, 2006).

O objetivo do estudo foi analisar os reflexos do PSF na melhoria da qualidade de vida da população assistida, com enfoque nas mudanças por ele provocadas na saúde física das famílias beneficiárias, sob a percepção dos profissionais de saúde atuantes no programa do município escolhido. 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.

4.2 Material e Métodos

O estudo, de natureza quali-quantitativa 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 do público entrevistado 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. As variáveis e os indicadores foram baseadas nos documentos legais delineadores do PSF, no marco teórico que fundamenta este estudo e nos dois instrumentos de medida de qualidade de vida, o criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) denominado de Whoqol - Breaif (MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000) e a Escala de Qualidade de Vida da Flanagan, desenvolvida pelo psicólogo americano Jonh Flanagan, (LENTZ *et. al.*, 2000). A Figura 4.1 elenca as variáveis de pesquisa com seus respectivos indicadores.

Variáveis	Indicadores
Ações e relevância do programa	Avaliação geral. Importância. Benefícios para as famílias. Formato.
Mudanças na vida das famílias quanto à saúde	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.

Figura 4.1 - Variáveis e indicadores de pesquisa relacionadas à percepção dos profissionais de saúde do PSF de Moita Bonita/SE

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 (GONZÁLEZ REY, 2002).

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.

Para a 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 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.

4.3 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 (BARDIN, 1979).

No Grupo 1 a avaliação positiva ficou ainda mais evidente, visto que o somatório dos dois escores, a pontuação entre 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 5.2. 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 à promoção da saúde se fazem presentes, alicerçando seu conjunto de ações.

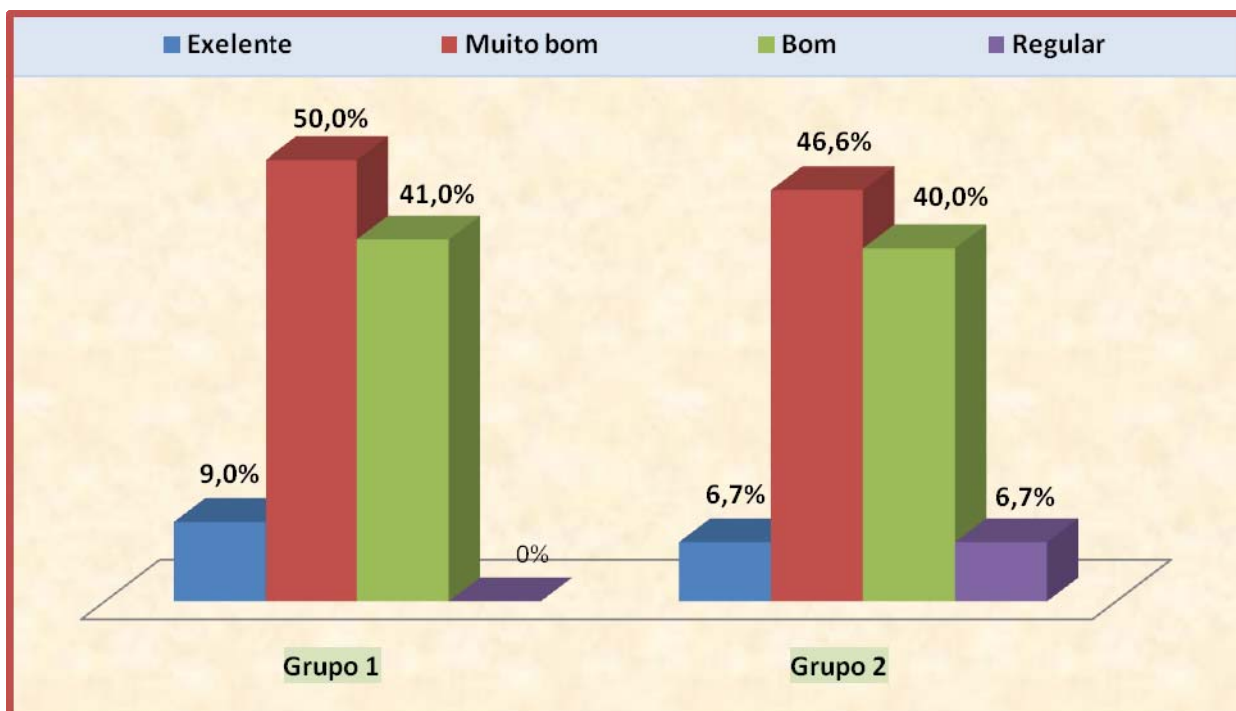


Figura 4.2 - Opinião geral dos profissionais de saúde do PSF de Moita Bonita /SE sobre o programa

Alguns depoimentos advindos do Grupo 1 expressaram a percepção do 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 notório o comparativo 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.

Direcionando o olhar para o 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.

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.

Uma estratégia de fortalecimento da atenção básica, visando à humanização da atenção à saúde e utilizando princípios como vínculo, responsabilidade e resolutividade das necessidades de saúde do indivíduo e coletivo.

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”*.

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 (2003) 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.

Ainda na variável em análise foram questionadas aos entrevistados quais as ações mais importantes desenvolvidas pelo programa, exigindo-se deles que explicitassem a razão dessa importância. Para o Grupo 1 a prevenção da hipertensão, a assistência à criança, gestante e idosos são as ações mais significativas. Alguns depoimentos ratificam o posicionamento desse segmento:

As crianças deixaram de ser desnutridas e houve redução na mortalidade.

O hiperdia permite a descoberta das doenças e a orientação devida.

A atenção dada ao idoso dá a ele a condição de dasabafar e a sensação de estar protegido.

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)

Ações educativas, pois promovem a saúde, melhorando a qualidade de vida. (Enfermeiro)

Observa-se que a maioria das ações apontadas pelos dois grupos de profissionais entrevistados está classificada como áreas estratégicas de operacionalização da atenção básica em todo o território nacional, definidas através da Portaria 648/GM, que expressa:

Visando a operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

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)

Baseado na desconstrução do modelo hegemônico, biológico e centrado nas doenças, uma das ações mais importantes é a promoção da saúde. (Cirurgião - dentista)

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)

O programa de prevenção da saúde bucal que visa melhorar a saúde bucal das crianças e adolescente. (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 (CASTRO e VARGAS 2005).

Ainda sobre as ações desenvolvidas pelo PSF, os estudos empreendidos por Canesqui e Spinelli (2006), abordando perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros sobre o programa no estado de Mato Grosso, evidenciaram que as consultas médicas e imunizações dispensadas às crianças, consultas médicas aos adultos, ao pré natal e aos idosos e as consultas de enfermagem dirigidas aos idosos e ao pré-natal se destacaram no grau bom de implantação entre as ações do PSF, segundo julgamento de mais de 90% de pesquisados.

Sobre a visitas domiciliares, ressalta-se a pesquisa desenvolvida por Sakata *et al* (2007) que identificou que os profissionais do PSF do interior paulista as conceberam como atividades potenciais para o cuidado mais humano e acolhedor das famílias assistidas, permitindo vínculos e laços de confiança, e os estudos de Neves *et al* (2004) que as avaliaram como geradoras de maior satisfação entre as famílias.

A terceira questão incluída na variável 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, incluindo atenção dos profissionais, o acompanhamento e a distribuição de medicamentos, como o maior benefício que lhes é oferecido, tornando ainda mais evidente o quanto a assistência/acompanhamento, numa relação próxima e permanente é significativa para as famílias, na ótica dos profissionais. Nesse sentido 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 adoça. A comunidade sozinha só se procuraria o serviço de saúde no momento da doença. (Médico)

Em todas as ações do PSF existe o acompanhamento e a avaliação do estado de saúde das famílias para a prevenção de doenças e suas complicações.
(Enfermeiro)

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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A percepção dos profissionais de saúde atuantes no PSF em Moita Bonita não se distancia do identificado por Oliveira e Spiri (2006) 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.

É possível associar, ainda, os resultados obtidos com a referência de Canesqui e Spinelli (2006) quando mencionam que o PSF não se restringe apenas às unidades de saúde,

requerendo maior dedicação da equipe à clientela, em contraposição ao trabalho parcelado dos profissionais nas unidades de saúde tradicionais.

Surgiram, ainda, entre os maiores benefícios do programa para as famílias, as consultas médicas e odontologias, o 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 (2003), que identificaram melhoria nos índices de saúde de pacientes diabéticos e hipertensos quando submetidos a acompanhamento.

A última questão dentro da variável em análise referiu-se ao formato do PSF. 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 mais de 50% dos agentes comunitários de saúde percebe o programa como adequado e mais de 60% dos médicos, cirurgiões - dentistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem e auxiliares de consultório (Grupo 2) o avalia de forma contrária.

A Figura 4.3 permite visualizar a diferença de percepção entre os dois grupos quanto à composição da equipe que atua no programa.

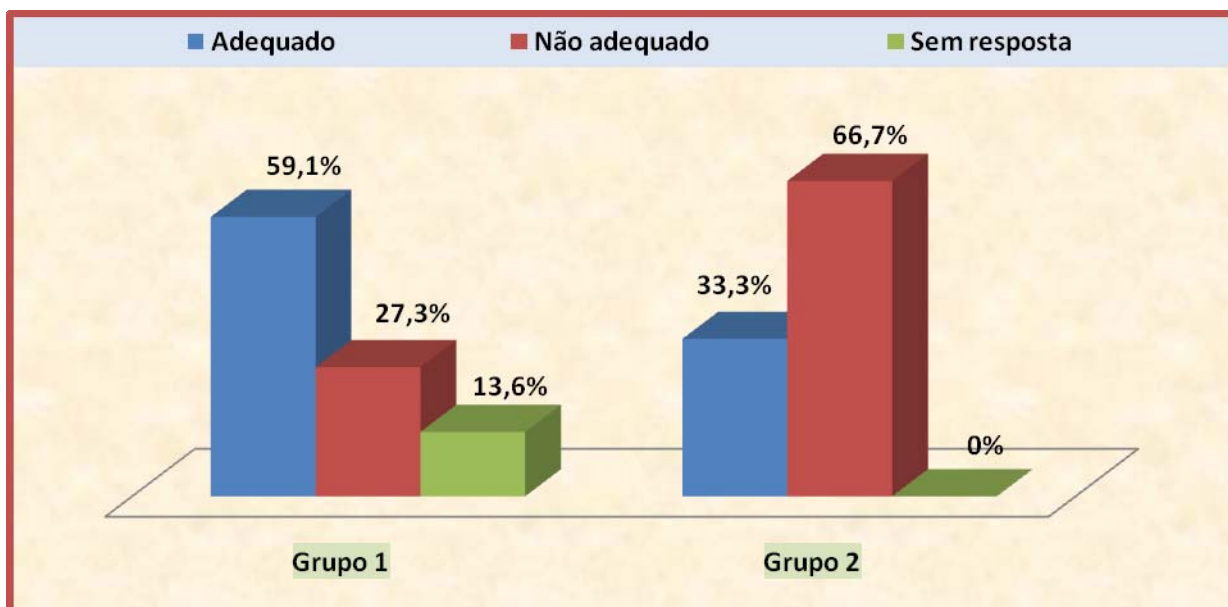


Figura 4.3 - Percepção dos profissionais de saúde do PSF de Moita Bonita/SE quanto à composição das equipes

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)

Acredito que por ser um programa com grande número de pessoas com problemas sociais sérios, seria necessário um assistente social e a cada duas equipes um fisioterapeuta, principalmente nas regiões de difícil acesso. (Enfermeiro)

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

Na composição das equipes faltam alguns profissionais que poderiam acompanhar as famílias, a exemplo de fisioterapeutas e psicólogos. A demanda

necessita desses profissionais, que não estão disponíveis para atender as famílias. (Enfermeiro)

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)

Para ter um bom formato necessitaria de ter um pediatra, um assistente social e um psicólogo para ter um bom formato. (Auxiliar de enfermagem)

O fato apontado pelos profissionais entrevistados reforça a mobilização em alguns municípios brasileiros para a inclusão de outros profissionais na equipe do PSF, sob a alegação de que podem propiciar significativo avanço nos serviços prestados junto às famílias. Souza e Carvalho (2003), referindo-se à presença de estagiários de psicologia na equipe do PSF de um município de Minas Gerais expressaram que com o apoio da psicologia, o projeto do PSF se utilizou do conhecimento adquirido ao longo de seu contato junto à população para definir estratégias e estruturar atividades efetivas de acordo com a necessidade do município.

Ainda sobre a composição da equipe, Trad *et.al.* (2002), em estudo desenvolvido sobre a satisfação do usuário do PSF no estado da Bahia, constataram que a presença mínima nas unidades de saúde da família não supre a demanda da população assistida pelo programa. As famílias queixam-se da inexistência de um médico obstetra que possa se ocupar do parto das mulheres, ou de pediatras que atendam as suas crianças. Nesse sentido, Alves (2005 p. 41) referindo-se à integralidade expressa: “Dentre os princípios e diretrizes do SUS, admite-se ser o da integralidade aquele que confronta incisivamente racionalidades hegemônicas no sistema - tais como o reducionismo e a fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa”.

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 e que a maioria dos respondentes do Grupo 1 e do Grupo 2 a percebem como inadequada, o que pode ser visualizado na Figura 4.4.

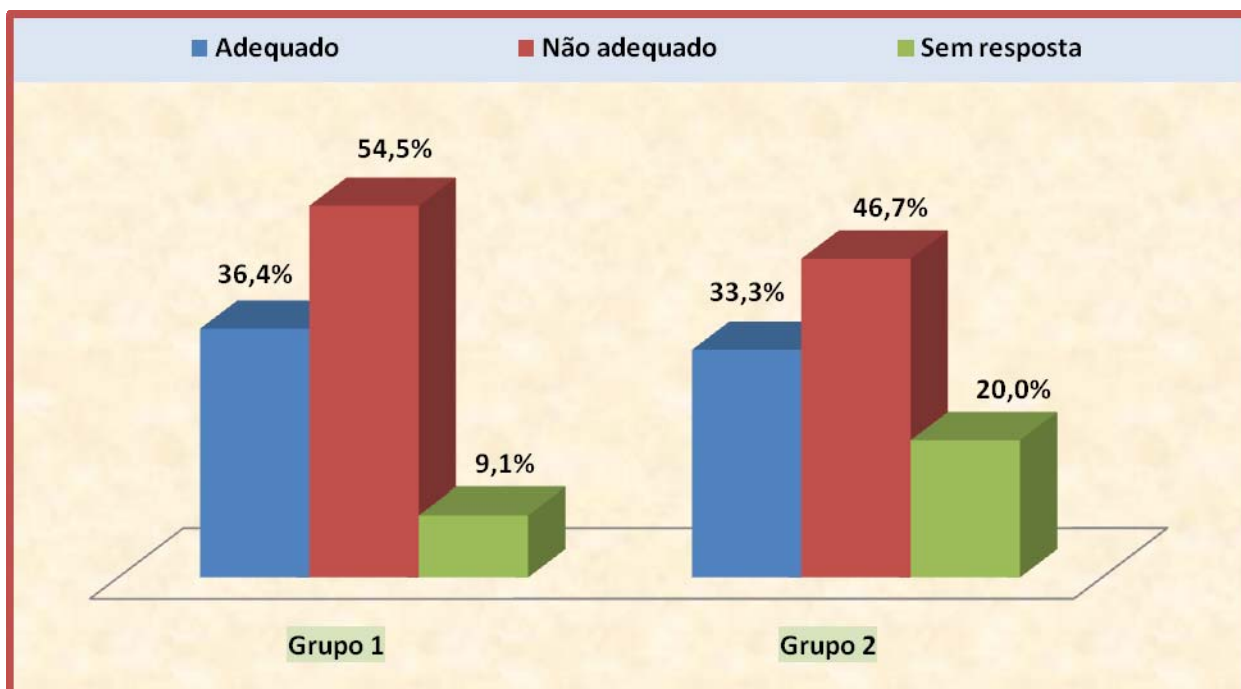


Figura 4.4 - Percepção dos profissionais de saúde do PSF de Moita Bonita/SE quanto ao desenvolvimento/operacionalização do programa

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:

Falta mais comunicação com as outras Secretarias, como a Secretaria de Educação para trabalhar a educação em saúde nas escolas; faltam materiais para realização de alguns trabalhos; falta capacitação dos profissionais para que entendam a essência do programa. (Enfermeiro)

A maneira como o Programa foi elaborado tem 90% de resolutividade nas necessidades de saúde da população. Porém, sua efetividade ainda é difícil por necessitar de profissionais com perfil para saúde pública, gestores com clareza suficiente do que preconiza o SUS e usuários conscientes do seu papel no SUS, com visão ampla da importância do trabalho multiprofissional, não somente centrado no médico. (Cirurgião - dentista)

O formato é ideal, o que pode melhorar são as ações desenvolvidas pelos profissionais. (ACS)

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 a importância de gestores e população entenderem e se engajarem no programa. Nesse mesmo entendimento Rosa e Labate (2005) 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.

Sobre o último depoimento relacionado, que traz a necessidade de treinamento dos agentes comunitários de saúde, valem ser consideradas as duas publicações do Ministério da Saúde que abordaram a questão da educação nos programas de saúde. A primeira delas em 1997: “No âmbito do PSF, a educação em saúde figura como prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997) e a outra em 2004 quando são observados que os profissionais de saúde envolvidos nos programas apresentam dúvidas do como e o que fazer e passam a atuar muitas vezes apenas como intermediários de informações de materiais educativos produzidos por órgãos oficiais e nem sempre adequados à realidade local (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Esta constatação abre discussões sobre a permanente necessidade de programar ações de treinamento envolvendo todos os integrantes das equipes, de forma que seja assegurado o cumprimento de ações integradas e voltadas à necessidade real das famílias.

Ainda sobre a operacionalização do programa em Moita Bonita merecem considerações alguns depoimentos que colocam em destaque a opinião negativa dos entrevistados:

É precária a disponibilidade de medicamentos e exames complementares. (Médico)

A marcação de exames é demorada. (ACS)

Nem sempre o programa consegue atender toda a demanda. (ACS)

Deveria haver mais uma equipe de saúde da família no município. (Auxiliar de Enfermagem)

Os médicos deveriam fazer mais visitas às comunidades. (ACS)

É necessário mais veículos para que possa atender todas as micro-áreas na periferia da cidade. (ACS)

É possível associar às falhas apontadas pelos respondentes a existência de causas como demanda maior que a oferta, ineficiência na organização do processo de trabalho,

inobservância ao cumprimento das atribuições específicas do médico - constantes na Portaria 648 (Ministério do Trabalho, 2006), dentre as quais se inclui a consulta no domicílio quando indicado ou necessário- e ainda a ausência do suporte necessário para a efetivação das ações programadas. Todavia, quaisquer que sejam as razões, os fatos apontados pelos entrevistados demonstram comprometimento nas ações do programa e conseqüentemente em um dos seus princípios fundamentais: a resolutividade.

Ficou evidente no conjunto de respostas obtidas na primeira variável analisada que os profissionais de saúde atuantes no PSF no município reconheceram a importância e os benefícios do programa para as famílias quando pontuaram suas principais ações e enalteceram o quanto a assistência, a orientação e a atenção prestadas às famílias são valiosas para os assistidos.

Igualmente ficou clarificado que a maioria dos respondentes não percebe o formato do programa como adequado às necessidades dos beneficiários. Isso levou à conclusão de que, embora o PSF tenha aspectos bastante positivos e seja propiciador de melhoria nas condições de vida das famílias, poderia, através de maior articulação com outras áreas e da formação de uma equipe melhor preparada para atuar dentro dos propósitos do programa, produzir efeitos bem mais positivos para as famílias.

A variável mudanças evidenciadas na vida das famílias quanto à saúde contemplou treze indagações. Foi unânime o posicionamento dos dois grupos em cinco dos indicadores de saúde elencados (Figura 4.1). Todos entrevistados afirmaram que o PSF proporcionou redução da mortalidade por doenças, estímulo ao auto-cuidado, 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.

Foi salientada pelos dois grupos, no conjunto de respostas apresentadas à questão em análise, a natureza preventiva do programa. Todas as opções colocadas referem-se a ações

que são desenvolvidas com o objetivo de prevenir, antecipar situações que possam ser danosas à saúde das famílias, garantindo-lhes longevidade e melhoria nas condições de saúde.

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)

Estatísticas constata a diminuição da mortalidade materna e infantil, identificação precoce de câncer de mama e do colo uterino, controle do diabetes e hipertensão arterial, entre outros. (Enfermeiro)

Antes as mães não se preocupavam com o pré-natal, as pessoas tinham a doença e não sabiam. Não havia a prevenção. (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.

A imunização através das vacinas, o acompanhamento das doenças crônicas e aos grupos vulneráveis e as ações educativas, embora não tenham aparecido entre os percentuais mais elevados, foram igualmente manifestações de que em Moita Bonita, na ótica dos profissionais que atuam junto ao PSF, o programa é capaz de reduzir as situações de risco e os agravos à saúde da família através de seu conjunto de ações preventivas.

As informações coletadas permitem a constatação de que o PSF naquele município se desenvolve de acordo com os entendimentos de Vasconcelos (1999 *apud* Rosa e Labate, 2005 p. 1030) quando enfatiza 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 auto-cuidado, 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 auto-cuidado; 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 auto-cuidado, 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 e o vínculo que se estabeleceu entre os ACS e as famílias assistidas.. 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. Dessa forma percebe-se que no município as práticas se coadunam com os fundamentos legais do programa quando expressam que as equipes de profissionais do PSF devem ser capacitadas para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Entretanto, as ações empreendidas pelos profissionais não se distanciam dos aspectos preventivos e do modelo biomédico evidenciando a necessidade de formação e capacitação dos profissionais para que atuem dentro da noção ampliada de saúde que engloba

tudo o que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva, estabelecida pelo programa saúde da família.

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 as 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.

Em todas as opções de respostas apresentadas um fato se fez notório: para os profissionais entrevistados, as famílias estão atentas aos sintomas e mais cuidadosas com os seus, o que denota mais conhecimento e atenção à saúde. Nesse sentido, o PSF em Moita Bonita parece cumprir um dos pressupostos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o programa: “o papel do profissional de saúde é aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000 p. 317).

Pode-se ainda extrair das respostas apresentadas pelos entrevistados que a proximidade física e a confiança nos agentes representam motivos para que eles sejam requeridos a qualquer hora pelas famílias: *“Por qualquer motivo procuram o agente para expor seus casos”*. Sobre a questão, Levy, Matos e Tomita (2004) se referem que o fato de o agente comunitário residir na comunidade favorece a construção de uma relação de confiança com os moradores, que se sentem mais à vontade para falar sobre seus problemas com uma pessoa que compartilha da mesma realidade.

Outro ponto pelo qual se pode tecer considerações é o relativo à busca imediata das famílias por médicos e cirurgiões - dentistas, que pode ser atribuído à disponibilidade desses profissionais, representando um incentivo para suas demandas em saúde.

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 (Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, 1986) 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 (SOUZA e CARVALHO, 2003).

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 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. A Tabela 4.1 apresenta os resultados alcançados em cada um dos itens que complementaram a variável pesquisada.

Tabela 4.1 - Mudanças na vida das famílias, no âmbito da saúde, percebidas pelos profissionais do PSF no município de Moita Bonita/SE, 2007.

Situações observadas	Sim		Não		Sem resposta		Total	
	Freq. Absoluta	Freq. Relativa %	Freq. Absoluta	Freq. Relativa %	Freq. Absoluta	Freq. Relativa %	Freq. Absoluta	Freq. Relativa %
Redução das enfermidades consideradas mais sérias	35	94,6	2	5,4	-	-	37	100
Efetividade no controle da natalidade	34	91,9	3	8,1	-	-	37	100
Melhoria no tratamento médico específico	29	78,4	6	16,2	2	5,4	37	100
Busca de alimentação mais saudável	28	75,7	6	16,2	3	8,1	37	100
Prática de atividades físicas	14	37,8	19	51,3	4	10,8	37	100
Maior cuidado com a higiene pessoal	35	94,6	2	5,4	-	-	37	100
Maior cuidado com a higiene e conservação dos alimentos	30	81,1	3	8,1	4	10,8	37	100
Obediência às recomendações das equipes	35	94,6	2	5,4	-	-	37	100

Para seis dos oito questionamentos que complementaram a investigação no campo da saúde, igualmente foram buscadas explicações, evidências que constatassem as situações observadas.

No tocante à redução de enfermidades consideradas mais sérias dois pontos foram apresentados como os mais elucidativos na situação por eles observada: a natureza preventiva do programa, colocada em prática através do diagnóstico prévio e do acompanhamento das gestantes, diabéticos e hipertensos, e as orientações prestadas *in loco* através das campanhas educativas.

No que se refere à melhoria nos tratamentos médicos específicos as explicações mais freqüentes foram a facilidade nos contatos entre médicos do PSF e os especialistas e os encaminhamentos aos centros de excelência na cidade de Aracaju. Apareceram, ainda, como respostas à questão, a realização e a maior precisão nos exames, a marcação de consultas através da internet e a facilidade de transporte para os tratamentos mais demorados.

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 explicando como os entrevistados percebem a obediência das famílias às recomendações que lhes são feitas, recaíram principalmente na atenção e no acatamento que é dado por elas 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".

A primeira frase do depoimento revela que há entre os respondentes o entendimento de que o programa é capaz de levar à incorporação de novas crenças e mudanças de atitudes, tendo no conhecimento adquirido e renovado o seu grande pilar. Extrai-se ainda da colocação do entrevistado que o contado com as famílias, tão peculiar ao PSF, pode resultar no compartilhamento de saberes que igualmente permitem que se gerem novos aprendizados e ações oportunas à melhoria na qualidade de vida dos assistidos.

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"*.

O depoimento do profissional entrevistado demonstra que o programa no município atua com grupos programáticos e que estes servem de apoio à assistência regular dos pacientes pela equipes de saúde. Souza e Carvalho (2003) ressaltaram que além de apoio e compartilhamento de vivências comuns, os grupos programáticos permitem mudanças também nas esferas sociais e psicológicas do indivíduo.

Das respostas obtidas na variável mudanças na vida das famílias no tocante à saúde 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. As informações e as orientações prestadas às famílias, quer através de palestras ou no próprio domicílio, derivam em novas e adequadas posturas que permitem a redução de danos e sofrimentos que possam comprometer uma vida mais saudável para os assistidos. 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 (Ministério da Saúde, 2006), instrumento que teve por objetivo aprovar a Política Nacional de Atenção Básica e revisar as diretrizes e normas para o Programa Saúde da Família.

4. 4 Conclusão

Na percepção dos profissionais de saúde do município estudado, tornaram-se evidentes mudanças na vida das famílias no tocante à saúde física, refletindo positivamente na qualidade de vida dos beneficiários. 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, além de produzirem efeitos diretos na condição de saúde física, tem gerado nos assistidos a sensação de proteção e bem-estar.

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.

As informações obtidas dos profissionais entrevistados permitiram que se constatasse a necessidade de se instituir maior dinâmica na operacionalização do programa, bem como maior ênfase na capacitação dos profissionais de saúde, principalmente os que integram a equipe de saúde bucal, para que possam atuar dentro do contexto amplo que caracteriza o PSF e permitam que não sejam comprometidos seus princípios fundamentais, com destaque para a integralidade e a resolutividade.

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.

Referências Bibliográficas

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005..

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BEZERRA, Roberto Claudio; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda. 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.

BARDIN, I. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990 a. 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>.

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, 1997a. Disponível na Internet em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família Portaria n. 1886, de 18 de dezembro de 1997b. Disponível na Internet em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/>.

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/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Políticas de Saúde. Informes Técnicos Institucionais. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000 a.

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 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pesquisa mundial de saúde no Brasil: como os brasileiros auto-avaliam sua saúde? **Informe da Atenção Básica**. n. 24, ano V. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

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.

CANESQUI, Ana Maria; SPINELLI, Maria Angélica dos Santos. 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.

CASTRO, Magda Ribeiro de; VARGAS, Liliana Angel. 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.

Fundação Nacional de Saúde. **Saúde dentro de casa:** Programa Saúde da Família. Brasília: Fundação Nacional da Saúde, 1994.

GONZÁLEZ-REY, Fernando Luis. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Divisão Territorial, 2004.

LENTZ, Rosemary Andrade et al. Nursing professionals and quality of life: an approach based on the dimensions proposed by Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p.7-14, 2000.

LEVY, Flávia Mauad; MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araujo Hartz.; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.5, n.1, 7-18, 2000.

MOITA BONITA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006.** Moita Bonita, 2006

NEVES, Cleonice Ferreira *et al.* Percepções da população sobre o programa saúde da família em Palmas-TO. **Revista da UFG**, v. 6, n. especial, dez 2004 *on line*. (www.proec.ufg.br)

OLIVEIRA, Elaine Machado de; SPIRI, Wilza Carla. Family Health Program: the experience of a multiprofessional team. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. 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.

SAKATA, Karen Namie et al. Conceptions of the family health team about home visits. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p.659-664, 2007.

SERGIPE - Secretaria de Estado de Planejamento - SEPLAN. **Relatório de Avaliação Anual do Plano Plurianual 2004-2007, exercício 2005.** Aracaju, 2006.

SOUZA, Rafaela Assis de; CARVALHO, Alysson Massote. Health Care Family Program and quality of life: a view from Psychology. **Estud. psicol. (Natal)** , Natal, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003 .

TRAD, Leny Alves Bomfim *et al* . Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, , p 581-589, 2002.

VASCONCELOS E.M. Educação Popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec, 1999.

5. Programa Saúde da Família em Moita Bonita - SE: reflexos nos indicadores sócio-ambientais de mudanças na qualidade de vida das famílias beneficiárias - percepção dos profissionais de saúde do município

Family Health Program in Moita Bonita - Sergipe: reflexes in the socio-environmental indicators of changes in the quality of life of the beneficiary families - perception of the health professionals of the municipality

Resumo: O presente estudo teve como objetivo analisar os reflexos do Programa Saúde da Família (PSF) nos indicadores sócio-ambientais de mudanças na qualidade de vida das famílias beneficiárias do programa, na percepção dos profissionais de saúde atuantes no município de Moita Bonita, estado de Sergipe. A pesquisa empreendida classificou-se como quali-quantitativa e descritiva. Na sua efetivação foram realizadas entrevistas com os 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. As variáveis e indicadores de pesquisa abrangeram um conjunto composto por mudanças verificadas na vida das famílias quanto à: interações sociais, ambiente físico de moradia, trabalho e renda, educação, lazer e sentimentos experimentados, que foram estabelecidos com base no marco teórico que fundamenta este estudo e nos dois instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade de vida, o desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), denominado de Whoqol - Breaif (*Word Health Organization Quality of Life*) e na Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. Utilizou-se na coleta de informações formulário criado de acordo com as variáveis e os indicadores definidos para a pesquisa. Os resultados obtidos apontaram que o PSF, na percepção dos profissionais de saúde atuantes no programa, tem contribuído com a melhoria da qualidade de vida das famílias beneficiárias no tocante aos indicadores sócio-ambientais, refletindo mais acentuadamente nas mudanças relativas às interações sociais, ambiente físico de moradia, trabalho e lazer. Identificou, ainda, que na ótica dos profissionais, existem na vida as famílias assistidas a presença de elementos favorecedores da qualidade de vida, associados aos sentimentos positivos e motivadores, advindos de valores e traços culturais fortes e marcantes que delineiam suas existências.

Palavras-chave: indicadores sócio-ambientais; qualidade de vida; percepção; mudanças.

Abstract: The objective of present study is to analyse the reflexes of the FHP (PSF) in the socio-environmental indicators of the quality of life of the families benefitted by the program in the perception of the health professionals who work in the municipality of Moita Bonita - State of Sergipe. The research performed was classified as both qualitative. In its execution, interviews were held with the three family health teams in the municipality, composed by doctors, surgeons, dentists, male nurses, nurse helpers, dentist's consultation room helpers and health community agents. The research variables and indicators covered a set composed by changes verified in the life of the families as to: social interactions, physical environment of dwelling, work and income, education, leisure and feelings experienced that were established based on the theoretical mark that fundaments this study and in the two instruments used for evaluating the

quality of life, developed by the World Health Organization - WHO, named Whoqol - Breaif (World Health Organization Quality of Life) and by Flanagan's Quality of Life Scale. A routine of interview, created in accordance with the variables and indicators defined for the research was used for the collection of information. The results obtained showed that the perception of the health professionals who worked in the program has contributed to improving the quality of life of the beneficiary families related to the socio-environmental indicators reflecting more significantly in the changes as to social interactions, physical environment of dwelling, work and leisure. Furthermore, the presence of other elements favoring the quality of life was identified in the quality of life, linked to policies, values, motivation and marking and strong cultural traces that outline their existences.

Key words: Socio-environmental indicators; quality of life; perception; changes

5.1 Introdução

Ao longo dos anos várias políticas, programas e projetos são empreendidos no âmbito do governo federal com o objetivo de melhorar a saúde no país, entendida como área prioritária de desenvolvimento. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição de 1988 foi um grande passo no sentido de regulamentar em todo território brasileiro as ações de saúde. O modelo operacional do SUS foi estabelecido através das Leis 8080/90 e 8142/90 que definiram diretrizes, objetivos e princípios, dentre eles universalidade, integralidade, igualdade e descentralização.

A atenção básica à saúde configura-se dentre os propósitos do SUS e a continuidade e melhoria de sua prática tem sido uma constante no país. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada através da Portaria 648 (Ministério da Saúde, 2006) estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS) é um exemplo disto.

O citado documento legal faz referência à consolidação do PSF como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica e redefine aspectos da operacionalização de um programa que surgiu em 1994 com essa finalidade.

O documento que definiu as suas bases do PSF destacou que em oposição ao modelo centrado na doença e no hospital o PSF priorizava as ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos como crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE, 1994)

Buss (2000, p. 174) acerca do PSF afirmou: "A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com

ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida com um estado dinâmico, socialmente produzido”.

Seguindo o mesmo raciocínio, Souza e Carvalho (2003, p. 519) assim se posicionaram:

O trabalho do PSF tem como referencial norteador a elevação da qualidade de vida de sua população e não pode ficar restrito a medidas que atenuem um problema cuja amplitude foge à sua capacidade de atuação. Tais medidas precisam ser substituídas por estratégias que visem a melhoria das condições de vida dessas famílias por meio de ações intersetoriais que atuem também nos níveis de geração de renda, alimentação, educação, habitação e saneamento, oferecendo condições mínimas para uma existência digna e para a prevenção de situações de risco.

Os dois últimos autores ao tecerem suas considerações sobre o PSF demonstraram perceber nítida relação do programa com a qualidade de vida da população assistida, que estaria relacionada à melhoria das condições de vida na qual se incluem, nível de renda, educação, alimentação e moradia.

A qualidade de vida está vinculada ao nível de satisfação com a vida, a auto-estima e percepção de bem-estar psicológico, às condições de trabalho e ao bem estar geral. Nesse sentido, duas questões são prioritárias no estudo da qualidade de vida: a vida social e familiar e a realidade do trabalho (NAHAS, 2001).

O presente estudo teve por objetivo analisar os reflexos do PSF nos indicadores sócio-ambientais de mudanças na qualidade de vida das famílias beneficiárias do programa em Moita Bonita, estado de Sergipe, na percepção dos profissionais de saúde atuantes no município.

Moita Bonita 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 programa com 100% de cobertura (Secretaria Municipal de Saúde de Moita Bonita, 2006). O interesse em desenvolvê-lo se atrela à pretensão de identificar os benefícios advindos da implantação do programa para as famílias beneficiárias podendo se constituir numa resposta aos esforços empreendidos nas três esferas de governo para a garantia de políticas que combinadas possam atender as necessidade e aos anseios de uma significativa parte da população brasileira.

5.2 Material e Métodos

O estudo, de natureza quali-qualitativa e base descritiva, foi realizado em Moita Bonita, município localizado na região do agreste sergipano e distante 64 km de Aracaju, a capital do estado, através de pesquisa de campo.

O universo estudado abrangeu as três equipes que integram o PSF no município, um total de 37 profissionais ocupantes das funções de médicos, enfermeiros, cirurgiões - dentistas, auxiliares de enfermagem, atendentes de consultório dentário e agentes comunitários de saúde.

A percepção do público entrevistado se constituiu no conjunto dos dados fundamentais da pesquisa. Na sua efetivação foram definidas variáveis e indicadores (Figura 5.1) que abrangeram um conjunto composto por: interações sociais, ambiente físico de moradia, trabalho e renda, educação, lazer e sentimentos experimentados/cultivados, estabelecidos com base no marco teórico que fundamenta este estudo e nos dois instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade de vida, o desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), denominado de Whoqol – Breaf (MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000) e na Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, desenvolvida pelo psicólogo americano Jonh Flanagan (LENTZ, *at. al.*, 2000).

Variáveis	Indicadores
Mudanças na vida das famílias quanto às interações sociais.	Melhoria nos relacionamentos entre os membros da família. Melhoria no relacionamento entre pessoas da comunidade. Participação em atividades comunitárias Disposição para busca de soluções coletivas.
Mudanças na vida das famílias quanto ao ambiente físico de moradia.	Interesse na melhoria do ambiente físico doméstico. Interesse pela preservação do ambiente natural. Satisfação com a condição de moradia.
Mudanças na vida das famílias quanto ao trabalho e renda.	Existência de disposição para o trabalho. Satisfação com o trabalho realizado. Estímulo para a busca de novas atividades que possam gerar ampliação de renda.
Mudanças na vida das famílias quanto educação.	Interesse na ampliação e continuidade dos estudos. Busca por cursos profissionalizantes.
Mudanças na vida das famílias quanto a lazer.	Busca de oportunidades de lazer. Tipos de lazer.
Mudanças na vida das famílias quanto aos sentimentos experimentados.	Sentimentos predominantes na vida das pessoas nos últimos anos.

Figura 5.1 - Variáveis e indicadores de pesquisa relacionadas à percepção dos profissionais de saúde do PSF de Moita Bonita/ SE

O roteiro de entrevista utilizado foi formulado 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 (GONZÁLEZ REY, 2002).

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 os permitem conhecer com profundidade a vida das famílias assistidas. Utilizou-se, ainda, na interpretação dos resultados a distribuição de frequência das variáveis estudadas.

Para a 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 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.

5.3 Resultados e Discussão

Na variável mudanças na vida das famílias quanto às interações sociais, foram formuladas quatro questões aos dois grupos de profissionais. Considerando a abrangência do conceito de qualidade de vida, procurou-se levantar junto aos profissionais aspectos da vida

das famílias relacionadas ao contexto social em que vivem. As perguntas versaram sobre: melhorias no relacionamento dos membros da família, no relacionamento com as pessoas da comunidade, participação em atividades comunitárias e disposição para busca de soluções coletivas.

Cada uma das questões suscitou respostas para o sim e para o não e exigiu complementos, de maneira que pudessem ser colhidas as explicações; argumentos que reforçassem o posicionamento dos entrevistados.

Inicialmente focou-se na análise das respostas obtidas dos agentes comunitários de saúde (Grupo 1) em razão das características do trabalho que desenvolvem junto às famílias; da proximidade que esses profissionais possuem com as famílias. A Tabela 5.1 mostra o percentual de respostas positivas e negativas apresentadas pelos ACS para cada uma das questões levantadas onde se faz evidente que esses profissionais percebem que o PSF em Moita Bonita vem provocando mudanças na vida das famílias e que essas são mais expressivas na melhoria nos relacionamentos entre os membros da família e com as pessoas da comunidade (95,5%).

Tabela 5.1- Mudanças na vida das famílias, no âmbito das interações sociais, percebidas pelos agentes comunitários de saúde do PSF de Moita Bonita/SE, 2007.

Situações observadas	Sim		Não		Total	
	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %
Melhoria no relacionamento da família	21	95,5	1	4,5	22	100
Melhoria no relacionamento com as pessoas da comunidade	20	90,9	2	9,1	22	100
Participação em atividades comunitárias	17	77,3	5	22,7	22	100
Disposição para a busca de soluções coletivas	14	63,6	8	36,4	22	100

Para os ACS a redução da agressividade, das brigas, espancamentos e agressões às crianças representam sinais de avanço nesse sentido. Os cuidados dispensados à família, a

maior valorização dos seus membros e a busca de aconselhamentos para resolver os problemas aparecem também como evidências nas respostas dos ACS. Sobre a melhoria na convivência da família enalteceram:

Os ensinamentos levados pelos enfermeiros são capazes de retrain a agressividade.

As famílias aprovam e incentivam os adolescentes quando querem dar continuidade aos estudos.

Hoje sabem o que é certo e errado e pensam em não cometer os erros novamente.

As informações levantadas através dos agentes comunitários de saúde, nesse contexto, traduzem com nitidez a influência do PSF no âmbito familiar, principalmente no que diz respeito à convivência entre os seus membros. Percebe-se um ganho social significativo para os assistidos no município de Moita Bonita, visto a família representar um sistema de interação interdependente com capacidade de alterar o comportamento dos outros com seus próprios movimentos (TRAD e BASTOS, 1998). Dessa forma, ressalta-se o potencial que o programa possui para mudar favoravelmente atitudes e comportamentos nas famílias.

Depoimentos extraídos de alguns profissionais do Grupo 1 reforçam como eles associam, também, o programa com a melhoria nos relacionamentos entre as pessoas da comunidade:

Através dos conselhos, reuniões e palestras as pessoas estão convivendo melhor.

As reuniões representam um ponto de encontro e de aproximação entre as famílias.

O inter-relacionamento das pessoas através das palestras que são feitas na comunidade favorece a interação.

Os entrevistados consagram com suas respostas a importância dos eventos promovidos pelo PSF no fortalecimento das relações entre as pessoas da comunidade. Ao percebê-lo como canal de aproximação e desenvolvimento entre as famílias e enaltecerem seu caráter educativo e integrador, salientam a sua relevância na formação de grupos fortes e coesos, o que igualmente se constitui ganhos para as famílias, haja vista o quanto essas pequenas células são importantes para o desenvolvimento delas e da sociedade como um todo. Nesse sentido acrescenta-se o posicionamento de Rosa e Labate (2005) de que o PSF foge à

concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que se caracteriza como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados.

Quanto à participação em atividades comunitárias e a disposição para a busca de soluções coletivas, menor percentual para as respostas afirmativas (63,6%), esse grupo entrevistado apresentou como argumentos às suas respostas a capacidade de trabalharem juntos, de participarem mais ativamente das atividades da comunidade e ainda de evitarem brigas entre eles. Mencionou, ainda, a mobilização das pessoas no caso de doenças e mortes como forma de evidenciar que as pessoas estão se relacionando melhor com vizinhos, colegas de trabalho e outros.

Alguns depoimentos dos ACS apresentam como essas alterações podem ser percebidas no cotidiano das famílias:

Fazem mutirão para limpeza de tanque e melhoramento nas estradas.

Estão formando um time de futebol; se reúnem para resgatar tradições.

Quando abre inscrições de alguma coisa todos se preocupam com a participação de todos.

Referindo às relações sociais com qualidade Slzai (1980, apud Augusto, 2000, p. 28) colocou que uma relação social tem qualidade quando há conhecimento, aprendizado internalizado de regras que são utilizadas na construção de um padrão de valores éticos.

Direcionando o olhar para os demais profissionais que integram a equipe do PSF em Moita Bonita duas situações são percebidas: nem todos os entrevistados manifestaram-se a respeito das mudanças na vida das famílias quanto às interações sociais e os que o fizeram apresentaram respostas com frequência mais elevada para a positividade (Tabela 5.2). Os profissionais que deixaram de apresentar posicionamento sobre a variável alegaram não possuírem conhecimentos sobre a vida das famílias, nesse tocante, que os permitissem responderem de forma mais abalizada. Tal fato surpreende em razão da exigência de que toda equipe identifique o contexto social em que vivem as famílias para que possa atuar dentro dos pressupostos estabelecidos para o programa, com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade ((MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000). Referindo-se ao princípio da integralidade, Alves (2005) afirmou que o olhar do profissional deve ser totalizante com apreensão do sujeito biopsicossocial, indo de encontro à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos.

Nessa abordagem, Oliveira e Spiri (2006), com base em estudos desenvolvidos, asseveraram que quando todos os membros da equipe conhecem, participam e acompanham as necessidades das famílias, a abordagem acontece na totalidade e é mais eficaz.

Quanto à frequência mais elevada para respostas positivas, esta ratifica a influência do programa na mudança da vida das famílias no âmbito das interações sociais. Alguns posicionamentos respaldaram as respostas dos profissionais e indicaram que os dois grupos participantes da pesquisa têm as mesmas percepções quanto à influência dos encontros promovidos pelo PSF na melhoria nos relacionamentos entre as pessoas. Enalteceram em suas respostas, que os grupos de dança dos idosos, incentivados pela necessidade de lazer e atividade física, e os encontros promovidos como o Dia do Idoso, o Hiperdia (hipertensos e diabéticos) e o Dia da Gestante, são fortalecedores das relações entre os assistidos pelo PSF.

Tabela 5.2 - Mudanças na vida das famílias, no âmbito das interações sociais, percebidas pelos médicos, enfermeiros, cirurgiões - dentistas, auxiliares de enfermagem e atendentes de consultório do PSF de Moita Bonita/SE, 2007.

Situações observadas	Sim		Não		Sem resposta		Total	
	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %
Melhoria no relacionamento da família	6	40,0	2	13,3	7	46,7	15	100
Melhoria no relacionamento com as pessoas da comunidade	8	53,3	3	20,0	4	26,7	15	100
Participação em atividades comunitárias	8	53,3	3	20,0	4	26,7	15	100
Disposição para a busca de soluções coletivas	6	40,0	4	26,6	5	33,3	15	100

Com base nas informações levantadas relacionadas à variável mudanças na vida das famílias quanto às interações sociais é possível assegurar a influência do PSF no modo de vida das famílias assistidas em Moita Bonita podendo-se constatar, ainda, que esta influência é benéfica uma vez que vem alterando paradigmas e introduzindo novos valores e crenças na vida das pessoas, deles originando comportamentos que levam a relações mais harmônicas, não só no âmbito familiar como também com vizinhos, parentes e amigos. Nesse sentido, as mudanças comportamentais são estratégias para a melhoria dos padrões de saúde e da qualidade de vida de modo geral que podem ser originadas de um engajamento ativo no controle social dos programas de saúde com repercussões na aceitabilidade social dos serviços (ATKINSON 1993; WILLIAMS, 1994 *apud* TRAD E BASTOS, 1998)

Na variável mudanças na vida das famílias quanto ao ambiente físico de moradia foram formuladas três questões aos entrevistados que versaram sobre: interesse das famílias em melhorar o ambiente físico doméstico, interesse em preservar o ambiente físico natural e satisfação com as condições de moradia, procurando-se extrair nesta última o que vem facilitando ou dificultando a vida das famílias nesse aspecto. As questões selecionadas para essa variável de pesquisa buscaram relacionar os aspectos da qualidade de vida expressos por Jannuzzi (2004), quando se referiu que os indicadores subjetivos de qualidade são construídos a partir do levantamento de um conjunto de impressões, opiniões e avaliações sobre diferentes aspectos do ambiente sócio-espacial da população, nos quais se inclui a satisfação quanto ao domicílio.

Os dados obtidos com relação às perguntas fechadas estão demonstrados na Tabela 5.3 onde é possível observar que o Grupo 1 apresenta percentuais bem mais expressivos para o sim nas três questões quando comparado ao Grupo 2, e que este último, mais uma vez, deixou de expressar, em sua totalidade, opinião para todas as questões formuladas. Consideraram, os não respondentes, o desconhecimento da vida das famílias neste aspecto.

Nesse sentido pode-se acrescentar que existem profissionais das equipes de saúde que não estão trabalhando de acordo com os princípios e diretrizes atuais da estratégia saúde da família e mais acentuadamente os que integram a equipe de saúde bucal visto o maior índice de “sem resposta” ou “não sei opinar” recaírem nos atendentes de consultório dentário. Nesse sentido Baldani *et al*, (2005) afirmaram que em razão da odontologia não estar presente desde o início no programa possivelmente acarretou prejuízos no processo de integralização dos profissionais co-relacionados.

Tabela 5.3 - Percepção dos profissionais atuantes no PSF de Moita Bonita/SE, 2007, quanto ao ambiente físico de moradia das famílias

Situações observadas	Grupo 1				Grupo 2						Total	
	Sim		Não		Sim		Não		Sem resposta		Sim	Não
	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %
Interesse em melhorar o ambiente físico doméstico	22	100,0	-	-	10	66,6	1	6,7	4	26,7	37	100
Interesse pela preservação do ambiente físico natural	18	81,8	4	18,2	6	40,0	5	33,3	4	26,7	37	100
Satisfação com as condições de moradia	21	95,5	1	4,5	7	46,7	3	20,0	5	33,3	37	100

Para as duas primeiras perguntas formuladas aos profissionais entrevistados buscou-se identificar os fatos que os levavam a responder afirmativamente. No que se refere à melhoria do ambiente físico doméstico, a compra de televisão, móveis e outros objetos são as provas mais evidentes, para os profissionais do Grupo 1 e do Grupo 2, de que as famílias têm interesse em melhorar o local onde vivem. Outro fato considerado por eles é a limpeza e a arrumação da casa, seguido da busca de maior conforto com a construção de banheiros, pintura e a extinção das casas de taipa.

Quanto à compra de móveis, eletrodomésticos e outros itens capazes de produzir mais satisfação e conforto para as famílias, muitos depoimentos fazem referência ao uso dos recursos do Programa Bolsa Família para este fim. São manifestações dos agentes comunitários de saúde a este respeito:

O Bolsa Família tem contribuído para arrumar as casas; as pessoas compram móveis e geladeiras.

O Bolsa Família tem ajudado as famílias a adquirirem itens como DVD, televisão e antena parabólica.

As famílias usam a ajuda do governo para compra de objetos e melhoria da casa.

Querem bons móveis. Usam o Bolsa Família para a compra de eletrodomésticos.

Os depoimentos dos profissionais demonstraram que as famílias beneficiárias do PSF e concomitantemente do Programa Bolsa Famílias (PBF), não estão observando com a atenção devida os reais propósitos do programa de transferência de renda. No Decreto 5209 de 17 de setembro de 2004, que regulamenta o programa, estão definidos como seus objetivos: I - promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; II - combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; III - estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; IV - combater a pobreza; e V - promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público (BRASIL, 2004). Como pode ser percebido, o PBF é voltado às famílias em situação de pobreza para que possam ser garantidas a elas condições mínimas para uma vida digna e possibilidades de sustentabilidade. Dessa forma, é esperado pelo governo federal que esse recurso seja utilizado na promoção da saúde e na emancipação das famílias, visto que é condição para esse recebimento, a participação efetiva das famílias no processo educacional e nos programas de saúde que promovam melhoria das condições de vida na perspectiva da inclusão social

No que concerne ao interesse das famílias pela preservação do meio natural, observa-se na Tabela 5.3 que as opiniões dos integrantes do Grupo 2 são bem divididas. Constata-se, ainda, essa dicotomia através dos depoimentos de dois profissionais enfermeiros que representam posicionamentos essencialmente contrários quanto à mesma questão. É depoimento de um deles: *“Ainda não existe entre as famílias conscientização a respeito da relevância da preservação do meio-ambiente”*. Outro assim coloca: *“É exemplo de preservação ambiental no município a conscientização para a coleta de lixo e o armazenamento adequado, não deixando o lixo a céu aberto”*.

Direcionando o olhar para os agentes comunitários de saúde (profissionais com condição de melhor observar mudanças na vida das famílias), têm-se alguns fatos que evidenciam cuidados com o meio natural. São manifestações dos ACS entrevistados:

As famílias acondicionam o lixo para a coleta; alguns enterram.

Evitam deixar lixo à toa; cuidam para que a água da lavanderia não seja contaminada com água sanitária.

Limpam açudes, não deixam poluir.

Só desmatam quando não têm alternativa.

Cuidam das plantas e do armazenamento do lixo.

Observa-se através das colocações dos ACS a existência de mudanças nos hábitos das famílias, principalmente no tocante ao cuidado com o lixo e com a água, fontes de contaminação e comprometimento da saúde. Pode-se supor que estas transformações estejam relacionadas às ações educativas do programa que visam orientar e alertar as famílias quanto aos riscos e às melhorias que podem ser implementadas através dos cuidados com o meio natural. Nesse sentido, insere-se o posicionamento de Buss (2000, p. 174): *“A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida com um estado dinâmico, socialmente produzido”*.

O último questionamento formulado aos entrevistados relativo à variável mudanças no ambiente físico de moradia versou sobre a satisfação com a condição de moradia.

As respostas obtidas com o questionamento fechado e demonstradas através da Tabela 5.3 apontaram que mais de 80% das famílias beneficiadas, na percepção dos entrevistados, estão satisfeitas com a sua condição de moradia. Contudo, os agentes comunitários de saúde (Grupo 1) são mais enfáticos na afirmativa. Entre esse grupo, 95,5% responderam

afirmativamente. Dos respondentes do Grupo 2, menos de 60% perceberam que as famílias estão satisfeitas com as condições do local onde vivem.

Complementando a questão, levantaram-se, junto aos profissionais dos dois grupos, algumas situações que contribuíam para que as famílias se sentissem satisfeitas com seu ambiente físico de moradia. Foram elencados pelos entrevistados, com mais frequência, a existência de escolas próximas e de boa qualidade, o acesso aos serviços de saúde e o transporte facilitado, para as escolas, feiras e serviços médicos. Alguns entrevistados foram além desses itens e apresentaram em seus depoimentos outros fatores como propiciadores de maior grau de satisfação das famílias com o local onde residem. São manifestações dos entrevistados quanto à questão:

O que contribui para a satisfação das famílias são as sugestões para que os lares sejam transformados em um ambiente de paz, harmonia, zelo, de higiene e de melhoria da condição de saúde e da qualidade de vida. (Enfermeiro)

As melhorias conseguidas através dos projetos da prefeitura melhorando as condições de habitação. (ACS)

Pelo habito de morarem no lugar. (ACS)

Por ter onde plantar, água encanada, energia e dá para sobreviver. (Auxiliar de enfermagem)

Pelo sossego, tranqüilidade e segurança. (ACS)

No primeiro depoimento o entrevistado associa o espaço físico de moradia com outros elementos percebidos por ele como relevantes para o cotidiano das famílias que estão intrinsecamente ligados a saúde. No seu posicionamento deixa transparecer o compromisso existente nas equipes em interferir na vida dos assistidos, nesse sentido, o que é extremamente relevante para a mudança de valores e atitudes. Trad *at al.* (2002) ao descreverem a perspectiva dos profissionais atuantes no PSF, quanto ao trabalho por eles desenvolvido enfatizaram: “Expressam um sentimento de satisfação notável com o trabalho pautado em ideais/empenho, motivação, que lhes permite o confronto com a realidade concreta e a abertura a experimentação através de novas linguagens”.

A fala do agente comunitário (segundo depoimento) enfoca o potencial que possuem as ações empreendidas pelo governo municipal na melhoria das condições de habitação das famílias ressaltando a sua influência na geração de satisfação com o ambiente físico de moradia dos beneficiários do programa.

Nos três últimos depoimentos, além dos aspectos concretos como água, energia, segurança e as condições de gerar sobrevivência, emergem outros que são bastante

subjetivos e próprios de um determinado contexto histórico e social em que vivem as pessoas. Esses aspectos se constituem elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar (MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000).

Procurou-se ainda investigar, junto aos que responderam que as famílias estão insatisfeitas com o local onde fixaram residência, quais os motivos da não satisfação. Os manifestantes, quase todos do Grupo 2, apresentaram como argumentos:

Quando é período de inverno as famílias reclamam das estradas ruins. (ACS)
Nunca estão satisfeitas com o ambiente em razão do lixo da água contaminada, etc. (Auxiliar de enfermagem)
Dificuldade de transporte, acesso a serviços especializados, falta de lazer. (Médico)
Na zona rural as pessoas têm dificuldade de água de boa qualidade e fácil acesso. (Médico)

Nesse sentido, as manifestações de não satisfação como o local de residência perpassa por outras ações e políticas intervenientes que não devem estar ativas.

Considerando o conjunto de informações tratadas nesta variável é possível assegurar no universo pesquisado que há mudanças a serem consideradas no campo do ambiente físico de moradia das famílias. Pode-se igualmente atribuir que parte das mudanças está relacionada à elevação do nível de consciência que as famílias estão atingindo, fruto do aprendizado proveniente da participação em palestras educativas e do relacionamento mais próximo com profissionais do Programa Saúde da Família, cujas funções incluem as de orientadores e inibidores de comportamentos comprometedores do *habitat* dessas famílias.

Deduz-se ainda neste campo da pesquisa que na satisfação com o domicílio, considerada como um dos indicadores da qualidade de vida (Minayo, Hartz e Buss, 2000), aparecem fatores intervenientes, advindos de outras políticas e ações públicas, como a oferta de transporte, escolas de boa qualidade e a ampliação de renda, oportunizada pelo Programa Bolsa Família. Além disso, sobressaem a existência de valores, crenças e hábitos que fazem com que as pessoas se sintam satisfeitas por morar num lugar onde podem plantar e que ofereça sossego e tranquilidade.

No que se refere às mudanças relativas ao trabalho e renda três aspectos foram considerados na pesquisa: a disposição física para o trabalho, a satisfação em desenvolvê-lo e o estímulo para buscar novas atividades que possam gerar ampliação do nível de renda familiar.

Foram formuladas inicialmente questões fechadas com duas opções de resposta: sim ou não. Complementando-as foram busca das informações que pudessem fazer emergir os fatos, razões ou evidências que respaldassem as respostas dos profissionais entrevistados.

A primeira questão levantada versou sobre a existência ou não de vigor para o trabalho entre as pessoas da família em idade produtiva. Dos profissionais entrevistados atuantes no PSF em Moita Bonita, 86,5% responderam que das pessoas se sentiam com disposição para o trabalho, 2,7% disseram que não e 10,8% dos respondentes deixaram de manifestar opinião quanto à questão. Na figura Figura 5.2 observam-se esses percentuais distribuídos entre os dois grupos, onde se evidencia que os profissionais que se abstiveram à resposta pertencem ao Grupo 2. Desses, três são atendentes de consultório dentário que justificaram a ausência de resposta com “*não sei opinar*”, demonstrando, mais uma vez, que esses profissionais não parecem conhecer com maior profundidade a vida dos assistidos. Baldani *et al* (2005), em estudo sobre a inclusão da odontologia no PSF no estado do Paraná, atribuem que o fato dela não estar presente desde o início do programa pode ter ocasionado formas variadas no processo de implantação das equipes de saúde bucal. Adiciona-se a isto a necessidade de capacitações das equipes para que possam melhor entender os propósitos definidos para o programa, no qual o contexto social em que vivem as famílias é parte fundamental.

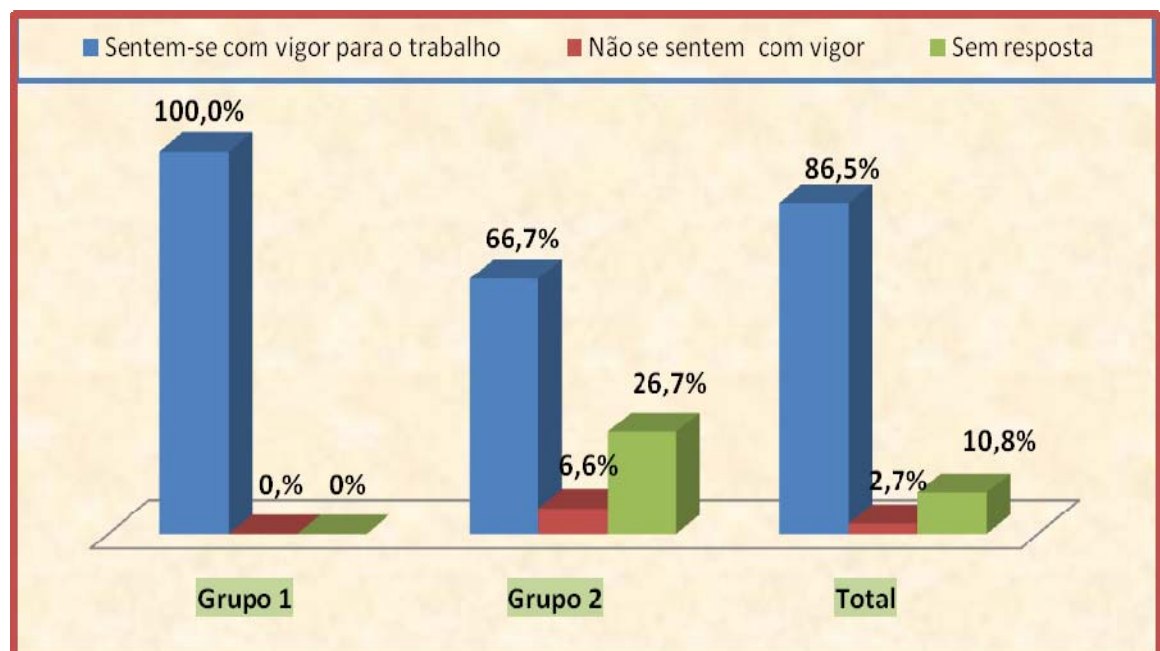


Figura 5.2 - Existência de vigor para o trabalho nas famílias beneficiárias do PSF na percepção dos profissionais de saúde de Moita Bonita/SE

Quando questionado, aos que responderam afirmativamente, sobre como esta condição poderia ser observada nas famílias, a maioria (34,3%) se referiu à energia, ao ritmo que as pessoas empreendem no trabalho. São depoimentos dos entrevistados dos dois grupos:

Pessoas idosas e aposentadas ainda trabalham na roça. (Odontóloga).

Os pacientes sentem-se dispostos para o trabalho e preocupados quando não podem exercer suas atividades. (Médica).

Os da roça dedicam-se a ela; os mais jovens saem cedo para negociar, vão em busca de frutas, verduras e roupas para negociar. (ACS.)

Quem não tem sítio, trabalha no sítio do vizinho. (ACS).

Possuem com que sobreviver e continuam trabalhando. (ACS).

Pela força de vontade de continuarem trabalhando. (Auxiliar de enfermagem).

Enfrentam dificuldades e falta de compensação pelo esforço empreendido e continuam perseverantes diante da situação. (ACS).

No que concerne à disposição para o trabalho, evidencia-se através das falas a existência de boas condições saúde, elemento referenciado como fator de qualidade de vida desde a medicina social, nos séculos XVIII e XIX (Minayo, Hartz e Busss, 2000) e que, na percepção dos entrevistados, está presente na vida das famílias. Outro ponto que pode ser observado e igualmente relacionado à qualidade de vida é o valor que as famílias atribuem ao trabalho, concebendo-o como fator de realização pessoal, elemento presente entre as cinco dimensões propostas por Flanagan para avaliar a qualidade de vida (Santos *et al*, 2002).

Outras vertentes foram percebidas nos posicionamentos dos profissionais:

Pela dedicação ao trabalho, assiduidade e compreensão da necessidade de atividades laborativa para a melhoria da qualidade de vida. (Médica).

As pessoas trabalham diariamente mesmo sábados e domingos e feriados. A cidade não dispõe de amplo mercado de trabalho. (Enfermeira).

Não há ainda no município um programa de geração de renda; não há muitas possibilidades de trabalho no local e os jovens se sentem ociosos. (Odontóloga).

No primeiro depoimento o profissional entrevistado admite um nível de conscientização nas famílias quanto a importância da atividade produtiva para a melhoria da qualidade de vida. Nessa concepção o trabalho ultrapassa a dimensão de meio de sobrevivência das famílias para ser identificado, também, como fonte de manutenção da saúde e, portanto, da qualidade de vida.

Os outros dois depoimentos fazem emergir a realidade brasileira onde as reduzidas oportunidades de geração de renda nas pequenas cidades levam seus habitantes a um grande esforço físico para conseguir gerar recursos e manter com dignidade a família. Evidencia, ainda, a inexistência de perspectiva de trabalho para os jovens, igualmente danosa em uma sociedade. Nesse dimensionamento percebe-se a necessidade de serem implementadas políticas na área social para que possam surtir alterações desse cenário, sem as quais se torna impossível que o patamar mínimo e universal para se falar em qualidade de vida, que diz respeito à satisfação mais elementares da vida humana, tais como: alimentação, habitação, trabalho, educação saúde e lazer, seja alcançado ((Minayo, Hartz e Busss, 2000).

O nível de satisfação com o trabalho é realizado pelas famílias também foi objeto de questionamento da variável analisada. Para o Grupo 1 a grande maioria das pessoas que desenvolvem atividades produtivas nas famílias assistidas se sentem satisfeitas com o trabalho que realiza. Já no Grupo 2 não se percebeu este mesmo direcionamento; as opiniões são bastante divididas. A Figura 5.3 mostra de forma mais objetiva como os dois grupos se posicionaram quanto à questão em pauta.

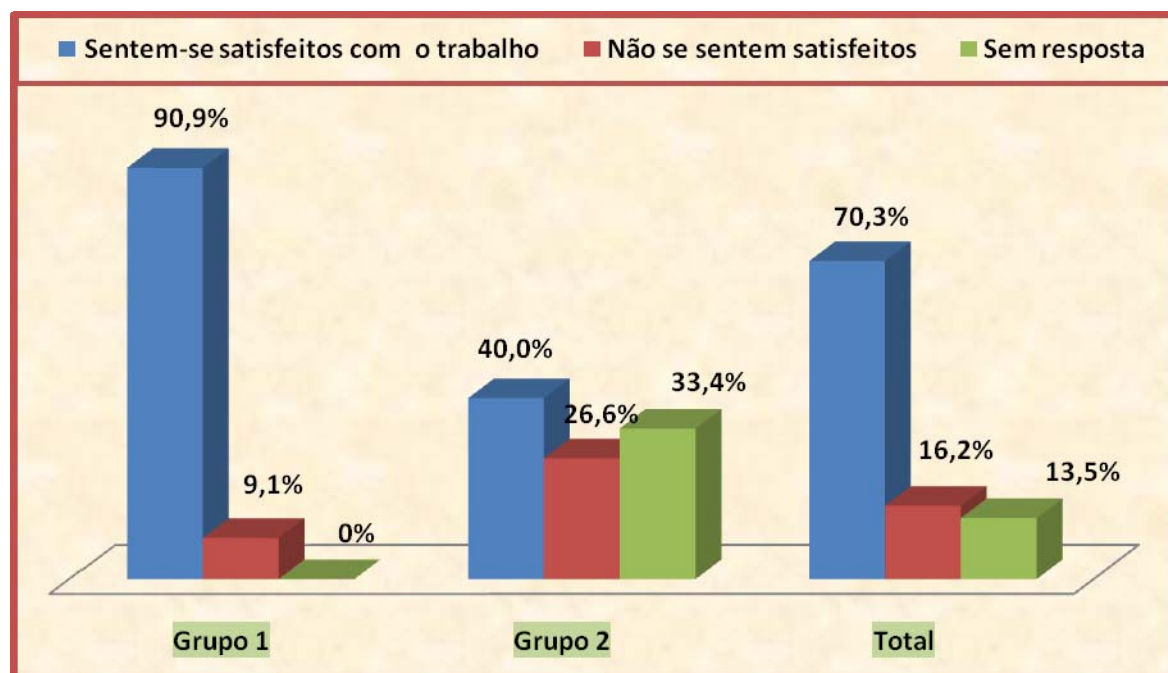


Figura 5.3 - Satisfação das famílias com o trabalho que desenvolvem na percepção dos profissionais de saúde de Moita Bonita/SE

Complementando a questão formuladas foram apresentadas pelos entrevistados as razões; isto é, o que leva as famílias a se sentirem satisfeitas ou insatisfeitas com o trabalho.

Quanto à satisfação, a mais expressiva razão foi o “gostam do que fazem” (37,5%). Para os dois grupos gostar, sentir prazer com o que desenvolvem é o maior gerador de contentamento no trabalho para as famílias. Alguns depoimentos foram colhidos dos dois grupos quanto à razão da satisfação:

Em razão do perfil; o trabalho produzido traz resultados, melhora a renda. (ACS)

Ganham dinheiro para o sustento. (ACS)

Cuidam, trabalham no que gostam, sentem-se saudáveis. (ACS)

Em função da falta de conhecimento e de outras oportunidades. (Enfermeiro)

A maioria tem terreno e trabalha na roça do outro. Sabem que não têm muitas alternativas. (ACS)

Não possuem muitas opções. Muitos não estudaram. (ACS)

As pessoas mais velhas não possuem alternativas a não ser a roça. (ACS)

A maioria já nasceu e se criou na roça, portanto não possuem dificuldades com o trabalho. (ACS)

Quem tem emprego, mesmo com pouco, sabe que pelo menos não está desempregado. (Enfermeiro)

Eles gostam de trabalhar na roça e ver sua produção crescer. (Auxiliar de Enfermagem)

Sentem-se produtivos por trabalharem por conta própria. (ACS)

Gostam do que fazem, mas outros reclamam que não têm outra opção. (Cirurgião - dentista)

Dá lucro e não possuem muitas opções. (ACS)

Fazem o que gostam de fazer, têm a renda para se manter. (ACS)

O gosto a satisfação pelo trabalho. Quem não tem sítio trabalha no sítio do vizinho. (ACS)

Às vezes quando dá um ano ruim a reclamação é geral. (ACS)

Dos depoimentos é possível extrair que além do gostar do que fazem outros impulsionadores ou mesmo inibidores são responsáveis pela satisfação com o trabalho desenvolvido pelas famílias. Elenca-se entre os motivos das famílias, segundo os entrevistados, o conformismo pela ausência de outras oportunidades. Neste caso, não se trata propriamente de satisfação e sim aceitação da condição que possuem, seja pela falta de escolaridade ou de opções de trabalho. Encontram-se ainda nos depoimentos os resultados que são conseguidos com a lavoura, o prazer no plantio e a satisfação de trabalharem por conta própria. Todos esses fatores concorrem para a melhoria da qualidade de vida. Para Nahas (2001) duas realidades

são importantes na qualidade de vida: a vida social e familiar, incluindo-se aí realidade do trabalho.

O aspecto negativo foi igualmente avaliado na pesquisa. As respostas reduzidas e pouco expressivas em termos percentuais apontaram que os entrevistados consideram que o motivo de insatisfação das famílias com o trabalho realizado está associado ao interesse por outras atividades não existentes na região, ao pouco estímulo oferecido pela atividade desempenhada e a baixa remuneração.

O terceiro aspecto, considerado neste campo da pesquisa, referiu-se ao estímulo que as pessoas têm para buscar novas atividades profissionais.

Para a maioria (81,8%) dos agentes comunitários de saúde as famílias assistidas pelo PSF em Moita Bonita sentem-se estimuladas para buscar outras opções de trabalho. Enfatizam em suas respostas a vontade que possuem de crescer e ter novas oportunidades como a principal razão deste estímulo. Colocam, ainda, que as pessoas são naturalmente produtivas e desta forma incentivadas para tentar o novo.

São depoimentos dos ACS:

As mulheres querem ajudar os maridos, viajam para Caruaru em caminhões para fazer compras e vender nas feiras.

Negociam no final de semana produtos da própria roça e de fora.

Bordam, fazem manicura, negociam nas feiras. Criam galinhas para vender. Matam animais para vender.

Fazem artesanato para vender e melhorar a renda.

As mulheres envolvem-se na lavoura em época da safra.

Os jovens, principalmente, vêm procurando ingressar numa faculdade, fazer cursos profissionalizantes, etc.

Formulando a mesma questão para aos médicos, enfermeiros, cirurgiões - dentistas, auxiliares de enfermagem e atendentes de consultório dentário, constatou-se que este grupo de profissionais tem percepção um pouco diferenciada dos ACS. Destes, 40% afirmaram que as pessoas sentem-se estimuladas para buscar novas atividades profissionais que possam garantir-lhes ampliação de renda, 26,7% negaram esta realidade e 33,3% não se manifestarem quanto a este item.

Os dois grupos são convergentes, contudo, quanto ao fato de apontarem que o estímulo das pessoas para as novas atividades está associado à vontade que possuem de crescer e ter novas oportunidades na vida.

Procurou-se conhecer as razões das famílias não estarem estimuladas para novas atividades profissionais que pudessem lhes proporcionar acréscimo na renda. Identificou-se que os entrevistados percebem entre os assistidos um estado de aceitação e acomodação que os impede de tentar o novo. Os depoimentos colhidos dos entrevistados permitem essa constatação.

A renda obtida é satisfatória. As famílias seguem os passos dos antepassados.

São pessoas mais acomodadas.

O bolsa família tem desestimulado.

Acham que está bom do jeito que está.

Uma grande maioria de jovem casa cedo e deixa de estudar, não buscando ampliar seus conhecimentos.

Não há no município programa de estímulo profissional.

O ensino público ainda não proporciona essa visão a muitos jovens; alguns buscam atividade profissionais

Sobre a variável mudanças relativas ao trabalho e à renda que incluiu indicadores como: disposição física para o trabalho, satisfação em desenvolvê-lo e o estímulo para buscar novas atividades que possam gerar ampliação do nível de renda familiar, é possível captar das respostas dos profissionais entrevistados que o PSF reflete positivamente no trabalho e na renda das famílias assistidas. O fato de continuarem trabalhando mesmo depois de estarem aposentadas, de empreenderem um ritmo satisfatório ao trabalho desenvolvido e se dedicarem a novas atividades profissionais, demonstra que estão em condições satisfatórias de saúde e ainda aptas a continuarem produzindo.

Percebe-se, contudo, que a condição de saúde das famílias, garantida pelas ações desenvolvidas através do programa representa apenas um elemento dentro deste universo. A vontade de crescer, de ascender, de ter outras oportunidades, colocada de forma expressiva pelos agentes comunitários de saúde como a razão principal para buscarem novas atividades que lhes proporcione o aumento de renda, evidencia que há motivação nas pessoas, um estado de ânimo que nem sempre advém do aspecto saúde, mas de todo um contexto que vivenciam, o que as impulsionam para alcançar ou atingir uma nova condição de vida. Nesse sentido, Augusto (2000), enaltecendo os indicadores subjetivos de qualidade de vida, refere-se à percepção das pessoas sobre suas próprias experiências, afirmando que são reflexo da cultura, valores, necessidades e perspectivas de bem-estar.

Esta vontade percebida pelos pesquisados, principalmente por aqueles que se relacionam de forma mais íntima com as famílias, demonstra que a maior parte da população assistida pelo PSF em Moita Bonita busca atingir um novo status, um patamar onde lhes seja assegurado o desenvolvimento de atividades prazerosas e rentáveis, que venham a lhes proporcionar ampliação do nível de qualidade de vida, classificada por Rufino-Neto (1992) como boa ou excelente quando é capaz de oferecer um mínimo de condições para que o indivíduo possa desenvolver ao máximo suas potencialidades, dentre elas a de viver, amar e trabalhar.

No que diz respeito à variável mudanças relativas à educação foram formuladas aos profissionais entrevistados duas questões. A primeira delas abordou o interesse de membros da família na continuidade dos estudos e a segunda procurou identificar se as famílias buscam ampliar conhecimentos através de cursos profissionalizantes.

Do primeiro inquérito formulado aos dois grupos, 54,1% dos respondentes afirmaram haver nas pessoas que integram as famílias interesse em darem prosseguimento aos estudos e 35,1% responderam que não. A Tabela 5.4 coloca em evidência o posicionamento dos profissionais ouvidos na pesquisa e destaca a divergência entre a percepção dos agentes comunitários de saúde (grupo 1) e os demais integrantes das equipes do PSF que atuam em Moita Bonita (grupo 2) quanto a esta questão.

Tabela 5.4 - Distribuição das famílias beneficiárias pelo interesse na continuidade dos estudos na percepção dos profissionais do PSF de Moita Bonita/SE, 2007.

Interesse	Grupo 1		Grupo 2		Total	
	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %
Têm interesse	16	72,7	4	26,7	20	54,1
Não têm interesse	6	27,3	7	46,6	13	35,1
Sem resposta	-	-	4	26,7	4	10,8
Total	22	100,0	15	100,0	37	100,0

Complementando a questão fechada, procurou-se conhecer o que fundamentava as respostas dos entrevistados. Dos que responderam afirmativamente destacam-se como razões da evidencia apontada:

Maior facilidade de acesso, maior incentivo à educação de adultos. (Médica)

O desenvolvimento e a valorização do estudo. (ACS)

Pela construção de uma universidade pública federal no município pólo regional próximo a Moita Bonita. (Cirurgião - dentista)

O Programa Jovens e Adultos tem estimulado e levado muitos a ler. (ACS)

Para ganhar distinção. (ACS)

Para melhorar a renda. (Cirurgião - dentista)

Para ter mais oportunidades profissionais. (ACS)

Pela busca de novos conhecimentos. (ACS)

Os depoimentos tornam evidente que os dois grupos percebem impulsionadores na vida das famílias para dar continuidade aos estudos. Alguns são provenientes do meio externo e dizem respeito às oportunidades/facilidades que chegam até as famílias advindas de programas educacionais do governo; outros representam o desejo de ascensão, a vontade crescer e ganhar projeção na vida, presentes nos valores humanos básicos definidos por Maslow (1954 apud Gouveia, 2003) nos quais estão incluídos o êxito, a projeção e o sucesso.

Os profissionais que afirmaram que as famílias não têm interesse em prosseguir nos estudos expuseram como razões a ausência de programa de estímulo profissional no município, o casamento cedo, o conformismo e o Programa Bolsa Família.

Das quatro razões expostas pelos entrevistados é possível extrair: que eles percebem certo estado de acomodação das famílias em razão das reduzidas perspectivas de trabalho oferecidas pelo município; que eles avaliam que os casamentos antecipados, muitas vezes na adolescência, distanciam as pessoas das salas de aula, ou por acreditarem que já atingiram o patamar desejado ou por necessitarem trabalhar para garantir o sustento da família; que percebem no Programa Bolsa Família uma influência negativa quando extingue em certas pessoas a vontade de expandirem seus conhecimentos e tornarem-se produtivas. Nesse sentido, percebe-se um equívoco das famílias no entendimento do que representa o programa cujos objetivos é também o de promover a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza (BRASIL, 2004), não sendo esse, portanto, um programa permanente e com fim em si mesmo. Com esse raciocínio ficam comprometidos a intersectorialidade, complementariedade e sinergia das ações sociais do poder público, o que é igualmente lamentável.

A segunda questão contida nesta variável referiu-se ao interesse das famílias pelos cursos profissionalizantes. Não se percebeu posicionamentos convergentes nos dois grupos entrevistados. A maioria dos médicos, enfermeiros, cirurgiões - dentistas, auxiliares de enfermagem e atendentes de consultório dentário (Grupo2) evidenciaram em suas respostas que as famílias assistidas não têm interesse em qualificar-se profissionalmente. É expressivo também neste grupo o percentual de profissionais que não se manifestaram sobre a questão, o que mais uma vez confirma pouco conhecimento desses profissionais sobre a vida das famílias no tocante aos aspectos sócio-ambientais onde educação se insere e compõem os elementos fundamentais da qualidade de vida (MINHAYO, HARTZ E BUSS, 2000). A Tabela 5.6 coloca de forma mais elucidativa como os dois grupos se posicionaram quanto ao assunto.

Tabela 5.5 – Distribuição das famílias beneficiárias pelo interesse por cursos profissionalizantes na percepção dos profissionais do PSF de Moita Bonita/SE, 2007.

Interesse por cursos profissionalizantes	Grupo 1		Grupo 2		Total	
	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %
Têm interesse	16	72,7	1	6,7	17	46,0
Não têm interesse	6	27,3	9	60,0	15	40,5
Sem resposta	-	-	5	33,3	5	13,5
Total	22	100,0	15	100,0	37	100,0

Quanto ao motivo, os agentes comunitários de saúde apontaram com mais frequência: a vontade de crescer, de ir mais adiante e ter mais oportunidades profissionais. No Grupo 2, o único profissional que respondeu positivamente à questão alegou como motivo a melhoria da renda. Sobre os cursos de maior interesse das famílias, somente os agentes comunitários de saúde se manifestaram a respeito, apontando os cursos nas áreas de artesanato/bordado, informática e saúde/auxiliar de enfermagem como os mais buscados pelos membros das famílias.

Das respostas obtidas dos dois questionamentos que compõem a variável educação constatou-se inicialmente que para os entrevistados as famílias não demonstram de forma

mais expressiva interesse em dar continuidade nos estudos regulares ou mesmo ingresso nos cursos profissionalizantes; em ambas as questões levantadas as respostas positivas não ultrapassaram 60%. Averiguou-se ainda relacionando a variável educação com a variável trabalho e renda, que os motivos, na percepção dos entrevistados, que levam as famílias a buscar novas atividades profissionais são os mesmos que as levam a prosseguirem nos estudos regulares ou mesmo ingressarem em cursos profissionalizantes: querem crescer na vida, querem ter novas oportunidades e garantirem um aumento na renda.

Ainda sobre a variável em análise Identifica-se que os entrevistados, ao apresentarem dentre as razões da continuidade dos estudos pelas famílias, a facilidade de acesso (transporte), as chances de ingressarem em programas especiais de educação e a oferta de cursos universitários gratuitos, estão afirmando a existência de uma conjunto de ações caracterizadas como promoção de saúde, sustentada modernamente no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo dentre eles as oportunidades de educação ao longo de toda vida (BUSS, 2000).

Dessa forma, é possível captar que o município estudado coloca em prática ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde e oferta à população aquilo que possa levá-la a ser mais feliz e produtiva conforme estabelecido nas bases referenciais do PSF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Na variável de pesquisa mudanças relativas ao lazer buscou-se identificar dos profissionais participantes da pesquisa se as famílias assistidas pelo PSF em Moita Bonita buscam desfrutar de atividades de lazer. A grande maioria (90,9%) dos agentes comunitários de saúde entrevistados respondeu afirmativamente. Os demais profissionais envolvidos (Grupo2) se dividiram equitativamente entre as três possíveis alternativas de manifestação. A Tabela 5.6 coloca com mais evidência o resultado obtido com a questão em pauta deixando mais uma vez sobressair o desconhecimento de alguns profissionais das equipes (com forte incidência na equipe de saúde bucal) sobre o cotidiano das famílias beneficiárias. Baldani *et al* (2005) em estudos desenvolvidos sobre a inclusão da odontologia no PSF, no estado do Paraná, constataram que tanto os cirurgiões dentistas quanto os auxiliares têm dificuldade de escapar do modelo de atenção tradicional, estando basicamente envolvidos em atividades clínicas.

Extraí-se dos dados apresentados na Tabela 5.6 a diferença de percepção entre os dois grupos. Quase todos os profissionais que estão em contato mais permanente com as famílias (Grupo 1) afirmaram que elas buscam atividades de lazer, já do Grupo2, composto pelos médicos, enfermeiros, cirurgiões - dentistas, auxiliares de enfermagem e atendentes de

consultório dentário, apenas 33,3% foram de mesma opinião. A esse distanciamento atribui-se o pouco contato destes profissionais com as famílias, principalmente nos finais de semana onde são ampliadas as ofertas de lazer e os membros da família podem mais facilmente usufruí-las.

Tabela 5.6 – Distribuição das famílias assistidas pelo interesse nas atividades de lazer na percepção dos profissionais do PSF de Moita Bonita/SE, 2007.

Interesse pelas atividades de lazer	Grupo 1		Grupo 2		Total	
	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %
Buscam atividades de lazer	20	90,9	5	33,33	25	67,6
Não buscam atividades de lazer	2	9,1	5	33,33	7	18,9
Sem resposta	-	-	5	33,33	5	13,5
Total	22	100,0%	15	100,0	37	100,0

Com o propósito de obter mais elementos que propiciassem o aumento do campo de análise da variável em questão, duas perguntas complementares foram adicionadas ao roteiro de entrevista.

As respostas demonstraram que os esportes em geral, as festas, os aniversários e os passeio escolares são as atividades de lazer mais freqüentes na vida dos moitenses. Quanto à razão os respondentes foram quase unânimes ao apresentar o entretenimento como o maior impulsionador da busca pelas atividades apresentadas. Todavia, alguns profissionais elegeram a saúde e a oportunidade de estarem junto com outras pessoas como motivadores para a busca de atividade de lazer. São depoimentos colhidos dos entrevistados:

As famílias buscam serestas, leilões e aniversários para o divertimento. (ACS)

Os esportes para o entretenimento e pelas poucas opções de lazer. (ACS)

As festas, passeios, futebol, praia e piscina para o divertimento. (ACS)

Os passeios da escola, o futebol e as festas no clube, principalmente se envolve saúde. (ACS)

Atividades esportivas e grupos de dança pelo maior esclarecimento do bem para a saúde a prática de atividades físicas e o lazer em geral. (Médica)

O passeio e a dança por permitirem estar juntos em grupos. (Auxiliar de enfermagem)

Dança e passeio por quererem se divertir e estar junto com outras pessoas. (Auxiliar de Enfermagem)

Atividades realizadas pela igreja. Porém ainda há necessidade de lazer para a população moitense. (Cirurgião - dentista)

Observa-se, através das falas dos profissionais, que existe entre as famílias a consciência de que as atividades esportivas e outras que exijam maior movimento do corpo são capazes de produzir, além do entretenimento, benefícios à saúde da população. Há ainda nos depoimentos dos entrevistados o entendimento de que as famílias buscam o lazer pela oportunidade de estar junto com outras pessoas. Nesse tocante sobressai o valor atribuído por elas ao prazer do convívio, indicador subjetivo da qualidade de vida assim como a felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo (GIACOMONI, 2004).

No que concerne à relação lazer, qualidade de vida e PSF é possível deduzir, através das respostas apresentadas, que novos entendimentos estão sendo assimilados pelas famílias que passam a valorizar aspectos relevantes para uma vida saudável tanto no aspecto físico como no social.

No estudo da variável mudanças relativas aos sentimentos experimentados foram levantados junto aos respondentes da pesquisa quais sentimentos mais presentes na vida das famílias nos últimos anos oferecendo a eles como opções de resposta: independência, solidariedade, descrença, stress, harmonia, felicidade, mau humor, determinação, bem-estar, ansiedade, desespero e depressão, sendo permitido aos entrevistados apontar mais de um sentimento. O resultado demonstrado na Tabela 5.7 evidencia que os grupos são convergentes unicamente quanto à solidariedade; ambos a pontuaram como o sentimento mais presente entre as famílias assistidas. Para o Grupo 1 são expressivos também a felicidade, o bem-estar, a harmonia, a independência e a determinação. Já para o Grupo 2 são percebidos com mais frequência entre as famílias, depois da solidariedade, a ansiedade, a felicidade e o bem-estar.

Tabela 5.7 - Sentimentos predominantes na vida das famílias assistidas nos últimos anos na percepção dos profissionais de saúde atuantes no PSF de Moita Bonita/SE, 2007.*

Sentimentos	Grupo 1		Grupo 2		TOTAL	
	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %	Freq. Absoluta	Freq. %
Solidariedade	20	16,1	9	19,1	29	17,0
Felicidade	19	15,3	6	12,8	25	14,6
Bem-estar	17	13,7	5	10,6	22	12,9
Harmonia	17	13,7	4	8,5	21	12,3
Independência	15	12,1	3	6,4	18	10,5
Determinação	15	12,1	2	4,3	17	9,9
Ansiedade	10	8,1	7	14,9	17	9,9
Stress	6	4,8	2	4,3	8	4,7
Depressão	1	0,8	5	10,6	6	3,5
Descrença	-	-	4	8,5	4	2,3
Mau humor	3	2,4	-	-	3	1,8
Desespero	1	0,8	-	-	1	0,6
TOTAL	124	100,0	47	100,0	171	100,0

*Cinco profissionais do Grupo 2 deixaram de se manifestar sobre a questão, alegando pouco capacidade de opinar a respeito.

Complementando a questão foi solicitado que os entrevistados identificassem qual dos sentimentos apontados se sobressaia dos demais e como este poderia ser explicado/justificado.

São depoimentos dos entrevistados explicando o sentimento solidariedade:

Por ser um município pequeno onde todos se conhecem, o respeito e o cuidado com o próximo são comuns. (Enfermeiro)

Consciência da necessidade de ajuda mútua como forma de melhorar o resultado coletivo. (Médico)

Quando necessitam sempre estão juntos. (Aux. de enfermagem)

Se alguém passa necessidade se juntam para ajudar. (ACS)

As pessoas ajudam os outros; gostam de ajudar. (Aux. de enfermagem)

Gostam de ajudar,; chegam junto na doenças. (ACS)

São depoimentos dos entrevistados relacionados à independência e à determinação:

Sabem o que querem, procuram agir, dão preferência ao trabalho. (ACS)

As mulheres vão à luta; trabalham, fazem algo para ajudar o marido. (ACS)

As mulheres trabalham, batalham para colocar as coisas em casa (roupas, calçados e móveis). Não esperam pelos maridos – possuem coragem e iniciativa. (ACS)

As pessoas demonstram força de vontade, persistência. (ACS)

Vão à busca do que almejam. (ACS)

Têm força de vontade para batalhar e vencer; as mulheres, principalmente. (ACS)

São explicações dos dois grupos entrevistados quanto à ansiedade e depressão:

As pessoas são predispostas à ansiedade e à depressão em função da vida no campo que não oferece muitas atividades que preencham suas vidas. (Médico)

A depressão é motivada pela ausência de lazer, pela condição social, pela falta de emprego e pela desarmonia conjugal. (Cirurgião - dentista)

Os últimos fatos ocorridos (assassinatos) têm deixado pessoas em estado de desespero. (ACS)

A principal causa da ansiedade é a falta de emprego para jovens e a dificuldade enfrentada no trabalho agrícola. (Médico)

Os grupos, como forma de melhor expressarem o que percebem e captam das famílias com relação aos seus sentimentos, apresentaram complementos às suas respostas que permitiram não só a obtenção de mais elementos para a análise bem como o quanto conseguem ser distintos nessa percepção.

Não reclamam da situação; se divertem; as relações afetivas são marcantes; levam a vida de forma leve; aceitam a condição vivida. (ACS)

Muitas pessoas ainda possuem crenças antigas, mesmo sendo informadas com relação a determinadas ações que promovem a saúde, elas não confiam que aquela informação seja eficaz. (Enfermeiro)

A população de Moita Bonita demonstra, em sua maioria, muita solidariedade, muita alegria, descontração e bem-estar que a vida interiorana ainda possui.

São, todavia, descrentes nas questões políticas, sociais e de saúde. Têm ansiedade, querem ver melhoradas e resolvidas as suas necessidades, desde as mais simples até aquelas mais macros, que dependem de políticas mais centrais. (Cirurgião - dentista)

As pessoas são felizes; muitas delas são exemplos de vida. (ACS)

Apesar de existirem sentimentos contraditórios devido ao grande número de famílias, temos que lembrar que no Brasil mesmo na miséria as pessoas ficam alegres. O predominante, contudo, são sentimentos ruins devido às dificuldades de emprego e da violência que tem aumentado muito na região. (Enfermeiro)

O Programa Saúde da Família tem contribuído para as pessoas vivenciarem sentimentos bem mais positivos. (ACS)

Atentando-se inicialmente aos quatro sentimentos mais evidenciados pelo Grupo1 - solidariedade, felicidade, bem-estar e harmonia - constata-se que as famílias assistidas, na percepção desses profissionais, cultivam sentimentos muito favoráveis ao equilíbrio das emoções e ao bom convívio. Complementando essas informações com as colocações mais gerais elencadas é possível entender que na ótica desses profissionais as famílias encontram na simplicidade, e mesmo nas dificuldades de suas vidas, razões para se sentirem satisfeitas. Nesse direcionamento, Albuquerque e Tróccoli (2004) afirmam que a satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de alguns domínios específicos da vida que depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido.

Analisando os dados numéricos contidos na Tabela 5.7 percebe-se convergência na percepção dos dois grupos quando ambos elegem a solidariedade como o sentimento predominante na vida das famílias. Todavia, quando os médicos, enfermeiros, cirurgiões - dentistas, auxiliares de enfermagem e atendentes de consultório dentário apontam a ansiedade como o segundo sentimento mais presente no cotidiano dessas famílias, apresentam divergência dos ACS, que a coloca em posição bem inferior. Observados os depoimentos desses profissionais acentua-se o olhar distanciado e contrário entre os dois grupos entrevistados. Nas falas, os integrantes do Grupo 2 demonstram o quanto são capazes de avaliar a vida das famílias sob uma ótica bem mais negativa. Alguns chegam a reconhecer aspectos bons, mas sempre os contrapõe com o inverso.

Dessa avaliação sobressaem dois entendimentos: a maioria dos profissionais do Grupo 2 têm formação superior e possuem nível econômico e social bem distinto das famílias, o que os leva, invariavelmente, a fazer comparativos entre suas vidas e as dos beneficiários, ficando difícil para eles entender realidades tão distintas; o encontro entre os profissionais do Grupo 2 com as famílias acontece na maioria das vezes nas Unidades de Saúde, ocasião em que as

peessoas vivenciam momentos de tensão ou mesmo de dor e deixam transparecer seu lado mais sofrido.

Mesmo encontrando justificativas para as percepções opostas, constata-se, quando avaliado os dois grupos juntos, que há predominância de sentimentos positivos na vida das famílias e estes, embora não encontre no PSF a grande fonte geradora, são extremamente valiosos quando se avalia a qualidade de vida. Dessa forma, considerando a qualidade de vida como uma noção eminentemente humana da qual fazem parte o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria estética existencial (MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000), pode-se dizer que na vida das famílias moitenses assistidas pelo PSF estão presentes sentimentos propiciadores da qualidade de vida, contudo, a participação do programa, nesse sentido, é reduzida uma vez que as respostas dos entrevistados direcionaram bem mais para a existência de valores e traços culturais fortes e cristalizados na conduta das pessoas e não propriamente na mudança de concepções. Somente um dos respondentes fez menção à contribuição do programa na geração de sentimentos positivos.

Observadas as seis variáveis no conjunto infere-se que o programa está propiciando às famílias condições de perceberem a vida sobre uma nova perspectiva onde verdades deixam de ser absolutas, sentimentos são experimentados e novas situações são permitidas. A isto se denomina desenvolvimento e enriquecimento pessoal, dimensão utilizada para avaliar a qualidade de vida presente na Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, instrumento considerado bastante útil pela validade e confiabilidade de suas respostas (Gonçalves, Dias e Liz, 1999 *apud* Santos *at. al*, 2002).

Um dado que embasa estes argumentos são as equipes de saúde bucal, que introduzidas posteriormente, ainda não conseguiram perfeita interação com o programa e com os demais profissionais que compõem as equipes, a exemplo das atendentes de consultório dentário, que deixaram de apresentar respostas a um número considerável de questões contidas no instrumento de pesquisa, sob a alegação de não saberem expressar opinião. Nesse sentido, Moreira (1999 *apud* Emmi e Barroso, 2006) salientou que o cirurgião dentista somente deve ser incorporado à equipe de saúde da família após treinamento, que deve proporcionar a ele a compreensão das políticas de saúde. Complementou afirmando que esse profissional deve disseminar conhecimento entre os demais membros da equipe e estar apto para o desenvolvimento de atividades em grupo e educação em saúde.

5.4 Conclusão

A análise das variáveis deste estudo permitiram que se constatasse que o PSF, na percepção dos profissionais de saúde atuantes no município de Moita Bonita em 2007, tem propiciado mudanças na vida das famílias beneficiárias relacionadas a: interações sociais, ambiente físico de moradia, trabalho e lazer. Identificou, ainda, que, na ótica da maioria desses profissionais as famílias cultivam sentimentos que as fazem viver em equilíbrio e harmonia mesmo convivendo com dificuldades e situações adversas e que estes são oriundos de valores cultivados e traços culturais fortes que as motivam e delineiam suas vidas.

No que concerne às mudanças no âmbito das interações sociais, as respostas fornecidas pelos entrevistados evidenciaram que as reuniões, as palestras, as visitas dos profissionais às casas levando orientações e aconselhamentos têm propiciado às famílias uma relação mais saudável e harmônica entre os seus membros. Permitiram que se constatasse, também, que a junção dessas ações com a formação dos grupos específicos (de danças, idosos, gestantes, hipertensos), vem favorecendo a aproximação entre os beneficiários do programa bem como estimulando a participação destes em atividades comunitárias.

Quanto ao ambiente físico de moradia, os resultados indicaram que havia interesse das famílias em melhorá-lo através da aquisição de itens que embelezam as casas e produzem prazer e mais conforto. Existem também evidências da existência de maiores cuidados com a preservação do ambiente natural.

No tocante ao trabalho, o PSF, na ótica dos entrevistados, tem contribuído no sentido de proporcionar boas condições de saúde às famílias, tornado-as aptas para o trabalho e conseqüentemente mais produtivas, até mesmo os membros mais idosos. Detectou-se, que além de saudáveis, as pessoas, estão satisfeitas e orgulhosas com o que desenvolvem.

No que se refere ao lazer, os profissionais atuantes no programa perceberam que as famílias em Moita Bonita estão mais conscientes que podem encontrar nas atividades de lazer benefícios para a saúde e também usufruir do prazer do convívio, elemento apontado com relevância na pesquisa.

As respostas demonstraram que existe a necessidade de maior integração nas equipes que atuam no PSF de Moita Bonita e de um conhecimento mais abrangente por alguns profissionais da realidade em que vivem as famílias e da própria natureza do programa, o que levaria ao planejamento e a execução de ações bem mais focadas nas suas reais necessidades.

Este estudo traz o olhar dos profissionais de saúde do município acerca do PSF enquanto propiciador de qualidade de vida das famílias beneficiárias. Estudos complementares junto a essas famílias se fazem necessários para a obtenção de outros indicadores que possam contribuir na revisão e implementação de políticas públicas que se traduzam em ações exeqüíveis e de real valor no desenvolvimento e na melhoria da qualidade de vida de um expressivo contingente da população brasileira alcançados pelo PSF.

Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, Anelise Salazar; TROCCOLI, Bartholomeu Tôrres. Development of a subjective well-being scale. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 20, n. 2, p.153 -165, 2004.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005.

ATKINSON, S.J. 1993. Anthropology in research on the quality of health services. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 283-299, 1993.

AUGUSTO, Lia Geraldo Silva. Qualidade de Vida: necessidade reflexiva da sociedade contemporânea. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, v.5, n.1, p.27-28, 2000.

BALDANI, Márcia Helena et. al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Políticas de Saúde. Informes Técnicos Institucionais. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

BRASIL. Decreto 5209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei 10.832, de 09 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Disponível na internet em <http://sna.saude.gov.br/legila/legisla/gest>.

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. Série Pactos pela Saúde. v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

EMMI, Danielle Tupinambá; BARROSO, Regina Fátima Feio. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2006.

Fundação Nacional de Saúde. **Saúde dentro de casa:** Programa Saúde da Família. Brasília: Fundação Nacional da Saúde, 1994.

GONÇALVES, L.H.T., DIAS, M.M., LIZ T.G. Qualidade de vida de idosos independentes segundo proposta de avaliação de Flanagan. **O mundo da saúde.** v. 23, n. 4, p. 214-220.

GIACOMANI, Claudia Hofheinz. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia** - Sociedade Brasileira de Psicologia, São Paulo, v.12, n.1, p.43-50, 2004.

GOUVEIA, Valdiney V. A natureza motivacional dos valores humanos: evidências acerca de uma nova tipologia. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 8, n. 3, p. 432-443, 2003.

GONZÁLEZ-REY, Fernando Luis. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores sociais do Brasil. Conceitos, fontes de dados e aplicações.** 3 ed. Campinas, São Paulo: Alínea, 2004.

LENTZ, Rosemary Andrade *et. al* . Nursing professionals and quality of life: an approach based on the dimensions proposed by Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p.7-14, 2000.

MASLOW A. **Motivacion and personality.** Nova York: Harper& Row, 1954.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araujo Hartz.; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.5, n.1, 7-18, 2000.

MOITA BONITA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006.** Moita Bonita, 2006.

MOREIRA , I.C.H. **A saúde bucal coletiva no contexto do Programa Médico de Família de Niterói/RJ. O dentista da família.** Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense. Niterói/RJ, 1999.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida:** conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001.

OLIVEIRA, Elaine Machado de; SPIRI, Wilza Carla. Family Health Program: the experience of a multiprofessional team. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. 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.

RUFFINO-NETO, A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. **Saúde em Debate**, n.35, p.63-67, jul.1992.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos et. al. Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan's Scale. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p.757-764, 2002.

SLZAI, A. 1980. **The Quality of Life: Comparative Studies**. Ed. Alexander Szlai & Frank M. Andrews, Sage Publications. Londres.

SOUZA, Rafaela Assis de; CARVALHO, Alysson Massote. Health Care Family Program and quality of life: a view from Psychology. **Estud. psicol. (Natal)** , Natal, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

TRAD, Leny Alves Bonfim; BASTOS, Ana Cecília de Sousa. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 1998.

TRAD, Leny Alves Bomfim et. al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? **Social Sciences Medicine** v. 38, p. 509-526, 1994.

6. CONCLUSÃO GERAL

O estudo desenvolvido com o objetivo de analisar os reflexos do PSF na qualidade de vida da população beneficiária, sob a ótica dos profissionais de saúde que nele atuam no município de Moita Bonita, levou a algumas constatações. A primeira delas é que para os profissionais ouvidos, o PSF tem tido expressivo valor para as famílias, principalmente pela atenção que lhes é prestada, com destaque para o acompanhamento das gestantes, hipertensos, diabéticos e crianças. Eles reconheceram como significativas para os beneficiários a distribuição de medicamentos e as ações educativas, entendendo-as como fundamentais para a melhoria da condição de saúde das famílias. Para eles, a inclusão de psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais contribuiria muito na melhoria dos serviços que são prestados.

Percebeu-se diferença de percepção entre os dois grupos entrevistados, principalmente quando avaliaram o formato do programa e quando se posicionaram sobre determinados aspectos sócio-ambientais da vida das famílias.

No campo da saúde física, para a totalidade dos entrevistados, o programa propiciou: redução na mortalidade por doenças, estímulo ao auto-cuidado, maior responsabilidade pela manutenção da saúde da família, regularidade nos exames preventivos e cumprimento do quadro de vacinas. Permitiu que fossem abrandadas as enfermidades consideradas mais sérias, a efetividade no controle da natalidade, o maior cuidado com a higiene pessoal e a obediência às recomendações das equipes. Possibilitou ainda a alteração de hábitos, como a busca por uma alimentação mais saudável e maiores cuidados com a higiene, tanto a pessoal como a dos alimentos.

Além das alterações no âmbito da saúde física, eles igualmente apontaram a existência de mudanças na vida das famílias beneficiárias relacionadas às interações sociais, ao ambiente físico de moradia, ao trabalho e renda e ao lazer, estas duas últimas, um pouco mais tímidas quando relacionadas à influência do PSF.

No tocante às interações sociais, enalteceram as reuniões, as palestras, as visitas dos profissionais às casas, em razão das orientações e aconselhamentos, que resultam em relações mais saudáveis e harmônicas entre os seus membros. Destacaram, também, que a formação dos grupos específicos (de danças, idosos, gestantes, hipertensos) favorecem a aproximação entre os beneficiários do programa, e os estimulam na participação em atividades comunitárias.

No ambiente físico de moradia enfatizaram o interesse das famílias em melhorá-lo através da aquisição de itens que embelezam as casas e produzem prazer e mais conforto e a existência de maiores cuidados com a preservação do meio natural. Nesse universo, constatarem a valorização de aspectos que contribuem para que outras modificações possam ser introduzidas e venham a produzir um efeito muito positivo no ambiente de moradia das famílias.

No que se refere ao trabalho e renda tornaram evidente que o PSF tem contribuído no sentido de proporcionar boas condições de saúde às famílias, tornado-as aptas para o trabalho e conseqüentemente mais produtivas, até mesmo as idosas. Permitiram que se confirmasse que, além de saudáveis, as pessoas estão satisfeitas e orgulhosas com o que desenvolvem e desta forma admitem em suas vidas a existência de dois elementos propiciadores da qualidade de vida: saúde e satisfação com o trabalho.

Quanto ao lazer fizeram com que fosse compreendido que as famílias em Moita Bonita estão mais conscientes de que podem encontrar nas atividades de lazer benefícios para a saúde. Enalteceram, também, que através do lazer, elas podem usufruir do prazer do convívio, elemento apontado com relevância na pesquisa e igualmente sinalizador da qualidade de vida.

Permitiram constatar que o programa está oportunizando às famílias condições de perceberem suas próprias vidas sob uma nova perspectiva onde lhes é permitido vivenciar novas verdades, sentimentos e vontades.

Por outro lado salientaram a necessidade de incremento em algumas ações municipais, de forma que não haja comprometimentos nos princípios fundamentais que norteiam o programa, com destaque para a integralidade e resolutividade. Evidenciaram a falta de um pouco mais do sentido de equipe em alguns profissionais, bem como o conhecimento maior da própria natureza do programa, de maneira a conceber as famílias dentro de uma mesma ótica, entendendo-as no conjunto de suas necessidades.

Demonstraram a ênfase da ação do programa no município no campo da promoção da saúde, com direcionamento aos aspectos preventivos e ao modelo biomédico e realçaram a necessidade de formação e capacitação dos profissionais para que venham a atuar dentro da noção ampliada de saúde que engloba tudo o que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva, preconizada pelo programa saúde da família.

A pesquisa empreendida traz a percepção dos profissionais de saúde atuantes no PSF em Moita Bonita. Estudos complementares junto às famílias usuárias/beneficiárias do programa

que investiguem como elas o percebem se fazem necessários para a obtenção de outros indicadores que possam contribuir na sua avaliação, revisão e aprimoramento no município.

Os resultados obtidos com o estudo poderão servir como instrumento para a concepção e implementação de novas estratégias que venham a resultar no aprimoramento e consolidação de políticas públicas de saúde no Brasil, contemplando princípios já definidos e aceitos no âmbito da atenção básica à saúde, e que resultem em melhoria da qualidade de vida da população atingida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Anelise Salazar; TROCCOLI, Bartholomeu Tôrres. Development of a subjective well-being scale. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 20, n. 2, p.153 -165, 2004 .

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BEZERRA, Roberto Claudio; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda. 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.

ARAUJO, Maria de Fátima Santos *et. al.* O Programa Saúde da Família (PSF) sob a ótica dos usuários nas comunidades Santa Clara e Alto do Céu em João Pessoa – PB. **CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais**. n. 9 p. 1-15, 2005. Disponível em <http://www.cchla.ufpb.br/caos>.

ATKINSON, S.J. 1993. Anthropology in research on the quality of health services. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 283-299, 1993.

AUGUSTO, Lia Geraldo Silva. Qualidade de Vida: necessidade reflexiva da sociedade contemporânea. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, v.5, n.1, p.27-28, 2000.

BALDANI, Márcia Helena *et. al.* A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2005.

BARDIN, I. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 158p (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990 a. 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>.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível na Internet em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8142.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família Portaria n. 1886, de 18 de dezembro de 1997. Disponível na Internet em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/>.

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.

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/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamenta o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica - PAB e dá outras providências. Portaria n. 476, de 14 de abril de 1999a. Disponível na Internet em <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamenta o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica - PAB. Portaria n. 832, de 28 de junho de 1999 b. Disponível na Internet em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/gest/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Políticas de Saúde. Informes Técnicos Institucionais. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000a.

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 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, 20 dezembro 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Projeto Promoção de Saúde. As cartas da promoção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pesquisa mundial de saúde no Brasil: como os brasileiros auto-avaliam sua saúde? **Informe da Atenção Básica**. n. 24, ano V. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

BRASIL. Decreto 5209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei 10.832, de 09 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Disponível na internet em <http://sna.saude.gov.br/legila/legisla/gest/>.

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.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

- CANESQUI, Ana Maria; SPINELLI, Maria Angélica dos Santos. 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.
- CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 434-444, 2001.
- CASTRO, Magda Ribeiro de; VARGAS, Liliana Angel. 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.
- COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.
- DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; GOIS, Cristiane Franca Lisboa; SILVA, Lia Mara da. Use of the adapted version of the Flanagan quality of life scale with post-surgical cardiac patients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p.15 -20, 2005 .
- CRUZ, Giselle Pessoa *at. al.* Relação entre qualidade de vida e exercício físico na terceira idade. **World Gate Brasil Ltda**. Disponível em www.fisioweb.com.br
- EMMI, Danielle Tupinambá; BARROSO, Regina Fátima Feio. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2008.
- FERRANS, C.E.; POWER, Psychometric assesmsment of quality of life índex. **Rev. Nurse Health**. V.5, p. 28-38, 1992.
- FLECK, Marcelo Pio de Almeida. The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100): characteristics and perspectives. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.
- Fundação Nacional de Saúde. **Saúde dentro de casa**: Programa Saúde da Família. Brasília: Fundação Nacional da Saúde, 1994.
- GAIVA, M.A.N. Qualidade de Vida. **Rev. Eng. UERJ**. Dezembro, v.6, n.2, p. 377-392, 1998.
- GIACOMANI, Claudia Hofheinz. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia** - Sociedade Brasileira de Psicologia, São Paulo, v.12, n.1, p.43-50, 2004.
- GONÇALVES, L.H.T., DIAS, M.M., LIZ T.G.. Qualidade de vida de idosos independentes segundo proposta de avaliação de Flanagan. **O mundo da saúde**. v. 23, n. 4, p. 214-220, 1999.
- GONZÁLEZ N. M. Symposium de calidad de vida: generalidades, mediciones utilizadas em medicina, elemenos que la componen. **Arch Reumatol**. v.4, n.1, p. 40-42,1993.
- GONZÁLEZ-REY, Fernando Luis. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

GOUVEIA, Valdiney V. A natureza motivacional dos valores humanos: evidências acerca de uma nova tipologia. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 8, n. 3, p. 432-443, 2003.

IANNI, Áurea Maria Zöllner; QUITÉRIO, Luiz Antonio Dias. A questão ambiental urbana no programa de saúde da família: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. **Ambient. soc.**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 169-180, 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Divisão Territorial, 2004.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea - Atlas do Desenvolvimento Humano, 2000.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores sociais do Brasil. Conceitos, fontes de dados e aplicações**. 3 ed. Campinas, São Paulo: Alínea, 2004.

JOIA, Luciane Cristina; RUIZ, Tânia; DONALISIO, Maria Rita. Life satisfaction among elderly population in the city of Botucatu, Southern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 131-138, 2007.

KAPLAN, R.M. Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health-care crisis. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 3-30.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli. **Qualidade de Vida dos Agentes Comunitários de Saúde de um Município do Interior do Paraná**. Dissertação de Mestrado, EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2005.

LAGO, E.R.L.; CRUZ, R.B. Atención Primaria de Salud y medicina general integral. In: R. A. Síntesis. Temas de Medicina General e Integral. **Salud y medicina**. Havana: Editorial Ciencias médicas, v. 1, p. 7-28, 2001.

LENTZ, Rosemary Andrade et. al. Nursing professionals and quality of life: an approach based on the dimensions proposed by Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 7-14, 2000.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LEVY, Flávia Mauad; MATOS, Patrícia Elizabeth de Souza; TOMITA, Nilce Emy. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2004.

MANO, Gisele Machado Peixoto; PIERIN, Ângela Maria Geraldo. Evaluation from the hypertensive patients followed in the Family Health Program at Health School Center. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 269-275, 2005.

MASLOW A. **Motivacion and personality**. Nova York: Harper& Row, 1954.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia neoliberal. In: **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro/São Paulo. Abrasco/Hucitec, 1991.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448. 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araujo Hartz.; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.5, n.1, 7-18, 2000.

MOITA BONITA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006**. Moita Bonita, 2006.

MOREIRA, I.C.H. **A saúde bucal coletiva no contexto do Programa Médico de Família de Niterói/RJ. O dentista da família**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense. Niterói/RJ, 1999.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; SILVA, Raimunda Magalhães da. Quality of assisted family planning according to opinion of users of a Family Health Program. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.150-156, 2006.

MURTA, Anamaria Sant'Anna. **Políticas públicas e qualidade de vida**. Disponível em http://www.cultiva.org.br/textos/qualidade_vida.doc.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001.

NATALINI, Gilberto. **SUS - o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde**. 1ª edição. Associação Paulista de Medicina. São Paulo: Raiz, 2001.

NEVES, Cleonice Ferreira *et al.* Percepções da população sobre o programa saúde da família em Palmas-TO. **Revista da UFG**, v. 6, n. especial, dez 2004 *on line*. Disponível em www.proec.ufg.br.

OLIVEIRA, Elaine Machado de; SPIRI, Wilza Carla. Family Health Program: the experience of a multiprofessional team. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.

QUEIROZ, Creuza Maria Brito; SA, Evelin Naked de Castro; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Life quality and public policies in Feira de Santana borough. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p.411-421, 2004.

REIS, Claudia da Costa Leite, HORTALE, Virgínia Alonso. Programa Saúde da Família: supervisão ou convicção. Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 492-501, 2004.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROMANO, B.W. Qualidade de Vida: teoria e prática. **Rev. Soc. Cardiol**, São Paulo, v.3, n.5, p. 6-9, 1993.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. 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.

RUFFINO-NETO, A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. **Saúde em Debate**, n.35, p.63-67, jul.1992.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos et. al. Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan's Scale. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p.757-764, 2002.

SAKATA, Karen Namie et. al. Conceptions of the family health team about home visits. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p.659-664, 2007.

SCHWRTZMAN, Simon. Seminário sobre Política de Desenvolvimento Social. **Revista de Ciências Sociais**. Fortaleza: v.5, n.2, p.101-111, 1974.

SCHOLZE, Alessandro da Silva et. al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.7-12, dez.2006.

SCHUTTINGA.J. A. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. **Quality of life in behavioral medicine research** p. 31-42. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates,1995.

SLZAI, A. 1980. **The Quality of Life: Comparative Studies**. Ed. Alexander Szlai & Frank M. Andrews, Sage Publications. Londres.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 580-588, 2004.**

SERGIPE. Lei 823, de 25 de julho de 1957.

SERGIPE. Lei 1165, de 12 de março de 1963.

SERGIPE - Secretaria de Estado de Planejamento - Seplan. **Relatório de Avaliação Anual do Plano Plurianual 2004-2007, exercício 2005**. Aracaju, 2006.

SOUZA, Maria de Fátima. **A real idade do PSF: conversando com quem faz**. Rio de Janeiro: CEBES, 2004.

SOUZA, Rafaela Assis de; CARVALHO, Alysson Massote. Health Care Family Program and quality of life: a view from Psychology. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco - Ministério da Saúde. 2002.

TAMAKI, E. M. Qualidade de vida: individual ou coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.5, n.1, p.20-22, 2000.

TRAD, Leny Alves Bonfim; BASTOS, Ana Cecília de Sousa. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

TRAD, Leny Alves Bomfim *et. al.* Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

VAZ, Leopoldo Gil Dulcio. Esportes e lazer e qualidade de vida. **Revista Nova Atenas de Educação Tecnológica**. Maranhão, v. 8, n. 2, 2005.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et. al.* Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. n.18 (suplemento) p. 139-141, 2002.

WETSPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S. *et. al.* (eds). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concent? **Social Sciences Medicine**. v. 38, p. 509-526, 1994.

VASCONCELOS E.M. Educação Popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec, 1999.

APÊNDICES/ANEXO

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ RG _____, residente _____, DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito objeto da pesquisa, que fui devidamente esclarecido do Projeto de Pesquisa intitulado: **Programa Saúde da Família e qualidade de vida na percepção dos profissionais de saúde atuantes no município de Moita Bonita** desenvolvido pela pesquisadora Mara Rúbia Barreto Menezes, do Curso de Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes, quanto aos seguintes aspectos:

O objetivo do trabalho é **analisar os reflexos do Programa Saúde da Família - PSF na qualidade de vida da população beneficiária, sob a ótica dos profissionais de saúde que nele atuam.**

A pesquisa desenvolvida pretende oferecer respostas que poderão subsidiar o diagnóstico da atuação do Programa de Saúde da Família no município, facilitando a avaliação, replanejamento e incremento de suas ações.

No que se refere ao aspecto legal, a pesquisa atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde – Brasília/ DF, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

Os riscos inerentes à execução desta pesquisa são praticamente inexistentes, pois se limita a levantar e analisar as mudanças evidenciadas na vida das famílias beneficiárias do PSF, no tocante à saúde, interações sociais, ambiente físico de moradia, trabalho e renda, lazer e sentimentos experimentados.

Os dados levantados serão de conhecimento restrito da pesquisadora, não havendo possibilidade de serem identificados os sujeitos respondentes da pesquisa, uma vez que não constará nos roteiros elaborados campo de identificação do pesquisado.

As informações coletadas serão analisadas em conjunto e apenas pela pesquisadora responsável, o que assegura, ainda mais, a confidencialidade destas informações.

Os participantes poderão retirar seu consentimento de participação em qualquer etapa do desenvolvimento da pesquisa, sem necessidade de explicações ou avisos prévios.

Os participantes têm a garantia de que receberão respostas e esclarecimento de suas dúvidas com relação à pesquisa. Havendo necessidade, podem entrar em contato com a responsável pela pesquisa, no seu endereço, Av. Sílvia Teixeira, 1120. Bl."B" ap. 301 - Bairro Jardins, ou pelo telefone (79) 3231-6557.

Não há qualquer tipo de ônus para os participantes desta pesquisa, sendo todas as despesas referentes à mesma, arcadas pela pesquisadora responsável. Por outro lado, não há qualquer tipo de compensação financeira relacionada à participação em qualquer etapa da execução do projeto, seja para os sujeitos, ou seja, para a pesquisadora.

Se existirem dúvidas quanto aos direitos dos participantes da pesquisa, deve ser procurado o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes. Av. Murilo Dantas, 300 - Farolândia - CEP 49032 - 490, Aracaju/SE, 79 - 32182100 - ramal 2593.

DECLARO, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Aracaju, _____ de _____ de 2007.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO