

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL

MARCELO SANTANA VETIS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE  
MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA - ES**

VITÓRIA - ES  
2019

MARCELO SANTANA VETIS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE  
MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA - ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Política de Saúde e Práticas Sociais.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maristela Dalbello-Araujo.

VITÓRIA - ES

2019

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

V588r Vetis, Marcelo Santana  
Representações sociais da atenção primária entre médicos  
da Estratégia de Saúde da Família de Vitória – ES / Marcelo  
Santana Vetis. - 2019.  
67 f. : il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maristela Dalbello-Araujo.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento  
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia  
de Vitória, EMESCAM, 2019.

1. Representações sociais. 2. Atenção primária à saúde. 3.  
Estratégia Saúde da Família – Vitória (ES). I. Dalbello-Araujo,  
Maristela. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 362.1042

---

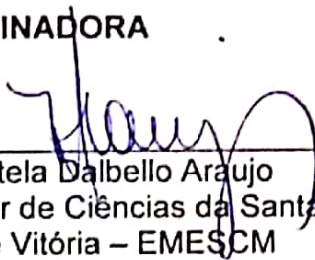
**MARCELO SANTANA VETIS**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE MÉDICOS  
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
DE VITÓRIA-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 25 de fevereiro de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**



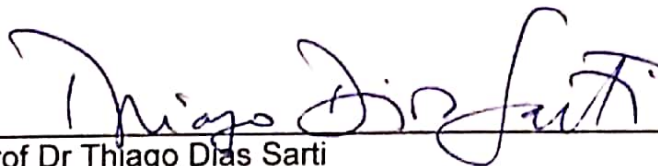
---

Profª Drª Maristela Dalbello Araujo  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
**Orientadora**



---

Profª Drª Maria Carlota de Rezende Coelho  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM



---

Prof Dr Thiago Dias Sarti  
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais sempre. Sem eles nada seria possível.

Ao meu amor, Juliana, quem me acompanhou e apoiou nesta jornada.

Aos meus amigos de trabalho que me ajudaram a pensar e encontrar um caminho, como: Diego Brandão e, em especial, Dimíttria.

Aos meus colegas de Mestrado que participaram desse momento.

À Professora Dr<sup>a</sup>. Maristela Dalbello-Araujo pelo acolhimento, pela orientação e pelo aprendizado para vida. Muito obrigado pelo empenho, dedicação e sensibilidade.

## RESUMO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, tendo como objetivo analisar as representações sociais sobre Atenção Primária à Saúde (APS) entre médicos atuantes na Estratégia de Saúde da Família de Vitória - ES. Vitória, capital do estado do Espírito Santo, Brasil, possui uma rede de saúde estruturada e cobertura de atenção primária em torno de 88% e da Estratégia de Saúde da Família abrangendo cerca de 80% da sua população. O estudo foi realizado por meio de entrevista semiestruturada, dirigida aos médicos atuantes na Estratégia de Saúde da Família a fim de analisar o entendimento da APS à luz da teoria das representações sociais. Participaram desta pesquisa 12 médicos de todas as regiões de Saúde do Município de Vitória - ES. As entrevistas foram gravadas, após consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), transcritas e analisadas segundo a técnica de Análise de Conteúdo. No resultado foram encontradas seis categorias *a posteriori* de representações sociais sobre a APS que são apresentadas de maneira separada, embora se saiba que todas estão interligadas. As categorias de representações sociais dos médicos entrevistados foram: APS possui um olhar diferenciado voltado para o usuário, APS realiza prevenção de doenças e promoção da saúde, APS como porta de entrada, APS favorece proximidade e vínculo com o paciente, APS oferece um cuidado continuado, APS tem resolutividade. As representações sociais dos médicos e informações obtidas na pesquisa expressaram pensamentos e ideias que profissionais possuem da APS. Esses pensamentos norteiam a prática, sendo de grande importância na formação e educação de profissionais. Toda discussão deste trabalho reforça o caráter polissêmico e multifacetado da APS.

**Palavras-chave:** Representações Sociais. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

This was a qualitative research with the objective to analyze social representations on primary healthcare among doctors that work on family healthcare strategy in Vitória, the capital of Espírito Santo State, Brazil. This city has a structured healthcare network and primary healthcare coverage with some 88%, and regarding family healthcare strategy, it is approximately 80% of its population. The study was performed by means of semi-structured interview with doctors who work in family healthcare strategy in order to analyze the understanding of primary healthcare based on social representations theory. Twelve doctors from all healthcare regions of Vitória - ES participated in this research. After agreement and signature of the Informed Consent Form, the interviews were recorded, transcribed and analyzed according to content analysis. In the result, six categories were found *a priori* of social representations on primary healthcare. They are presented separately although it is known that all of them are interconnected. The social representations categories of the interviewed doctors were: primary healthcare has a differentiated look to the client, primary healthcare carries out diseases prevention and health promotion, primary healthcare as gateway, primary healthcare favors proximity and bond with patient, primary healthcare offers continuing care, primary healthcare has problem-solving actions. Doctors' social representations and information obtained during this research expressed thoughts and ideas that professionals have on primary healthcare. Such thoughts guide the practice and are of great relevance to the professional qualification and education of professionals. All discussions of this study reinforced the polysemic and multifaceted character of the primary healthcare.

**Keyword:** Social representations. Primary healthcare. Family healthcare strategy.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diferenças entre atenção médica convencional e uma atenção primária ampliada .....	22
---	----



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema de organização de serviços do Relatório Dawson .....	16
Figura 2 – Divisão das regiões de saúde de Vitória/ES .....	35

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CME	Centro de Especialidades Médicas
CRAI	Centro de Referência de Atendimento ao Idoso
CVSA	Centro de Vigilância em Saúde Ambiental
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica do SUS
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituição de Ensino Superior
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NOB's	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SOE	Centro de Referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis, Serviços de Orientação ao Exercício
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS	Unidade Básica de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência para Infância das Nações Unidas
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA</b> .....	15
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	15
2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	24
2.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....	27
<b>3 OBJETIVO</b> .....	32
3.1 OBJETIVO GERAL .....	32
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	33
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	33
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	34
4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	35
4.4 ANÁLISE DE CONTEÚDO .....	37
4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	38
<b>5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b> .....	40
5.1 APS POSSUI UM OLHAR DIFERENCIADO COM O USUÁRIO .....	41
5.2 APS REALIZA PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE. ....	43
5.3 APS COMO PORTA DE ENTRADA .....	46
5.4 PROXIMIDADE E VÍNCULO COM O PACIENTE .....	48
5.5 APS TEM CUIDADO CONTINUADO .....	49
5.6 APS TEM RESOLUTIVIDADE .....	50
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	52
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	54
<b>APÊNDICES</b> .....	58
<b>APÊNDICE A - Roteiro de entrevistas</b> .....	59
<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b> .....	60
<b>ANEXOS</b> .....	62
<b>ANEXO A - Carta de Anuência da SEMUS</b> .....	63

<b>ANEXO B - Carta de aprovação do Comitê de Ética .....</b>	<b>64</b>
--	-----------

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um nível de atenção à saúde com comprovados efeitos positivos no sistema de saúde (STARFIELD, 2002). É a base de um sistema de saúde universal e integral, sendo uma forma de organização da atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). No Brasil, nos últimos 20-30 anos surgiram políticas públicas direcionadas ao fortalecimento da APS.

Com diversas evidências de efetividade e eficiência, a APS é defendida em todo mundo, mas a sua interpretação pode ser feita de formas díspares na literatura (OPAS, 2011). As distintas interpretações conceituais da APS mostram o seu caráter polissêmico e multifacetado. Espera-se que existam desigualdades, já que, conceitualmente, também há diferenças no senso comum dos profissionais.

Nesse consenso, no caso especial dos médicos, é possível encontrar representações sociais que constituem um conjunto de conceitos, pensamentos e explicações que as pessoas possuem, advindos da vida, das relações e comunicações interpessoais (MOSCOVICI, 1978). Representam o que as pessoas pensam sobre algo no meio social.

Vitória possui uma rede de saúde estruturada e sua APS é consolidada e organizada. Muitos profissionais que atuam como médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) são concursados de longos períodos e tiveram a oportunidade de realizar, em anos anteriores, capacitações ou até mesmo pós-graduações em APS/ESF. Por outro lado, também encontramos médicos com pouco tempo de atuação no município e vínculo de contrato temporário ou em programa de provimento emergencial do Governo Federal (Programa Mais Médicos).

Este estudo busca analisar as representações sociais que os médicos da APS de Vitória possuem. O meu interesse em trabalhar com **'o que os médicos da APS pensam'** se dá por ser especializado em Medicina de Família e Comunidade e trabalhar com processos de aprendizagem de graduandos, pós-graduandos e médicos do Programa Mais Médicos.

Analisar as representações sociais que os médicos possuem é um meio de se discutir o que é pensado sobre a APS e, talvez, de onde e como vêm essas ideias. Esta discussão pode levar a problematizar ações com o ideal de melhorias das práticas profissionais na APS.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

### 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é referenciada como uma modalidade de atenção e de organização dos sistemas de saúde. De forma universal, é entendida como estratégica por organizar, reestruturar e reorientar os sistemas de saúde, trazendo consigo uma melhor utilização dos recursos, além de maior eficiência, qualidade e respostas às necessidades de uma população.

A compreensão do papel da APS como um ponto de estruturação dos sistemas de saúde fornece uma visão mais ampla do que um modo de fornecer serviços a populações mais vulneráveis ou marginalizadas ou somente como um nível de assistência (MENDES, 2011).

Classicamente, essa ideia de APS como uma forma de organização da atenção à saúde foi discutida pela primeira vez no Relatório Dawson, publicado em 1920. Historicamente, esse relatório é um marco por ser a primeira vez que se fez uma descrição inteira de uma rede regionalizada, detalhada e abrangente. Outro ponto de grande valor é que até os dias atuais a proposta de Dawson serve de discussão para organização dos sistemas de saúde pelo mundo.

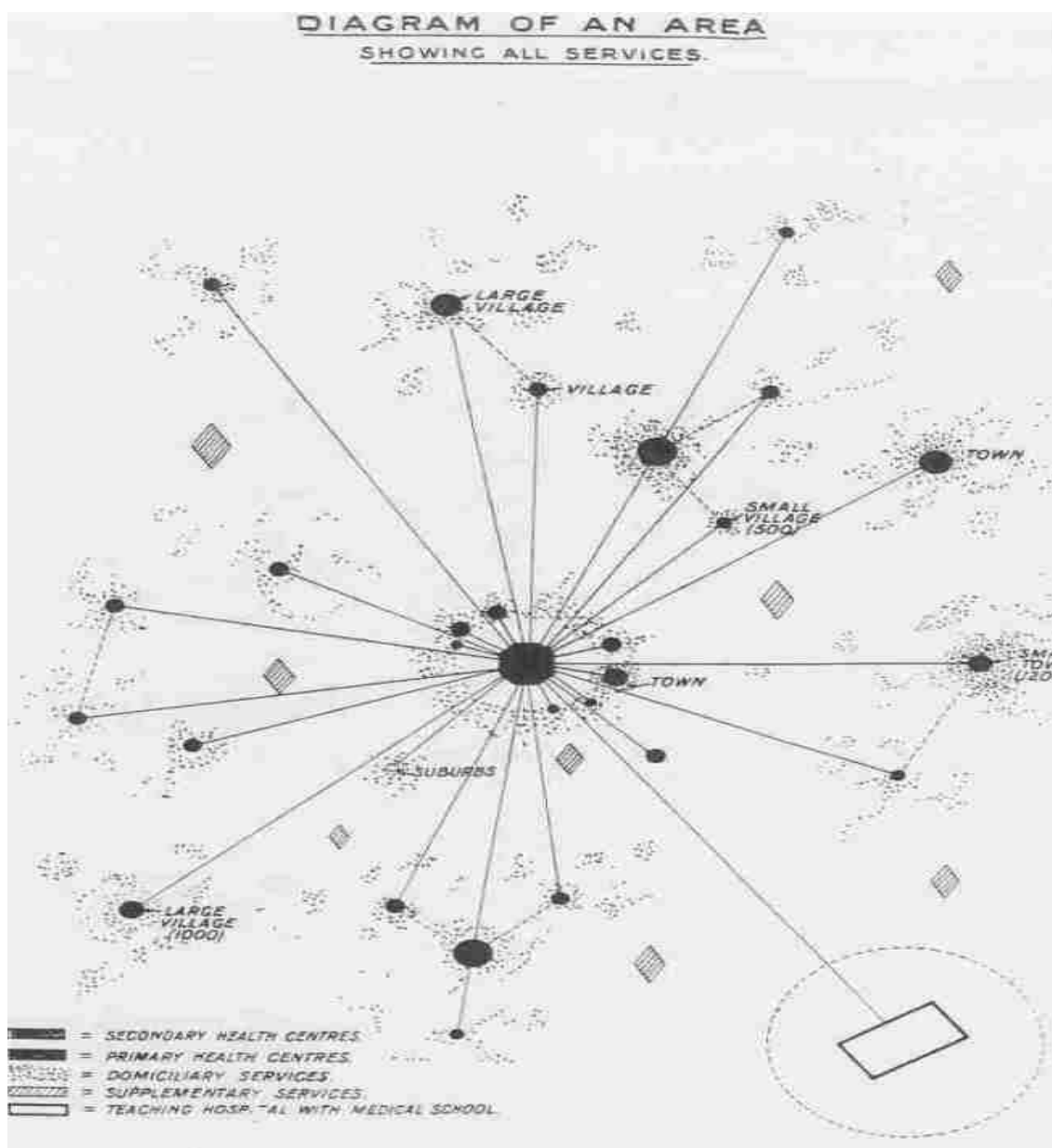
Elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) do Reino Unido com o propósito de mudanças no sistema de proteção social após a Primeira Guerra Mundial, o Relatório Dawson tem como marco ser um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de APS servindo-se de um projeto de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade, e sob uma base geográfica definida (LAVRAS, 2011).

O sistema de saúde hierarquizado, definido pelo Relatório, foi estruturado de forma a possuir três níveis de atenção organizados da seguinte forma: centros primários de saúde, centros secundários de saúde e, no terceiro nível, como fim do sistema, hospitais de ensino (ROMAN, 2009).



Segundo o relatório, os centros primários, localizados em vilas, seriam 'a porta de entrada do sistema', sendo ligados a centros secundários, localizados nas cidades maiores e com oferta de serviços especializados e, nos casos que não pudessem ser resolvidos nos centros secundários, seriam encaminhados a um hospital de referência, ao qual os centros se vinculariam. Esses locais se ordenavam em um esquema constituído em rede de organização de serviços (FIGURA 1). Essa organização criou os conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Figura 1 – Esquema de organização de serviços do Relatório Dawson



Fonte: Ministry of Health (acesso em 07 ago. 2017).

Uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitante. Os centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região (MINISTRY OF HEALTH, acesso em 07 ago. 2017).

É importante apontar, também, que o Relatório discutiu territorialização, um ponto ainda ausente nos sistemas de seguro social. E essa organização em forma de redes foi uma resposta à necessidade de garantir acesso e equidade a uma população (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Seguindo a linha histórica de discussão da APS, em 1961 foi publicado um estudo clássico mostrando a importância da APS nos cuidados de saúde. Esse estudo chamado de *The Ecology of Medical Care* foi publicado por White, Willianis e Greemberg (1961) no *New England Journal of Medicine*. Foi demonstrado que a maioria dos cuidados dos problemas de saúde nos Estados Unidos da América (EUA) e Reino Unido eram realizados em âmbito ambulatorial de baixa complexidade tecnológica e apenas uma pequena parcela necessitava de atendimento em centro médico universitário.

O estudo acompanhou uma população de mil adultos por um mês. Durante esse período, setecentas e cinquenta pessoas relataram uma ou mais queixas em saúde, doenças ou lesões. Dessas, duzentas e cinquenta consultaram um médico uma ou mais vezes naquele período. Desse total, nove foram hospitalizadas, cinco foram referidas a outro médico ou serviço e apenas uma foi encaminhada a um hospital universitário (WHITE; WILLIANIS; GREENBERG, 1961). Isso mostrou, de forma clara, que grande parte dos cuidados em saúde não acontecia em hospitais universitários.

Complementada a ideia do principal local onde ocorrem os cuidados em saúde, Green, Fryer Jr., Yawn, Lanier e Dovey (2001) refizeram o estudo de White, Willianis e Greenberg (1961) desenhado de forma semelhante e encontraram resultados quase idênticos, mesmo 40 anos após o estudo original. O encontro desses resultados semelhantes a um estudo com 40 anos de diferença mostrou que, apesar

de todos os avanços tecnológicos e mudanças sociais, a APS ainda é o principal local de cuidados de uma população dentro do sistema de saúde.

Em setembro de 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para Infância (UNICEF) realizaram a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, na cidade do Cazaquistão, uma das repúblicas constituintes da antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). A Conferência teve a participação de 134 governantes, no qual o Brasil não esteve presente, e de 67 organizações internacionais. No evento foram discutidas alternativas de cuidados em saúde mais equitativos, a APS como estratégia para orientação dos sistemas de saúde, ampliação do conceito de saúde e a defesa da saúde como direito humano básico (TEJADA DE RIVERO, 2003).

Da Conferência resultou a Declaração de Alma-Ata, definindo os cuidados primários de saúde como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, acesso em 07 ago. 2017).

Outros pontos destacados sobre cuidados primários na Declaração de Alma-Ata: considerar os principais problemas de saúde da comunidade, oferecer serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades; envolver, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário; serem apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados (OMS, acesso em 07 ago. 2017).

Em relação aos serviços de saúde, é proposto na Declaração de Alma-Ata que: todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação

para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar, de forma racional, os recursos externos disponíveis; todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia, diretamente, todas as outras nações (OMS, acesso em 07 ago. 2017).

A Declaração da Alma-Ata definiu e ampliou a orientação da APS, considerando os principais problemas sanitários da comunidade, a realização de ações preventivas, curativas, de reabilitação e de promoção da saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2015).

No ano de 2005, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publicou um documento almejando uma ampliação e renovação da APS com análise crítica do seu significado e propósito. Nesse documento é questionado porque a APS diverge entre os países, sendo que nos desenvolvidos a APS é vista como primeiro nível de serviços de saúde da população e nos em desenvolvimento a APS é seletiva. A APS seletiva foca em um serviço limitado de alto impacto para combate às questões mais prevalentes como mortalidade infantil e doenças infecciosas. Com isso, poucos países implementaram uma APS abrangente (OPAS, 2005).

O documento da OPAS publicado em 2005 propõe um Sistema de Saúde baseado na APS abrangente que considera todas necessidades de uma população, ênfase na prevenção de doenças, promoção da saúde e intersectorialidade, responsabilidade dos governos e disponibilidade de serviços de saúde de qualidade (OPAS, 2005).

Dentro da interpretação atual da APS podem-se seguir três linhas principais: APS seletiva, a APS como nível primário de saúde e APS como reordenadora do sistema de saúde. Essas interpretações são diversificadas em vários países e, até mesmo, há mais de uma no mesmo país (OPAS, 2011).

A OPAS 2011 traz a definição das linhas de interpretação da APS da seguinte forma:

- APS como um programa seletivo: oferece tecnologias simples e de baixo custo, voltado para populações de regiões mais pobres;
- APS como um nível primário de atenção dos sistemas de saúde: responsabilidade de ser a porta de entrada do sistema de saúde, o primeiro contato da população com os serviços de saúde e resolutividade para os principais problemas de saúde; e
- APS como estratégia de reordenamento do sistema de saúde: atender as necessidades da população de modo mais abrangente e articulação com a rede de atenção à saúde.

Outra forma de definição descreve quatro maneiras conceituais de interpretação da APS:

- APS como uma cesta de serviços: educação em saúde; fornecimento de alimentos e nutrição; saneamento básico e água tratada; atenção materno-infantil; imunização; prevenção e controle de endemias; manejo básico de problemas de saúde; acesso a medicamentos essenciais;
- APS como um nível de atenção;
- APS como estratégia de organização dos serviços de saúde;
- APS como uma filosofia caracterizada por justiça social e igualdade: autorresponsabilidade, cooperação e solidariedade internacional, conceito amplo de saúde (GUSSO; MACHADO, 2019).

Nessa divisão em quatro maneiras de interpretar a APS há uma APS conceituada como uma forma de promover a justiça social e igualdade. Sob essa visão, a APS tem maior valor ainda em países em desenvolvimento e com grandes desigualdades sociais. É outra forma ainda de ver a APS nos sistemas de saúde.

Uma APS mais efetiva é abrangente, qualificada e orientadora dos serviços de saúde, oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo e para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

A APS abrangente apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Orienta-se por eixos estruturantes que recebem o nome de atributos essenciais na literatura internacional: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (OLIVEIRA; PEREIRA 2013).

Starfield (2002, p. 61-63; 486-487) define os atributos da APS como:

Atenção ao primeiro contato: implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.

[...]

Longitudinalidade: pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. O vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

[...]

Integralidade: Implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários e terciários para manejo definitivos de problemas específicos.

[...]

Coordenação (integração): exige a existência de algum tipo de continuidade, seja por parte dos profissionais de saúde, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas que são abordados em outros serviços e integração deste cuidado com o cuidado geral do paciente.

[...]

Atenção centrada na família: conhecimento dos fatores familiares relacionado a origem e ao cuidado das enfermidades.

[...]

Orientação comunitária: refere-se ao conhecimento do provedor sobre as necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e contato direto com a comunidade, sua relação com ela, assim como o planejamento e avaliação conjunta dos serviços.

[...]

Competência cultural: conhecimento das necessidades especiais das subpopulações podem estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais.

A APS com suas características e atributos dentro de um sistema de saúde transforma processos e leva uma abordagem integral suprindo as necessidades de saúde de uma população. Dentro da transformação provocada pela APS a atenção

médica deve mudar do modelo tradicional de atenção ambulatorial para um modelo de atenção primária à saúde (QUADRO 1).

Quadro 1- Diferenças entre atenção médica convencional e uma atenção primária ampliada

Atenção Médica convencional	Atenção Primária à Saúde
<b>Enfoque</b>	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
<b>Conteúdo</b>	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por problema pontual	Atenção continuada
Atenção com foco nos problemas específicos	Atenção abrangente e integral
<b>Organização</b>	
Profissionais especialistas	Médicos generalistas
Médicos	Equipe de saúde
Consultório individual	Equipe de saúde
<b>Responsabilidade</b>	
Apenas setor de saúde	Trabalho intersetorial
Domínio pelo profissional	Participação comunitária
Recepção passiva	Autorresponsabilidade

Fonte: Starfield (2002).

Nota: Adaptado pelo autor.

Evidências têm mostrado resultados positivos da APS. Um estudo clássico que comprova esses resultados da APS foi feito por Starfield (2002) no qual comparou 12 nações ocidentais desenvolvidas, correlacionando a força da orientação desses países com a APS e os custos.

Os países estudados foram: Estados Unidos, Reino Unido, Alemanha, Áustria, Canadá, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, Países Baixos e Suécia. No estudo foi criada uma classificação da força da orientação para atenção primária dos sistemas de saúde, considerando cinco características do sistema de saúde associadas a uma forte atenção primária e seis traços das unidades de saúde que refletem uma forte atenção primária.

As cinco características do sistema de saúde foram: a distribuição geográfica dos profissionais de saúde e as instalações de saúde baseadas no grau de necessidade;

tipo de médico designado como profissional da atenção primária; os honorários dos médicos da atenção primária comparado a outros especialistas; o número de médicos da atenção primária em reação a outros especialistas; extensão da cobertura de seguro para os serviços de saúde.

Em relação às unidades de saúde, as seis características foram: o quanto as pessoas buscam o primeiro atendimento com seu médico de atenção primária antes de buscar outro lugar; vínculo das pessoas com o seu médico de atenção primária; a forma com que a unidade de atenção primária tratou das necessidades comuns, independente de seu tipo; o grau de coordenação entre a atenção primária e outros serviços de saúde; orientação familiar da atenção primária; orientação comunitária da atenção primária.

Na comparação, cada país recebeu uma pontuação de 0, 1 ou 2, dependendo da presença e força das características. Já as medidas de saúde e gastos consistiram em: classificação das taxas para 14 indicadores de saúde; classificação para gastos totais de sistemas de saúde *per capita*; avaliação da satisfação de cada população com seu sistema de saúde; classificações para gastos por pessoa para medicamentos prescritos.

O resultado do estudo mostrou que quanto mais forte a orientação para a APS obtêm-se melhores resultados e custos na evolução dos indicadores de saúde (STARFIELD, 2002). Esse estudo é uma evidência de que países com forte orientação para APS cuidam melhor da sua população e gastam menos. Esse dado é muito importante para a gestão de recursos, sobretudo em países em desenvolvimento.

Além da pesquisa de Starfield, encontramos outras evidências na literatura comprovando efeitos positivos da APS. Andrade, Barreto e Bezerra (2015) citam vários estudos observacionais e ecológicos que evidenciam dados positivos da APS.

No Brasil, a APS também é conhecida como Atenção Básica (AB). Essa terminologia é muito mais utilizada pelos profissionais de saúde e pelas políticas públicas para se referirem a APS. O uso de Atenção Básica à Saúde (ABS) ocorreu devido ao



Movimento Sanitário Brasileiro ter tentado se afastar do pensamento reducionista que poderia ter atenção primária. Atenção primária poderia ser relacionada à APS seletiva restritiva e focalizada, então, naquele momento de construção de políticas públicas, alguns autores preferiram usar o termo AB como um ideal de sistema público universal e uma concepção de cidadania ampliada (GIOVANELLA, 2018).

## 2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Promulgada em 1988, a Constituição Federal do Brasil definiu três grandes referenciais para o sistema de saúde brasileiro: um conceito ampliado de saúde, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, e, principalmente, a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS teve como um dos principais responsáveis para o seu debate de construção o movimento social, chamado de reforma sanitária, que tinha como objetivo construir um sistema universal de saúde no Brasil (SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN JR., 2012).

As bases legais da Constituição de 1988, complementadas pelas Leis Orgânicas da Saúde (I e II) de 1990, formaram um aparato institucional de gestão da política de saúde na esfera pública do Brasil, tendo o estado o papel de regulamentar, fiscalizar e controlar a execução de ações de serviços de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

É importante frisar que a implementação efetiva do SUS iniciou-se nos anos de 1990, após a criação das referidas Leis Orgânicas da Saúde e de várias normas e portarias emitidas pelo MS – as Normas Operacionais Básicas (NOBs) (VIANA; DAL POZ, 2005). A partir dessas definições o MS busca fortalecer investimentos na reorganização do modelo de atenção baseado na APS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

O embrião do Programa de Saúde da Família (PSF) ocorreu em 1991 com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado pelo MS. A partir da criação do PACS a família foi o foco das ações programáticas modificando o olhar

voltado somente para o indivíduo e, nesse momento, também houve a introdução da noção de área de cobertura (por família) (VIANA; DAL POZ, 2005).

O PACS também trouxe uma visão ativa de intervenção em saúde de não 'esperar' a demanda chegar, mas intervir de maneira preventiva e reorganizar a demanda com a figura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outro ponto foi a integração com a comunidade e diminuição da visão reducionista não centrada apenas na intervenção médica (VIANA; DAL POZ, 2005). Essas experiências fornecidas pelo PACS serviram de arcabouço para criação de um programa mais abrangente para a atenção primária.

Em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) com ideal de reorientação do modelo assistencial a partir da AB do Brasil, tendo a família como centro de atenção e seguindo os princípios do SUS. Segundo o MS: "[...] valores que fundamentam as ações do PSF, entendendo-o como uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, p. 8).

O Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, p. 8).

O PSF é definido como um programa devido suas especificidades, porém, não possui uma intervenção apenas vertical e distante das atividades dos serviços de saúde como outros programas do MS. O programa integra e organiza atividades em saúde em um território definido, buscando enfrentar e resolver problemas de saúde identificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, p. 8).

Com a aprovação da NOB do SUS de 1996 (NOB-SUS 01/96), o PACS e o PSF foram enfatizados pelo Ministério como estratégias prioritárias para o fortalecimento da atenção primária nos sistemas municipais de saúde (CASTRO; MACHADO, 2010). O impulso da NOB-96 gerou uma grande expansão das equipes do PSF, aumentando de 1.623 equipes em 1996 para 3.147 equipes em 1998, sendo assim

uma indutora da implantação do PSF mediante incentivos financeiros aos municípios (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2015).

Buscando ampliação da estratégia do Programa, em 1998 foi operacionalizado o Piso de Atenção Básica (PAB), que permitiu a descentralização financeira do Sistema de Saúde no Brasil, garantindo repasses regulares e automáticos diretamente do governo federal aos municípios para custear ações e serviços de atenção primária (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2015).

A partir de 2003 foi negociado pelo MS o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), uma estratégia de ampliação, organização e fortalecimento da ESF nos grandes centros urbanos por meio do financiamento internacional durante sete anos (GIOVANELLA, 2008).

Em 2006, é publicada a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que fortalece a APS no Brasil, trazendo como prioridade: “[...] consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de AB e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) [...]”, o termo ESF é usado como estratégia e não apenas como um programa. Esse documento discorre também sobre as responsabilidades das Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e o MS pelo cumprimento dos princípios da AB, pela organização e execução das ações em seu território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 3).

Já em 2012, foi lançada uma nova PNAB que atualizou conceitos, definindo a APS como responsável na ordenação nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, como a universalização do Programa de Saúde na Escola. Pela primeira vez considerou os termos ‘Atenção Básica’ e ‘Atenção Primária à Saúde’ como termos conceituais equivalentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em 21 de setembro de 2017 foi publicada a Portaria Ministerial nº 2.436 que aprovou a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da AB, no âmbito

do SUS. A PNAB de 2017 mantém a equivalência dos termos AB e APS da seguinte forma:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 2).

A nova PNAB foi elaborada durante um momento político do Brasil conturbado por destruição e retrocessos de processos ocorridos após o *impeachment* da então Presidente Dilma Rousseff. Essa PNAB recebeu várias críticas devido ao pouco diálogo na sua elaboração e por pontos controversos. Os pontos mais polêmicos são a relativização da cobertura universal, reposicionamento da ESF, reconfiguração das equipes e reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Há uma preocupação quanto ao financiamento e retração da ESF quando a PNAB a discorre como:

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 7).

### 2.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As representações sociais são descritas pelo conjunto de explicações, ideias, crenças, pensamentos e falas comuns a um grupo de indivíduos resultantes de interação social e que se relacionam a algo. Tais representações compõem o conhecimento prático socialmente criado, compartilhado e usado na comunicação e compreensão do contexto social (SPINK, 1993).

Segundo Moscovici (1978), dentro do conceito de representações sociais, o indivíduo é produto da sociedade dinâmica, mutável e fluída. O autor assevera que:

Por representações sociais, entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações, originado na vida cotidiana, no curso de comunicações interpessoais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 1978, p. 31).

As representações sociais devem ser vistas como um modo específico de compreender e comunicar o que já se sabe. São conhecimentos práticos de um senso comum e vida cotidiana, construídas nas relações entre sujeitos ou interação de grupos (MOSCOVICI, 2015).

A Teoria das Representações Sociais foi criada pelo psicólogo social francês Serge Moscovici e publicada na obra pioneira *La psychanalyse, son image et son public*, em 1961, identificando um vasto campo de estudos psicossociológicos. E como base do desenvolvimento das representações sociais, Moscovici utilizou o conceito de representações coletivas proposto por Durkheim (SÁ, 1995).

De acordo com Moscovici, o conceito de representações sociais foi desenvolvido a partir da visão de representações coletivas de Durkheim, porém, com a visão de representação como um fenômeno e não conceito. As representações coletivas apresentar-se-iam como uma classe geral de ideias e crenças sem descrição e explicação, uma cadeia completa de formas intelectuais que incluíam ciência, religião, mito, modalidades de tempo, etc. Moscovici (2015) deixa claro as diferenças entre as representações coletivas e as representações sociais:

Se, no sentido clássico, as representações coletivas constituem um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de ideias e crenças (ciência, mito, religião, etc.), para nós, são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados. São fenômenos específicos que estão relacionados com um modo de ser particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria a realidade tanto quanto o senso comum. É para enfatizar essa distinção que uso o termo ‘social’ em vez de ‘coletivo’ (MOSCOVICI, 2015, p. 49).

Segundo Sá (1995), no início do século passado, as formas de conhecimento social derivavam da integridade das religiões e de outros ‘sistemas unificadores’ e o

conceito de representações coletivas poderia parecer suficiente para a sociedade. Entretanto, nas sociedades contemporâneas com novos meios de comunicação, novas formas de socialização, novos fenômenos representacionais de âmbito e modo bastante diversos, necessita-se de uma nova perspectiva psicossociológica. Moscovici (2015, p. 48) destaca:

As representações sociais que me interessam não são nem as das sociedades primitivas, nem as suas sobreviventes, no subsolo de nossa cultura, dos tempos pré-históricos. Elas são as de nossa sociedade atual, de nosso solo político, científico e humano, que nem sempre tem tempo suficiente para se sedimentar completamente para se tornarem tradições imutáveis. E sua importância continua a crescer, em proporção direta com a heterogeneidade e a flutuação dos sistemas unificadores- ciências, religiões e ideologias oficiais- e com as mudanças que elas devem sofrer para penetrar a vida cotidiana e se tornar parte da realidade comum.

Moscovici (2015) considera, na atual sociedade contemporânea, dois universos de pensamento: os universos consensuais e os universos reificados. Esses locais que as representações ocupam na sociedade pensante são espaços que eram descritos apenas como esferas sagradas e profanas.

No universo consensual, a sociedade é uma criação que se pode ver, contínua, com sentido e finalidade, possuindo uma voz humana e agindo e reagindo como um ser humano. A sociedade é vista como um grupo de pessoas iguais e livres, com voz para falar em nome do grupo. Nesse universo existe uma cumplicidade e os membros não possuem competências exclusivas. O indivíduo pode se comportar como um 'amador' ou 'observador curioso', manifestando, nos locais públicos, as suas opiniões, teorias, pontos de vistas e construção de leis (MOSCOVICI, 2015).

No universo reificado a sociedade é vista como um sistema de entidades sólidas, básicas, imutáveis, que não considera a individualidade e identidade. Os membros são vistos de forma desigual, com diferentes papéis e classes. A competência adquirida é que determina de forma meritocrática a participação do indivíduo (MOSCOVICI, 2015).

Uma analogia entre os universos de pensamento atual pode ser feita em que as ciências são os meios pelos quais nós compreendemos o universo reificado

enquanto as representações sociais tratam o universo consensual (MOSCOVICI, 2015).

Para compreender o fenômeno das representações sociais é importante entender porque os indivíduos criam essas representações. Entre as várias hipóteses que Moscovici debate para tal entendimento, o que é demonstrado ser menos geral e adequado é que “[...] a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar, ou a própria não familiaridade” (MOSCOVICI, 2015, p. 54).

Dentro do universo consensual os indivíduos buscam o comodismo de conviver com o que é familiar fugindo de atritos, conflitos ou contradições de crenças, tradições e ideias prévias. A familiarização tem como objetivo compreender objetos, pessoas e acontecimentos de acordo com eventos, encontros e paradigmas prévios. Compreende o presente pelas referências e padrões passados (MOSCOVICI, 2015). A não familiaridade se caracteriza pela presença real de algo ausente, a ‘exatidão relativa’, algo visível sem ser, semelhante, embora sendo diferente. Moscovici (2015, p. 57) pensa que:

Nós observamos que as imagens, ideias e a linguagem compartilhadas por um determinado grupo sempre parecem ditar a direção e o expediente iniciais com os quais o grupo tenta se acertar com o não familiar. O pensamento social deve ser mais a convenção e a memória do que a razão; deve mais às estruturas tradicionais do que as estruturas intelectuais ou perceptivas correntes.

Para superar os problemas do nosso mundo mental e físico fabricamos as representações na busca constante de tornar comum, real e próximo algo incomum e não familiar. A materialização de algo antes abstrato nos dá segurança para enfrentar o problema como algo já visto ou conhecido. Diante disso, Moscovici (2015, p. 59) afirma que:

Ao se estudar uma representação, nós devemos sempre tentar descobrir a caracterização não familiar que a motivou, que esta absorveu. Mas é particularmente importante que o desenvolvimento de tal característica seja observada no momento exato em que ela emerge na esfera social.

De acordo com Moscovici (2015), hoje, ao contrário do século passado, a ciência deixou de ser um antídoto para as representações e ideologias para ser uma fonte geradora de representações. As ciências proliferam o mundo reificadas na medida

em que teorias, informações e acontecimentos multiplicam-se, tornando-se mais acessíveis (MOSCOVICI, 2015).

Moscovici (2015) cita dois mecanismos que são descritos na busca de transformar o não familiar em familiar: processos de ancoragem e objetificação. Ancorar 'é classificar e dar nome a alguma coisa', segue a ideia de transformar algo estranho e perturbador em algo mais particular e conhecido. Juntar identidades novas com velhas já conhecidas. Por sua vez, objetivar é transformar algo desconhecido em conhecido, algo abstrato em quase concreto.

A ancoragem como um dos processos formadores das representações sociais consiste na junção de um objeto novo a um sistema de pensamento social já existente. O objeto novo pode ser ideias, acontecimentos, pessoas, relações entre outros e esse é ancorado socialmente (SÁ, 1995).

A objetificação como outro processo de formação das representações sociais consiste em dar forma ou figura específica ao conhecimento do novo objeto tornando-o real, concreto e materializado (SÁ, 1995).

A teoria das representações sociais tem como propósito entender a construção de um mundo estável, previsível diante da diversidade de indivíduos e grupos. É um ponto de partida do entendimento das atitudes e fenômenos dos indivíduos (MOSCOVICI, 2015).

Nesse sentido, procuraremos conhecer as representações sociais sobre a APS entre aqueles médicos que nela atuam. Essas representações dirão respeito ao que pensam sobre APS.



### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as representações sociais sobre Atenção Primária à Saúde (APS) entre médicos atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Vitória - ES.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com finalidade descritiva, objetivando analisar as representações sociais sobre APS entre médicos atuantes na ESF de Vitória - ES. O estudo foi realizado na perspectiva da teoria das representações sociais e definido como

[...] conjunto de conceitos, proposições e explicações, originado na vida cotidiana, no curso de comunicações interpessoais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 1978, p. 31).

A pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado por um mero universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dentro de um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não são contemplados por quantificação de variáveis (MINAYO, 2002).

Na pesquisa qualitativa, procura-se compreender um problema mediante a perspectiva e o conhecimento das pessoas diretamente vinculadas à experiência estudada, às expectativas como parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, além de considerar o ponto de vista do próprio pesquisador. A experiência estudada não pode ser controlada e generalizada, no entanto, não se pode duvidar dessas experiências nem as ter como não verdadeiras (LEOPARDI, 2002).

O objetivo da pesquisa qualitativa é encontrar uma variedade de entendimentos de uma determinada questão, não somente contabilizando opiniões, mas explorando o espectro de ideias e suas diferentes representações de um determinado assunto (BAUER; GASKELL, 2002).

E ainda por definição de Bauer e Gaskell (2002, p. 65):

A entrevista qualitativa, pois, fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é a compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

Dessa forma, a pesquisa usa a abordagem qualitativa como forma de alcançar o objetivo de avaliar as representações sociais da APS pelos médicos atuantes na ESF de Vitória, mediante compreensão, crenças, ideias, explicações e senso comum conforme a teoria das representações sociais.

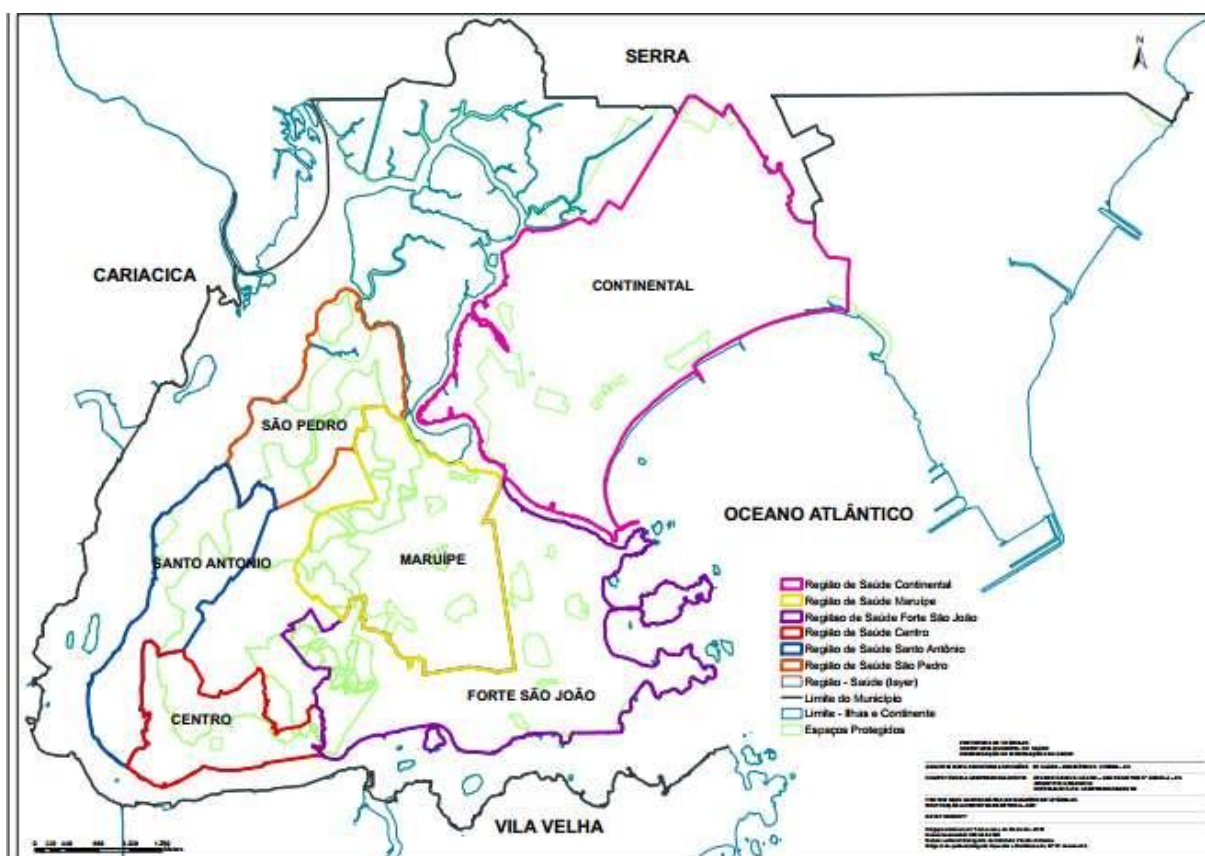
#### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em Vitória, capital do estado do Espírito Santo, Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, acesso em 8 ago. 2018), o município tem uma população estimada em 358.267 habitantes e possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,845, considerado o segundo melhor IDH das capitais (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2018). A sua APS é definida como organizadora dos serviços de saúde e, em 1998, implantou o PSF (WERNER, 2006).

Em Vitória, a cobertura de atenção primária é em torno de 88% e da ESF cerca de 80% da sua população (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2018). A rede de atenção primária da cidade é composta por 29 unidades de saúde, sendo que 23 unidades são norteadas pela ESF, constituindo um total de 77 equipes de ESF. Entre outros serviços de saúde possui: dois Pronto-atendimentos (PA), Centro de Especialidades Médicas (CME), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos, Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI), Centro de Referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis, Serviços de Orientação ao Exercício (SOE), Centro de Vigilância em Saúde Ambiental (CVSA) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2018).

O município organiza-se em seis regiões de saúde divididas em: Região 1: Santo Antônio; Região 2: Maruípe; Região 3: São Pedro; Região 4: Forte de São João; Região 5: Continental; Região 6: Centro; com a presença de vinte e nove Territórios de Saúde/USBs (VITÓRIA, 2017) (FIGURA 2).

Figura 2 – Regiões de Saúde - Vitória



Fonte: Prefeitura Municipal de Vitória (2018).

### 4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, utilizando um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A). As entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas na íntegra para a análise à luz da teoria das representações sociais proposta por Moscovici (2015).

Nas entrevistas com roteiro é importante pontuar que se optou usar o termo AB no lugar de APS. Como já discutido, esses termos são sinônimos no Brasil. Priorizou-se

usar AB por ser o termo mais comum na prática dos profissionais e facilitar a comunicação.

A entrevista semiestruturada foi a escolhida nesta pesquisa porque, segundo Triviños (1987, p. 146), “[...] ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

Durante a escolha dos profissionais entrevistados, decidiu-se contemplar dois profissionais de cada região de saúde, chegando a um total de 12 médicos. Após essa decisão, foi feita reunião com um representante da Escola Técnica do SUS (ETSUS), buscando conhecer características profissionais distintas dos médicos. Nesse levantamento, definiu-se a seleção dos profissionais considerando padrões diferentes de: tempo de formação, tempo e tipo de vínculo com a Prefeitura, formação acadêmica e atividades acadêmicas de preceptoría de alunos de graduação médica e de pós-graduação médica na forma de residência médica. De tal forma, procurou-se obter uma amostragem representativa dos médicos atuantes na ESF de Vitória.

O objetivo da amostragem foi conseguir uma representatividade com a melhor descrição possível da população. Uma questão que pode definir o número de entrevistados numa amostragem é a quantidade de material extraído nas entrevistas. O excesso de informações pode levar à perda de informações e análise superficial (BAUER; GASKELL, 2002). Considerando essas informações, pode-se justificar o número de 12 entrevistados.

Depois de selecionados os 12 profissionais, buscou-se contato com as gerências das Unidades e/ou médicos para agendamento das entrevistas. Os horários das entrevistas foram definidos de acordo com a maior conveniência dos profissionais ou dos serviços, com melhor disponibilidade, conforto, garantia de sigilo e menor impacto nas agendas de atendimento médico e fluxo de trabalho das Unidades de Saúde.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho dos médicos (Unidade de Saúde) ou na oportunidade de reunião de médicos em uma capacitação profissional na ETSUS de Vitória. Antes de cada entrevista foi feita a leitura do TCLE, apresentados os objetivos, procedimentos metodológicos do projeto e questionamentos de dúvidas ou não entendimentos seguidos de solicitação da assinatura do TCLE (APÊNDICE B).

#### 4.4 ANÁLISE DE CONTEÚDO

As 12 entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente para análise, segundo a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). O autor define análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise de comunicações:

Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (BARDIN, 2011, p. 33).

Bardin (2011) descreve três etapas para melhor direcionar a análise, a conhecer: a fase da pré-análise; da exploração do material e do tratamento dos resultados da pesquisa.

A fase da pré-análise consiste na fase de organização. Definem-se os documentos a serem analisados, formulação de hipóteses e objetivos e elaboração de indicadores que norteiam a interpretação final (BARDIN, 2011). Nessa fase, realizamos a transcrição integral das entrevistas seguida de diversas leituras e organização em um documento no programa *Microsoft Word* de acordo com as questões do roteiro de entrevistas. Essa organização e leitura flutuante buscaram aproximar o pesquisador dos dados coletados.

Na segunda fase, foi realizada a seleção dos conteúdos das entrevistas seguida da transcrição e leitura minuciosa de todo material que somou perto de 88 páginas. Optou-se por unir todos os trechos que exteriorizavam o pensamento dos entrevistados a respeito da APS, por se entender que as representações sociais são

um conjunto de ideias, pensamentos, senso comum, explicações e crenças dos indivíduos. Portanto, pode-se afirmar que naqueles extratos encontram-se as representações sociais manifestadas por esse conjunto de entrevistados sobre a temática.

Após a junção de todos os trechos das entrevistas que expressavam o pensamento dos entrevistados a respeito da APS, foram realizadas novas leituras e utilizado um sistema de cores de modo a marcar conteúdos, falas e temas similares com cores idênticas. Nessa fase foram categorizados sete conteúdos e, em consequência, sete cores.

Seguindo a definição de categorias por meio de cores, foram efetuados recortes da junção das entrevistas, criando um novo documento no programa Microsoft Word para cada categoria com a finalidade de aglutinar todos os trechos de uma mesma categoria e sua cor. Essa junção de trechos de uma categoria em um mesmo documento buscou facilitar a interpretação dos conteúdos.

Na terceira fase, já com os trechos das entrevistas agrupados em categorias, realizou-se o tratamento e interpretação dos resultados obtidos usando a representação social como marco teórico de análise.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Após a anuência da ETSUS, a pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, registrada sob o número 80559217.2.0000.5065, na qual recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória- CEP/EMESCAM, seguindo a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), que normatiza a pesquisa com seres humanos.

Com os devidos esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos metodológicos do projeto, os médicos assinaram o TCLE (APÊNDICE B).

As informações coletadas e disponibilizadas para análise nesta pesquisa foram acessadas, exclusivamente, pelo pesquisador e sua orientadora. São informações consideradas confidenciais com intuito de preservar as falas e dados dos profissionais participantes deste estudo. As informações obtidas nas entrevistas serão arquivadas em papel por cinco anos, não contendo identificação dos pesquisados, e, após esse período, serão todas descartadas por meio de incineração.



## 5 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Como já explicitado no capítulo de Metodologia, para alcançar os resultados foram entrevistados profissionais médicos que trabalham em equipe de ESF. Entre esses médicos selecionados, 3 homens e 9 mulheres perfizeram um total de 12 entrevistas. A faixa etária situa-se entre 34 anos a 61 anos de idade, com tempo de formação entre 3 anos a 36 anos.

O tipo de vínculo profissional dividiu-se em 2 médicos atuantes pelo Programa Mais Médicos do Governo Federal e 10 médicos com vínculo efetivo pela Prefeitura de Vitória. Dos profissionais com vínculos com a Prefeitura, 9 apresentam mais de 10 anos de vínculo e um profissional 9 anos de vínculo. Dessa forma, a maioria dos profissionais possui considerável tempo de atuação na APS de Vitória.

Entre as características profissionais foram encontrados médicos com vínculo acadêmico em Instituição de Ensino Superior (IES) exercendo papel de preceptor na graduação de Medicina e/ou em Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e Clínica Médica. Em relação à formação, foram constatados profissionais com especialização em Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia e MFC. E, por fim, um profissional cursando Mestrado.

Apenas três entrevistados afirmaram contato satisfatório com a APS durante a graduação. Nove relataram contato mínimo com APS durante a graduação, por ausência de conteúdo específico na estrutura curricular ou por estruturação ruim da APS na região de atuação da Instituição de Ensino Superior.

Vale ressaltar que um médico entrevistado formou-se em outro país, com revalidação do seu diploma no Brasil por intermédio do exame Revalida, possibilitando o seu registro no Conselho Regional de Medicina.

Com a aglutinação dos trechos de entrevistas, verificou-se a riqueza das nuances dessas representações e percebeu-se que elas poderiam ser expressas em seis categorias *a posteriori* de representações sociais sobre a APS. Assim, optou-se por apresentá-las de maneira separada, embora se saiba que todas estão interligadas.

São elas: APS possui um olhar diferenciado com o usuário, APS realiza prevenção de doenças e promoção da saúde, APS como porta de entrada, APS favorece proximidade e vínculo com o paciente, APS tem um cuidado continuado, APS tem resolutividade.

### 5.1 APS POSSUI UM OLHAR DIFERENCIADO COM O USUÁRIO

Em grande parte das entrevistas (dez entrevistas) é afirmado que na APS o médico não pode ter somente um olhar para a doença do paciente. Devem-se considerar outros contextos da vida como o social e familiar. O paciente tem que ser visto como um todo e não simplificado por uma queixa ou doença ou por essa atitude que depende da visão do médico. Entender mais da vida do paciente é fundamental para o cuidado, segundo os médicos entrevistados. Mais de um médico relatou que muitas vezes a queixa do paciente é a representação de um sofrimento de vida. Um dos entrevistados discursou que esse olhar diferenciado na APS deve ser uma competência do médico e como tal pode ser aprendida.

Aqui você tem que ver a pessoa como um todo (Médico 5).

Então não é só ele ir lá e reclamar daquela dor de cabeça, é o médico saber o porquê, saber em que casa ele mora, que tipo de situação que ele está vivendo, se perdeu o emprego ou não (Médico 9)

Porque eu acho que cuidar da saúde não é cuidar de uma pneumonia, entendeu? A pessoa para chegar nesse ponto tem as dimensões outras, que só na atenção primária. Antigamente se falava em perfil profissional e hoje não é, são competências que são necessárias E tem que estar uniformizadas nos profissionais, então eles têm uma sensibilidade aumentada para isso (Médico 7).

Ao analisar as falas dos entrevistados pode-se traduzir esse olhar diferenciado ou visão holística sobre paciente como abordagem integral ou integralidade. Esse olhar traduz uma representação social que os profissionais têm do trabalho na APS. O olhar diferenciado como uma condição necessária para uma boa atuação.

Na literatura existe mais de um sentido relacionado à integralidade, o mais comum é atribuir-se três conjuntos de sentidos: integralidade como princípio orientador das práticas dos profissionais de saúde ou valores de uma boa prática; integralidade

como organização dos serviços de saúde; integralidade como respostas governamentais às necessidades de saúde (MATTOS, 2009).

O conceito que melhor se encaixa nas falas dos médicos entrevistados é da integralidade como orientadora das práticas dos profissionais de saúde ou uma abordagem integral. Essa integralidade pode ser descrita como o entendimento dos fatores que afetam o processo saúde-doença, entendendo o indivíduo na sua totalidade e nas suas diferentes inter-relações com o ambiente e o mundo. O ser humano é um ser vivo social no qual a saúde pode ser influenciada por condições biológicas, ambientais, psicossociais, culturais e espirituais (DONATO; ANDERSON, 2019).

A integralidade, com um olhar ampliado do indivíduo, faz uma crítica à medicina anatomoclínica, ou biomédica, um modelo ainda hegemônico nas práticas e no ensino médico. Tende-se a ver o corpo humano de forma fragmentada e mecanicista, e o cuidado é centrado na doença. Esse modelo de medicina mostra-se insuficiente para as necessidades atuais de saúde, em especial no campo da APS. As práticas meramente biotecnológicas, quando invadem o campo da APS, tornam-se frágeis, subalternas, desestruturadas, pouco resolutivas e dependentes das especialidades focais (DONATO; ANDERSON, 2019).

O outro conceito não referenciado pelos médicos de integralidade é o de organização dos serviços de saúde. A integralidade é um dos atributos essenciais da APS os quais norteiam a prática dessa (STARFIELD, 2002). "Implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde" (STARFIELD, 2002, p. 62).

A PNAB descreve integralidade como um princípio da AB em consonância com os princípios do SUS. Representa um conjunto de serviços que devem atender as necessidades da população adscrita e englobam a promoção da saúde, prevenção de doenças, cura, reabilitação, redução de danos e, por fim, cuidados paliativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Essa representação social mostra uma mudança de pensamento do médico atuante na APS. Apesar de não referenciar o termo integralidade, os médicos expressam que na APS o indivíduo deve ser visto em todas as suas complexidades e relações, indo contra o modelo biomédico. Tal fato mostra-se ainda mais relevante porque grande número dos médicos entrevistados formaram-se dentro de um currículo com forte componente biomédico e pouca problematização da integralidade e seu caráter polissêmico. Isso poderia nos levar a pensar que a experiência influenciou a sua representação.

Outro ponto importante a ser considerado são as capacitações que o município de Vitória fornece aos médicos de sua rede. Desde do início da implantação da ESF o município de Vitória investe em formação dos médicos da APS. Em 2001 foi criado o Programa de Educação Permanente com o desígnio de dar suporte técnico as equipes de APS supervisionando suas atividades e acompanhando em seus processos de trabalho (GARCIA et al., 2014)

Atualmente a ETSUS tem um grande papel de educação continuada e regularmente organiza cursos e eventos de capacitação. Dessa forma também fica o pensamento que parte da representação social dos médicos advém de processos de educação continuada fornecido pelo município.

## 5.2 APS REALIZA PREVENÇÃO DE DOENÇAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os entrevistados (dez entrevistados) atribuem a APS como o local de maior capacidade de realizar ações de prevenção e promoção da saúde. Possui, dentro do sistema de saúde, um papel central na prevenção de doenças e promoção da saúde evitando que os pacientes desenvolvam doenças mais complexas e graves e, assim, minimiza a procura por hospitais e outros níveis de atenção à saúde. No entendimento da maioria dos médicos, a prevenção de doenças e promoção da saúde melhoram as condições de saúde e aumentam a longevidade dos pacientes. Um entrevistado apontou que a forma de organização e processo de trabalho da APS permite melhores ações de prevenção de doenças e, por conseguinte, promove

a ruptura com o modelo assistencial curativista, no qual o paciente busca o médico apenas quando já há uma doença instalada.

A gente atua mais na prevenção, antecedendo um pouco os problemas para que eles não venham a ocorrer e tenham que ser encaminhados para a atenção mais especializada (Médico 1).

A gente faz basicamente prevenção e promoção (Médico 6).

Nas entrevistas é possível perceber o enfoque primordial da APS na prevenção de doenças e promoção da saúde. O discurso de APS igual prevenção e promoção foi claramente relatado:

Entra na atenção básica também a prevenção, atenção básica é igual a prevenção e promoção de saúde (Médico 12).

Uma das características da APS, e que a diferencia da atenção secundária e terciária, é a presença de um forte componente dedicado à prevenção de doenças e promoção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Essa particularidade é bem documentada na literatura médica, sendo um fator que promove um cuidado integral e mais abrangente das pessoas.

No Brasil, desde o início da implantação do PSF, há clara definição da importância da ênfase nas ações de promoção da saúde e prevenção de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). A integralidade como um dos princípios da AB deve atender, por meio da equipe de saúde, todas as necessidades de uma população, considerando a promoção e manutenção da saúde e da prevenção de doenças e agravos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Dentro do discurso de associação da APS com prevenção e promoção há uma confusão conceitual entre os termos. Essa associação com a APS mostra uma grande representação social que os profissionais médicos possuem. Eles reproduzem tais falas, muitas vezes, igualando os conceitos de prevenção com os de promoção e isso é feito a partir dos próprios pensamentos sobre a APS ou quando relatam a compreensão de outros profissionais de saúde ou mesmo usuários.

Ao nível etimológico, *prevenção* advém do termo *prevenir* que pode ser traduzido como preparar; chegar antes de; evitar; impedir que se realize. Já *promoção* vem de *promover* significando dar impulso a; fomentar; originar; gerar. Ações de *prevenção* significam intervenção com orientação de evitar o surgimento de doenças específicas, alterando o perfil epidemiológico com redução da incidência e prevalência em uma população. Já *promoção*, classicamente, possui uma definição mais ampla por se referir a medidas para aumentar a saúde e o bem-estar geral, não focando apenas em uma determinada doença ou desordem (CZERESNIA, 2009).

O enfoque mais amplo e abrangente da promoção da saúde tem por objetivo modificar as condições de vida buscando formas de existência mais dignas e adequadas ao indivíduo por meio da mudança das tomadas de decisões individuais ou de conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar. A prevenção de doenças possui orientação mais forte nas ações de detecção, controle e redução dos fatores de risco ou grupo de doenças, o foco principal é a doença (BUSS, 2009).

A sobreposição dos conceitos de prevenção de doenças e promoção da saúde apresentou, nas entrevistas, uma grande tendência a ações preventivas com o objetivo de evitar doenças específicas. As falas dos médicos relacionavam prevenção e promoção meramente como meio de evitar certas doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e suas complicações. Tais pensamentos podem levar a excesso de exames, intervenções e medicalização.

Nas entrevistas, quando reproduzida de forma isolada, a promoção da saúde foi associada a ações de educação em saúde de grupos populacionais de riscos ou doenças ou faixas etárias como: obesos, hipertensos, diabéticos e saúde da criança. Demonstrou, assim, ações de promoção voltada para a educação em saúde em grupos específicos, programáticos e normativos. A promoção de saúde modificando e regulando a vida das pessoas para evitar doenças.

A prática de promoção de saúde com educação de grupos ficou clara em relatos como:

Fazemos PSF com promoção de saúde com palestras do HIPERDIA... Evitando que aquele paciente fique grave e precise ir para o PA ou hospital (Médico 3).

Estudos que avaliam a percepção de promoção da saúde dos profissionais da ESF mostram que a promoção da saúde está fortemente ligada à transformação de comportamentos de risco com norte em recomendações relacionadas às mudanças de hábitos. Poucos profissionais entenderam a promoção de saúde dentro de um conceito ampliado que considera outros determinantes além da doença, além do conceito de saúde centrado na doença e promoção igualada como prevenção (HORTA; SENA; SILVA; OLIVEIRA; REZENDE, 2009; SASAKI; RIBEIRO, 2013).

Outro lado é que essa visão de prevenção de doenças e promoção da saúde como o 'carro chefe' da APS pode prejudicar outras competências como resolutividade, acesso e integralidade. O acesso, em especial, pode ser prejudicado porque quando se pensa em APS 'igual a prevenção e promoção, ocorre uma tendência para ocupação prioritária de agendas médicas com ações programáticas deixando outros atendimentos como demanda espontânea em um segundo plano de ação' (ESSER; NORMAN, 2014).

A separação de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças como algo específico e principal da APS pode comprometer atributos essenciais da APS. Uma APS de qualidade deve ser resolutiva e capacitada para atender mais de 85% dos problemas de saúde, considerando necessidades de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde de uma população (MENDES, 2011). Portanto, por exemplo, ser resolutivo é fundamental dentro da APS de qualidade e a prevenção de doenças e promoção de saúde devem fazer parte disso e de outras competências e não ser a principal competência.

### 5.3 APS COMO PORTA DE ENTRADA

Para a maioria dos entrevistados, a APS é tida como um programa de governo muito importante, em especial em nosso país e em comunidades que dependem desse serviço visando ao acesso à saúde. Expressam que ela, para alguns, significa o

acesso à medicina. Ou seja, é entendida como um primeiro momento em que a pessoa pode ser vista e assistida. É, essencialmente, aquilo que se pode chamar de “porta de entrada”, ou seja, é a forma que a população consegue o acesso à saúde.

A fala dos médicos entrevistados refere a um dos atributos essenciais e mandatórios da APS: essa deve ser a porta de entrada e o primeiro contato com os serviços de saúde (STARFIELD, 2002). Tal característica fundamental é reafirmada na PNAB de 2017 que enfatiza a APS como primeiro ponto de atenção, porta de entrada e ordenadora dos fluxos e redes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Outros médicos expressaram a representação da APS como porta de entrada de forma distinta. Três entrevistados afirmaram que a APS se presta a todo tipo de demanda de saúde, entendendo que funciona também como uma grande triagem de entrada no sistema de saúde.

Sim, é muito importante. Para ser sincero, eu penso que é o mais importante, pois é onde você pode ajudar mais o paciente, onde é uma das portas de entrada do SUS, então a procura sempre é maior, sempre é através do posto de saúde. Então, eu julgo ser muito importante (Médico 11).

Atenção Básica para mim seria a entrada... o começo de ver a pessoa (Médico 12).

É a porta de entrada de tudo, daqui a gente faz uma grande triagem de quem tem que ir para o PA, de quem tem que ir para cirurgia, de quem precisa de um especialista, entendeu? (Médico 7).

Para ser a porta de entrada, a APS depende do acesso e da acessibilidade. Acessibilidade é a possibilidade de as pessoas chegarem aos serviços e acesso permite o uso oportuno dos serviços em busca de atender as necessidades do usuário. O acesso tem interferência de barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais (STARFIELD, 2002).

Os profissionais entrevistados pensam que a APS tem o papel de ser a porta de entrada do SUS, sendo para triar os problemas de saúde de uma população ou local de início dos cuidados dessa população. Não foi possível analisar melhor as nuances da APS ser porta de entrada. Na literatura são encontrados vários estudos



e discussões da importância do acesso à APS. É documentado por muitos autores que a ESF no Brasil possui muitos problemas e gargalos no acesso (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Seria admirável analisar o que esses médicos pensam em específico sobre porta de entrada e acesso e como contribuem e participam do acesso. Alguns questionamentos podem ser lançados como: o que é acesso? Acesso seria estar disponível para atender? APS tem o papel de acesso ao cuidado ou só ao sistema de saúde?

#### 5.4 PROXIMIDADE E VÍNCULO COM O PACIENTE

Na visão dos médicos entrevistados (oito entrevistados) a APS favorece um maior vínculo com os pacientes devido à proximidade do serviço de saúde com a comunidade. A presença da Unidade de Saúde dentro do território de moradia dos pacientes cria um elo entre os profissionais de saúde e a comunidade. Essa proximidade física fortalece o vínculo e melhora o acesso, pois o paciente pode procurar o médico quando precisar sem realizar grandes deslocamentos. É relatado em mais de uma entrevista que estar mais perto melhora o cuidado das pessoas. Um dos entrevistados atribuiu a alta cobertura do PSF de Vitória como o grande fator de aproximação e vínculo em virtude de os pacientes fixarem o cuidado na Unidade de Saúde perto da sua casa.

Aonde a gente consegue ter um contato mais próximo, realmente, com o paciente (Médico 2).

O paciente está perto do médico e pode nos procurar quando precisa (Médico 6).

A PNAB descreve a territorialização e a adscrição como uma diretriz que permite o planejamento, a programação descentralizada e as ações setoriais e intersetoriais com impacto nos determinantes da saúde. O território dinamiza as ações e as necessidades da população adscrita e/ou as populações específicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Uma população adscrita estimula o desenvolvimento de vinculação populacional e a responsabilidade sobre o território pelas equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Essa visão foi bem relatada nas representações dos médicos e acontece devido Vitória ter uma territorialização bem definida, bem como o município adotar a regionalização considerando cada região de saúde como possuidora de características particulares construídas a partir dos territórios de saúde e das áreas de abrangência das UBS (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2017).

Apesar de a proximidade facilitar o vínculo, estabelecer uma ligação do profissional médico com o usuário do serviço de saúde depende de outras variáveis como relações de confiança, tempo de contato, escuta profissional adequada, acolhimento, organização adequada dos serviços e qualificação profissional (GOMES; CAPRARA; LANDIM; VASCONCELOS, 2012; RUNELLO; SCATENA; ANDRADE; PONCE; PONCE; PALHA; BRUNELLO; ASSIS; LAINE; VILLA, 2010).

## 5.5 APS TEM CUIDADO CONTINUADO

Em quatro entrevistas é relatado pelos médicos que a APS presta um cuidado continuado às pessoas, os pacientes desse serviço tendem a ser acompanhados por um longo e contínuo período. O seguimento de saúde dos indivíduos de uma comunidade é feito em grande parte na APS. Até mesmo os pacientes encaminhados para especialistas voltam para a Unidade de Saúde para serem acompanhados. Foi dito nas entrevistas que esse seguimento é mais fácil de acontecer na APS pelo médico estar mais perto do paciente.

O paciente sempre volta pra gente... mesmo depois que ele passou pelo especialista ele vai continuar o acompanhamento aqui porque acompanhamos o paciente durante a vida toda... fazemos um cuidado continuado do paciente (Médico 4).

É muito mais fácil de você acompanhar aqui na unidade, acompanhamos ele enquanto ele precisar... fazemos o cuidado dele por todo tempo que ele precisar (Médico 8).

Apesar dos entrevistados referirem como cuidado continuado, podemos também chamar essa característica e representação da APS como longitudinalidade, porque nas falas os médicos não relatavam o cuidado apenas de alguma doença ou problema, mas o acompanhamento das necessidades do paciente.

Starfield (2002) discute a diferença entre a longitudinalidade e continuidade de atenção como continuidade sendo relacionada ao manejo de alguma doença ou problema específico e não atenção à pessoa. A continuidade pode ser realizada em outros níveis de atenção, por exemplo, um paciente ser acompanhado por uma doença reumatológica no mesmo ambulatório por um longo período.

Já outras referências como o *Institute of Medicine*, da Academia Nacional de Ciências de Washington, e Ian R. McWhinney consideram os termos longitudinalidade e continuidade iguais. Então, de qualquer forma, podemos chamar de longitudinalidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A longitudinalidade consiste uma fonte regular de atenção à saúde por longo período de tempo dentro da Unidade de Saúde com sua equipe de referência e identificando as necessidades de sua população. O vínculo da equipe de saúde com a população deve ser forte e facilitador do cuidado minimizando os riscos de iatrogenia causados por desconhecimento das histórias pessoais e falta de coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

É um atributo da APS de suma importância por facilitar outros atributos como acesso e coordenação do cuidado e produzir benefícios como menor utilização de serviços, melhor atuação na prevenção, menor número de encaminhamentos e hospitalizações (GUSSO; MACHADO, 2019).

A APS ser uma fonte regular de atenção é uma importante representação da própria APS pela sua característica norteadora de outros atributos da APS. Essa foi a segunda menor representação social que encontramos.

## 5.6 APS TEM RESOLUTIVIDADE

Três entrevistados dizem que a APS tem uma considerável resolutividade. Para essa parcela dos médicos ela consegue resolver boa parte dos problemas de saúde de uma população, a depender da estrutura do serviço de atuação, pois, locais com mais estrutura apresentam maior resolutividade. Outro destaque é que a APS evita que pacientes procurem outros serviços de saúde como Unidades de Pronto Atendimento (PA) e Hospitais.

Eu acho que a gente consegue resolver boa parte dos problemas aqui e paciente não precisar ir para o hospital (Médico 4).

Tirando os pacientes, eu pelo menos, pra mim, eu tiro muitos que poderiam ir para a UPA (Médico 10).

A literatura assevera que uma APS de qualidade pode resolver mais de 85% dos problemas de saúde de uma população (MENDES, 2011). Essa alta resolutividade é uma diretriz da APS dentro da PNAB. É importante a APS resolver a maioria dos problemas de saúde da população e ser coordenadora do cuidado. Para ter essa boa capacidade, deve utilizar tecnologias de cuidado individual e coletivo como a clínica ampliada, o vínculo, as intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, a ampliação de autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Resolutividade na APS é um conceito amplo e com muitas variáveis. De forma geral, é relacionada aos serviços de saúde. O conceito de resolutividade está associado à resolução final dos problemas levados pelos usuários ao serviço e à satisfação desses usuários com os profissionais (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Essa representação é a que menos apareceu nas entrevistas e, quando ocorreu, relacionou-se com evitar que o paciente seja atendido em serviço de urgência. Há uma forte relação com evitar internações por condições sensíveis à APS.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar as representações sociais da APS entre 12 médicos da ESF de Vitória - ES, buscando investigar e problematizar o que esses profissionais pensam sobre a APS. Consideramos representações sociais como um conjunto de ideias, pensamentos e explicações. No estudo, entrevistamos médicos e encontramos seis categorias de análise para discussão.

Separamos seis categorias de representações sociais dos médicos entrevistados sabendo que essas categorias interligam-se, completam-se e não devem ser vistas de maneira isolada. As seis categorias foram: APS possui um olhar diferenciado para com o usuário, APS realiza prevenção de doenças e promoção da saúde, APS como porta de entrada, APS favorece proximidade e vínculo com o paciente, APS tem um cuidado continuado, APS tem resolutividade.

Na análise dessas categorias é importante considerar a educação continuada fornecida pelo município. Vitória, historicamente, capacita os seus profissionais da APS. A maioria dos médicos entrevistados possuem diversos cursos e capacitações oferecidas pelo município.

Na categoria da 'APS como um olhar diferenciado' foi possível perceber que a maioria dos médicos entende que é necessário realizar uma abordagem integral e holísticas do paciente na APS. Nessa categoria, consideramos a visão de integralidade dos médicos como boas práticas profissionais. Outra análise nessa categoria é que a prática pode mudar o pensamento. Mesmo os médicos formados dentro de um modelo biomédico expressaram uma visão de integralidade, após a atuação na APS.

A categoria 'APS realiza prevenção de doenças e promoção da saúde' é uma representação forte da APS como vigilância em saúde. APS com o objetivo principal de minimizar comportamentos de risco, mudar hábitos e evitar doenças. Como dito anteriormente, essa representação pode simplificar e prejudicar outras competências da APS.

As categorias de 'APS como porta de entrada' e 'APS tem um cuidado continuado' aproximam-se dos conceitos de atributos essenciais da APS. Seria importante avaliar de forma específica essas categorias e esclarecer melhor quais definições os médicos têm sobre ser porta de entrada e proporcionar cuidado continuado.

As duas outras categorias: 'APS favorece proximidade e vínculo' mostrou o impacto da territorialização e adscrição da clientela da ESF. Há forte associação conceitual da APS com características do modelo de ESF do Brasil. E por fim, com menor representação foi a 'APS tem resolutividade'.

A resolutividade é uma das competências mais importantes da APS, porém nesse estudo foi pouca referenciada. É de se observar que muitos profissionais veem a APS como um lugar de evitar doenças e triagem do sistema de saúde de tal forma que a resolutividade fica em segundo plano.

Uma pontuação relevante do estudo foi optarmos por usar o termo Atenção Básica no lugar de Atenção Primária. Essa escolha teve o objetivo de facilitar a comunicação e dar mais conforto aos médicos entrevistados. Partilho que em alguns momentos da entrevista o uso, sem intenção, do termo Atenção Primária gerou certo distanciamento dos médicos entrevistados como se esse termo fosse "mais acadêmico" e distante da prática.

As representações sociais dos médicos e informações obtidas na pesquisa expressaram pensamentos e ideais que profissionais possuem da APS. Esses pensamentos norteiam a prática, sendo de grande importância na formação e educação de profissionais. Toda discussão desse trabalho reforça o caráter polissêmico e multifacetado da APS.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO I. C. H. C.; BEZERRA R. C.; SILVA, R. M. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. *In: CAMPOS, G. W. S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO M. C. S.; AKERMAN M; DRUMOND Jr., M; CARVALHO, Y. M. Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 845-862.
- AZEVEDO, A. L. M. de; COSTA, A. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, dez. 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Livro 3: Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, 2011 (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS).
- BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.
- CUNHA, E. M. da.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.
- CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- DONATO, R. R.; ANDERSON, M. I. P. Complexidade e integralidade na medicina de família e comunidade e na atenção primária à saúde: aspectos teóricos. *In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- ESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, set. 2014.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA M. H. M. Atenção Primária Saúde. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C.; NORONHA, J. C. de; CARVALHO, A. I. de. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-620.

GOMES, A. M. A.; CAPRARA, A.; LANDIM, L. O. P.; VASCONCELOS, M.G. F. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1101-1119, 2012.

GREEN, L. A.; FRYER JR., G. E.; YAWN, B. P.; LANIER, D.; DOVEY, S. M. The ecology of medical care revisited. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 344, n. 26, p. 2021-2025, 2001.

GUSSO, G.; MACHADO, L. B. M. Atenção primária à saúde. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 31-32.

HORTA, N.C.; SENA, R. R. de; SILVA, M. E. O.; OLIVEIRA, S. R. de; REZENDE, V. A. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Revista brasileira de enfermagem**. v. 62, n. 4, p. 524-529, jul. 2009.

IBGE. **Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/vitoria/panorama>. Acesso em: 8 ago. 2018.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p.2307-2316, 2010.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e sociedade**, v. 20, n. 4, p.867-874, 2011.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2002.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2009. p. 39-66.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acesso em: 6 set. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em: 05 ago. 2017.

MINISTRY OF HEALTH. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>. Acesso em: 07 ago. 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica, 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia. Saúde da Família. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013.

OMS. **Alma-Ata 1978. Cuidados primários de saúde**. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf;jsessionid=D9BDE4BB95AB9D25D9CF729169ADA5DA?sequence=5](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=D9BDE4BB95AB9D25D9CF729169ADA5DA?sequence=5). Acesso em: 07 ago. 2017.

OPAS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas Documento de Posicionamento da OPAS/OMS**. Genebra, 2005.

OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - contribuições para o debate**. Brasília: OPAS; 2011.

PREFEITURA DE VITÓRIA. **Vitória online**. Informações sobre serviços de saúde. Disponível em: [www.vitoria.es.gov.br](http://www.vitoria.es.gov.br). Acesso em: 14 out. 2018.

ROMAN, A. C. **Informatização do registro clínico essencial para a atenção primária à saúde: um instrumento de apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família**. 2009. 121 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

RUNELLO, M. E. F.; SCATENA, L.; ANDRADE, R. de P.; PONCE, M.; PONCE, M.; PALHA, P.; BRUNELLO, M. E. F.; ASSIS, E.; LAINE, R.; VILLA, T. C. S. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. *In*: SPINK, M. J. (org). **O conhecimento do cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SAMPAIO, L.; MENDONÇAS, C. S.; LERMEN JR. N. Atenção Primária à Saúde. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 28.

SASAKI, A. K.; RIBEIRO, M. P. D. S. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. **Revista brasileira de medicina de família comunidade**, v. 8, n. 28, p. 155-63, jul. 2013.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, set. 1993.

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

TEJADA DE RIVERO, D. A. Alma-Ata: 25 años después. **Revista perspectivas de salud**, v.8, n. 1, p. 3-7, 2003.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008.

VIANA, A. L.; DAL POZ. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 225-264, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

WERNER, R.D. C. **Realidades e perspectivas da assistência à saúde do adulto trabalhador no município de Vitória-ES**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

WHITE, K. L.; WILLIANIS, F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **New England Journal of Medicine**, v. 265, p.885-92, 1961.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### Entrevista - médicos

Identificação:

Idade:

Sexo:

Ano de formação:

Formação acadêmica:

Tempo de atuação na Unidade:

Vínculo com a prefeitura:

Data da entrevista:

1. Para você, qual a importância da Atenção Primária à Saúde?
2. Nesse tempo em que você atua, qual é sua percepção sobre a APS em Vitória?
3. Durante a sua formação acadêmica o que você viu sobre Atenção Primária à Saúde?
4. O que você acha que outros profissionais que não trabalham na APS pensam sobre a APS?
5. Como você vê o seu papel na Atenção Primária à Saúde?
6. Como você vê a sua atuação na Atenção Primária à Saúde?
7. Como você vê a atuação da equipe da EPSF?
8. O que você acha que poderia mudar na Atenção Primária?

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM VITÓRIA-ES como voluntário. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir e no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será prejudicado (a) de forma alguma. Se tiver alguma dúvida você poderá procurar pedir esclarecimento aos pesquisadores a qualquer momento. Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, que avaliou este trabalho no telefone (27)33343586 ou no email comite.etica@emescam.br ou no endereço Comitê de Ética em Pesquisa - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES - 29045-402.

#### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

**Título do projeto de pesquisa:** “Representações sociais da Atenção Primária entre Médicos da Estratégia de Saúde da Família em Vitória-ES”

**Instituição:** Emescam Telefone: (27) 3334-3586

**Pesquisador:** Marcelo Santana Vetis

**Orientadora:** DRA. MARISTELA DALBELLO-ARAUJO

Marcelo Santana Vetis

Endereço: Avenida São Paulo, 2187, Itapuã, Vila Velha -ES

Telefone: 981379564 e-mail: marcelo.vetis@gmail.com

**Objetivos da pesquisa:** Analisar as representações sociais sobre Atenção Primária entre médicos atuantes na Estratégia de Saúde da Família de Vitória- ES

- Descrever a estrutura da APS de Vitória;
- Descrever as representações sociais da APS pelos médicos atuantes em equipes de ESF em Vitória;

**Procedimentos da pesquisa:** Serão sorteados dois médicos atuantes em Estratégia Saúde da Família e cada uma das regiões de saúde de Vitória. As entrevistas serão realizadas e gravadas no próprio local de trabalho, depois de realizado contato prévio para agendamento e de o entrevistado, ciente dos objetivos da pesquisa ter assinado o TCLE. As gravações das entrevistas serão transcritas e analisadas à luz da teoria das representações sociais. **Riscos e desconfortos:** Essa pesquisa apresenta riscos mínimos, pelo tipo de metodologia não gerar qualquer intervenção, mas é possível haver constrangimento do entrevistado. Para minimizar constrangimentos serão realizados

orientações e avisos da total proteção e confidencialidade das informações e o pesquisador se compromete a esclarecer qualquer questão que fique em dúvida. Fica aqui orientado também que o entrevistado tem o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

**Benefícios:** Conhecer o que os profissionais médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) pensam é importante porque as ideias norteiam as práticas que esses profissionais possuem e essas ideias vêm de construção pessoal, social, acadêmica e prática. A descrição das representações sociais desses profissionais poderá servir de apoio para criação de ações de capacitação, formação e educação continuada visando melhoria nas práticas na APS de acordo com as políticas públicas da atenção primária em saúde.

**Custo / Reembolso para o participante:** A pesquisa não gerará custos aos participantes nem tão pouco qualquer tipo de vantagem financeira.

**Confidencialidade da pesquisa:** É garantido que sua identidade será resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação. Você tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM.

## CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, autorizo a participação no estudo referido. Fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

SE HOUVER OUTRAS PÁGINAS, ALÉM DESTA, AS MESMAS DEVERÃO SER RUBRICADAS

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador:

\_\_\_\_\_

## **ANEXOS**

## ANEXO A



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE  
Professora Angela Maria Campos da Silva

## DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação no Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) está de acordo e possui infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: **"REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE ENTRE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM VITÓRIA-ES"** de autoria de **MARCELO SANTANA VETIS**. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS-Vitória, de Carta de Apresentação do pesquisador ao(s) campo(s) de pesquisa.

Vitória, 08 de novembro de 2017

Sheila Cristina de Souza Cruz  
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde



## ANEXO B

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ENTRE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM VITÓRIA-ES **Pesquisador:** MARCELO SANTANA VETIS **Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 80559217.2.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.433.000

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa vinculado ao Mestrado de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, intitulado: “Representações Sociais da Atenção Primária entre Médicos da Estratégia de Saúde da Família em Vitória-ES”, de abordagem qualitativa, tendo como objetivo analisar as representações sociais sobre

Atenção Primária à Saúde (APS) entre médicos atuantes na Estratégia de Saúde da Família de Vitória- ES.

Preende-se acessar 2 profissionais de cada região de saúde do município por meio de sorteio, assim como 2 Unidades por região, excetuando-se aquelas que possuem Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Atenção Primária à Saúde (APS) é um nível de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002). A APS é a base de um sistema de Saúde universal e integral sendo uma forma de organização da atenção à saúde. No Brasil é denominada Atenção Básica à Saúde para enfatizar a reorientação do modelo assistencial à sistema universal e integrado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínicoassistencial dos profissionais de saúde. Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato,

longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (OLIVEIRA, 2013)

A Atenção Primária à Saúde (APS) fortalecida é base de um Sistema de Saúde Universal que tem como propósito fornecer saúde para a sua população. Conhecer o que os profissionais médicos da APS pensam é importante porque as ideias norteiam as práticas que esses profissionais possuem e essas ideias vêm de construção pessoal, social, acadêmica e prática.

Entender as representações sociais desses profissionais é um meio de se discutir o que é pensado sobre a APS e a partir dessa análise ter uma base para realização de ações de capacitação e empoderamento dos profissionais com o ideal de modificar práticas que levem a uma APS forte e resolutive.

O tema é relevante pois pretende-se que seus resultados embasem ações de capacitação e empoderamento dos profissionais com o ideal de modificar práticas para o fortalecimento da APS.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **OBJETIVO PRIMÁRIO**

Analisar as representações sociais sobre Atenção Primária à Saúde entre médicos atuantes na Estratégia de Saúde da Família de Vitória- ES

##### **OBJETIVO SECUNDÁRIO**

Descrever a estrutura da APS de Vitória;

Descrever as representações sociais da APS pelos médicos atuantes em equipes de ESF em Vitória;

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:** A pesquisa apresenta riscos mínimos, pelo tipo de metodologia não gerar qualquer intervenção, mas é possível haver constrangimento do entrevistado. Para minimizar constrangimentos serão realizadas orientações e avisos da total proteção e confidencialidade das informações

**BENEFÍCIOS:** A descrição das representações sociais desses profissionais poderá servir de apoio para criação de ações de capacitação, formação e educação continuada visando melhoria nas práticas na APS de acordo com as políticas públicas da atenção primária em saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, tendo como objetivo analisar as representações sociais sobre Atenção Primária Saúde (APS) entre médicos atuantes na Estratégia de Saúde da Família de Vitória-ES. O estudo será realizado por meio de entrevista semiestruturada, dirigida aos médicos atuantes na Estratégia de Saúde da Família, aqueles com mais de um ano de atuação no município.

Para a eleição das Unidades contempladas será feito o sorteio de duas Unidades por região. Não entrarão no sorteio as Unidades que possuem Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

A Coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada utilizando um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A). A escolha da amostra para as entrevistas será através de sorteio (Unidade e médico).

A pesquisa é relevante pois contribuirá com o fortalecimento da APS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados o projeto completo, Folha de rosto, TCLE, Carta de Anuência e cronograma. Todos adequados com as requisições das normas vigentes.

**Recomendações:**

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Favorável à aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1018747.pdf	30/11/2017 07:18:07		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	30/11/2017 07:17:46	MARCELO SANTANA VETIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMARCELOVETISFINAL.doc	30/11/2017 07:14:19	MARCELO SANTANA VETIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/11/2017 07:14:00	MARCELO SANTANA VETIS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaETSUS.pdf	10/11/2017 11:11:38	MARCELO SANTANA VETIS	Aceito
Folha de Rosto	Folhadeosto.pdf	10/11/2017 11:10:23	MARCELO SANTANA VETIS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITÓRIA, 12 de Dezembro de 2017

---

**Assinado por:  
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA  
(Coordenador)**

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br