

Limites e Avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais

Restrictions and Improvements in the Family Health Program of Campina Grande: a study based on social representations

Rosana Farias Batista Leite

Psicóloga. Mestre em Saúde Coletiva. Professora da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande, Departamento de Enfermagem e Fisioterapia.

Endereço: Rua José Augusto Ribeiro, 115, apto. 501, Bela Vista, CEP 58428-720, Campina Grande, PB, Brasil.

E-mail: rosanaflite@uol.com.br

Thelma Maria Grisi Veloso

Psicóloga. Doutora em Sociologia. Professora Titular do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba UEPB. Vinculada ao Mestrado em Saúde Coletiva - UEPB.

Endereço: Rua Hortêncio Osterne Carneiro, 509, apto. 402, Bessa, CEP 58035-120, João Pessoa, PB, Brasil.

E-mail: thelma.veloso@ig.com.br

Resumo

Este artigo se propõe a refletir sobre as representações sociais de profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) de Campina Grande - PB. O objetivo principal é analisar as representações que esses profissionais constroem a respeito do Programa e do trabalho nele desenvolvido. Realizamos uma pesquisa qualitativa norteada pela Teoria das Representações Sociais. Como instrumentos de coleta de dados, utilizaram-se a observação participante e a entrevista semiestruturada. Foram entrevistados 24 profissionais, sendo três médicos, três enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem, dois cirurgiões-dentistas, um auxiliar de consultório dentário, dois assistentes sociais e nove agentes comunitários de saúde. Os discursos foram analisados com base na proposta de Análise de Conteúdo Temática. Observou-se que todos os entrevistados representam o PSF como uma proposta que trouxe contribuições positivas, no entanto, sublinham a ausência da integralidade e da intersetorialidade, assim como assinalam a dificuldade na organização do sistema de referência e contrarreferência para a garantia das ações com resolutividade. Em relação ao trabalho desenvolvido no Programa, os profissionais o representaram como “planejado”, “organizado” e “gratificante”. Porém, vários discursos ressaltaram as insatisfações salariais, o desgaste e a sobrecarga de trabalho, sugerindo que “trabalhar no PSF não é tão bom assim”. As representações sociais construídas pelos entrevistados conduzem para a ideia de que não há uma harmonia entre a efetivação do programa e as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde. Consta-se, portanto, a necessidade de mudanças estruturais no PSF de Campina Grande, para que os objetivos dessa proposta possam, de fato, ser concretizados.

Palavras-chave: Representações sociais; Programa Saúde da Família; Condições de trabalho.

Abstract

This article aims at examining social representations of those professionals involved with the Family Health Program (PSF - *Programa Saúde da Família*) in Campina Grande - state of Paraíba. Our main goal is to analyze the representations these professionals built about the Program and about the work carried out there. Ours was a qualitative research based on the Theory of Social Representations. We used participant observation and semi-structured interviews as tools for collecting data. Twenty-four professionals were interviewed: 03 medical doctors, 03 nurses, 04 assistant nurses, 02 dental surgeons, 01 dentist assistant, 02 social workers and 09 community health agents. The discourses were analyzed according to the analysis proposal of Thematic Content. It was observed that all the people interviewed represent PSF as a proposal that has brought positive contributions. Nevertheless, they also stress the absence of integrality and of actions between different sectors, as well as problems in the organization of the reference and counter-reference system in order to assure actions that have the power to solve problems. As regards the work carried out by the Program itself, the professionals represent it as “well-planned”, “organized”, and “gratifying”. On the other hand, some of the discourses complain about low salaries, consuming work and work overload. They suggest that “working for the PSF is not so satisfying” as it may seem. The social representations built by the interviewed professionals lead to the idea that there is not harmony between the actual program and the directions proposed by the Ministry of Health. The conclusion we have reached is that the PSF in Campina Grande must undergo some structural changes so that its goals may be reached.

Keywords: Social Representations; Family Health Program; Work Conditions.

Introdução

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS), através do Sistema Único de Saúde (SUS), implantou o Programa Saúde da Família (PSF), tendo como objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial com vistas à promoção da saúde. O SUS propôs uma ruptura epistemológica com o velho modelo assistencial de saúde, contribuindo para a construção de um novo paradigma.

Mendes (1996) se refere ao PSF como parte das propostas inovadoras para a formulação de novas práticas de saúde. No dizer do autor, essas práticas devem voltar-se para o paradigma da produção social da saúde, por intermédio do desenvolvimento de ações direcionadas às famílias e à comunidade, de forma contínua, personalizada e ativa. O PSF enfatiza a promoção e a prevenção, não se descuidando do aspecto curativo, com alta resolutividade, baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos ou sociais, privilegiando ainda a intersectorialidade.

A implementação do trabalho em equipe multiprofissional é uma das características dessa nova estratégia e contribui para que os profissionais possam interagir, trocar saberes e experiências. As equipes trabalham com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área. Sendo assim, as unidades de saúde da família são consideradas porta de entrada do sistema e o primeiro nível de atenção, devendo estar integradas em rede de serviços dos diversos níveis de complexidade, estabelecendo um sistema de referência e contrarreferência¹ que garanta resolutividade e possibilite o acompanhamento dos usuários.

Apesar das inúmeras polêmicas que cercam a discussão sobre a estratégia “Saúde da Família”, ela vem se consolidando como uma Política Nacional, existindo hoje um total de 28.100 equipes em todo o país, atendendo mais de 90 milhões de pessoas (Brasil, 2008).

No município de Campina Grande-PB, o PSF foi implantado em 1994, compondo, com mais 13 municípios, as experiências pioneiras institucionalizadas pelo Ministério da Saúde. Enquanto projeto político sanitário, apresenta, atualmente, avanços e retrocessos, muitos

1 sistema de referência é o serviço ao qual é encaminhado o usuário para atendimento mais complexo e apoio diagnóstico. A contrarreferência diz respeito ao retorno das informações sobre o usuário para o nível da atenção básica.

dos quais estratégicos para sua consolidação. Entendemos que o avanço dessa proposta está condicionado à correlação de forças, ou seja, o PSF será aquele que, em cada situação concreta, os sujeitos sociais submetidos a determinadas relações econômicas, políticas e ideológicas conseguirem imprimir a marca de seu projeto.

Acreditando que as representações sociais de profissionais que compõem as equipes do PSF são reveladoras de possíveis limites e/ou perspectivas de avanços dessa prática, realizamos uma pesquisa fundamentada na área da Psicologia Social.

O conceito de representações sociais, nos últimos anos, tem sido utilizado com bastante frequência em estudos de diversas áreas das ciências humanas e sociais, sendo considerado um importante suporte teórico, na medida em que contribui para a compreensão da visão de mundo dos sujeitos pesquisados (Minayo, 1996).

De acordo com a referida autora, Emile Durkheim (1858-1917) foi o primeiro autor a trabalhar com a concepção de representações, propondo o conceito de representações coletivas. Em Durkheim, como adverte a autora citada, a ideia de representações evidencia a existência de um modo de pensar a sociedade, que é coercitivo em relação à conduta individual. Em sua formulação teórica, as “representações coletivas” provêm do exterior e não do indivíduo. As representações seriam aceitas por todos, mas os indivíduos não teriam um papel ativo na sua criação.

Na área da Psicologia Social, o termo “representação social” foi proposto por Serge Moscovici, no livro *La Psychanalyse son Image et son Public* (1961), que versa acerca da representação social da psicanálise na sociedade parisiense dos anos 1950. Nessa obra, o autor, partindo das representações, tenta entender como uma forma de saber é transformada em outra, na medida em que ela passa por diferentes processos de comunicação e se move no contexto social (Jovchelovitch, 2000).

A perspectiva inaugurada por Moscovici - a Teoria das Representações Sociais -, a partir de uma releitura do conceito de “representações coletivas”, rompe com a dicotomia indivíduo-sociedade (base fundante do conceito durkheimiano). Nega, assim, o fato de que as representações sejam construídas com base em elementos externos ao indivíduo e aponta para a legitimidade do senso comum enquanto conhecimento impulsionador das transformações sociais (Vala, 1993).

Segundo Moscovici (2004), coexistem, nas sociedades contemporâneas, duas classes distintas de universos de pensamento: os universos consensuais (UC) e os universos reificados (UR). Nestes, circulam as ciências, a objetividade, o rigor lógico e metodológico. Aos universos consensuais, correspondem as atividades do senso comum e as práticas interativas do dia-a-dia. Apesar de ambos terem propósitos diferentes, são eficazes e indispensáveis para a vida humana.

Para o autor citado, esses dois universos se entrelaçam dialeticamente, um influenciando o outro, produzindo, dessa forma, as representações sociais.

Nessa perspectiva, a principal função das representações sociais é a de transformar o não-familiar em familiar, ou seja, tornar um fenômeno desconhecido em algo compreensível. De acordo com o referido autor, a elaboração e o funcionamento de uma representação podem ser explicados através dos processos de “ancoragem” e “objetivação”, os quais estão intimamente relacionados.

Em linhas gerais, a “ancoragem” consiste em incorporar o estranho e o novo ao sistema de pensamento preexistente, enquanto que a “objetivação” é entendida como o processo de tornar concreto o que é abstrato. “Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso, é reproduzir um conceito de uma imagem” (Moscovici, 2004, p. 71-72).

Desse modo, à luz da Teoria das Representações Sociais, e de acordo com as contribuições de Serge Moscovici, as representações sociais são 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, 1981, apud Sá, 1996, p. 31).

Para o desenvolvimento da pesquisa, optamos por uma metodologia qualitativa. Foram utilizados como principais instrumentos de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a observação participante com registro em Diário de Campo. Foram entrevistados 24 profissionais do PSF de Campina Grande - três médicos, três enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem, dois cirurgiões-dentistas, dois assistentes sociais, nove agentes comunitários de saúde e um auxiliar de consultório dentário - das Unidades do bairro do Monte

Castelo e do bairro do Tambor (Distrito Sanitário I e Distrito Sanitário IV, respectivamente).

Nosso critério para selecionar as equipes baseou-se no tempo de atuação das mesmas, partindo do pressuposto de que um período de atuação superior a dois anos é suficiente para a estruturação do trabalho preconizado pelo MS. Selecionamos duas equipes pioneiras, localizadas no bairro do Tambor, e outras duas com atuação mais recente, situadas no bairro do Monte Castelo. Pretendíamos, inicialmente, investigar se os profissionais das equipes pioneiras, com mais de dez anos de atuação, teriam representações diferenciadas dos profissionais das equipes mais recentes. Entretanto, no decorrer da pesquisa, observamos que as equipes pioneiras tinham sido substituídas, porque houve mudanças no quadro dos profissionais.

O número de entrevistas foi determinado pelos critérios de acessibilidade e pelo critério do ponto de saturação. O ponto de saturação é atingido quando os temas e/ou argumentos começam a se repetir nas entrevistas, indicando que se podem fazer mais algumas entrevistas e parar (Sá, 1998). As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra, e submetidas à Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 1977).

A faixa etária dos entrevistados varia entre 25 e 47 anos, sendo 22 (vinte e dois) deles do sexo feminino e apenas 02 (dois) do sexo masculino. Quanto ao grau de instrução, 11 cursaram pós-graduação (Curso de Especialização); 13 têm curso superior completo; dez, o ensino médio; 12 concluíram o curso profissionalizante de auxiliar de enfermagem; três cursaram o pedagógico; e, somente um, o curso fundamental. É importante destacarmos que dois auxiliares de enfermagem e um Agente Comunitário de Saúde possuem nível superior: Fisioterapia, Serviço Social e Sociologia, respectivamente.

Vale destacar que as entrevistas foram realizadas, entre os meses de abril e setembro de 2006, em um contexto de forte carga emocional, pois aconteceram em um momento de transição do Programa, quando os profissionais foram submetidos a um concurso público. As falas emocionadas expressaram o desejo da realização do concurso pela possibilidade de um

vínculo mais formal e, ao mesmo tempo, o medo de “não ser aprovado” nesse processo e ser excluído do Programa.

Neste artigo, focalizaremos as representações sociais elaboradas pelos profissionais entrevistados acerca do Programa Saúde da Família e do trabalho realizado nesse programa. Antes, porém, contextualizaremos o universo da pesquisa - PSF de Campina Grande.

Considerações Gerais sobre o PSF de Campina Grande-PB: o contexto da pesquisa

A população do município de Campina Grande é de 376.133 habitantes distribuídos em 641 km² e três distritos: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista (Campina Grande, 2007). É sede do Terceiro Núcleo Regional de Saúde (NRS), unidade da divisão geopolítica administrativa estadual, constituindo-se numa macrorregional de saúde que congrega 70 municípios, sendo referência para os serviços de saúde, ainda, para os estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte. O município segue as normas emanadas pelo Pacto pela Saúde 2006², portaria n.º 399/GM, do MS, de 22 de fevereiro de 2006.

O município está dividido em seis distritos sanitários. A distritalização é uma estratégia de descentralizar os serviços de saúde e tem como objetivo transformar as práticas sanitárias. Infelizmente, no caso específico de Campina Grande, observamos que a distritalização apresenta apenas um caráter topográfico, ou seja, faz-se a partir do critério da manutenção da continuidade territorial e do equilíbrio populacional entre os distritos.

Destacamos que o PSF foi implantado no município de Campina Grande mirando-se na experiência da cidade de Niterói/RJ com o projeto “Médico da Família”, baseado no modelo cubano de atenção básica à saúde. Por se tratar de uma proposta ousada e inovadora, uma vez que implica uma mudança de paradigma de atenção à saúde, a fase de implantação e consolidação

2 O Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e da busca pela equidade social. Inclui a adesão de municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão renovado anualmente. É composto por outros três pactos: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (Brasil, 2008).

do Programa apresentou (e ainda apresenta) inúmeras dificuldades, tais como falta de definição precisa no tocante aos serviços de referência e contrarreferência; ausência, no período da implantação, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visto que este só foi criado em Campina Grande em 1995; e, além disso, a maioria dos profissionais selecionados para atuar no programa não apresentava perfil para trabalhar na estratégia (Guimarães, 2006). A dificuldade de mudança do modelo de atenção também foi observada em outras cidades do país (Hübner e Franco, 2007).

O PSF foi implantado, seguindo orientação do Ministério da Saúde, com uma equipe mínima composta de um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem para cada grupo de 600 a 1000 famílias. Os agentes comunitários de saúde (ACS's) foram incorporados no ano de 1995, como já explicitado, sendo em número de cinco a seis por equipe, vindo a beneficiar e contribuir com o trabalho realizado pelas equipes do PSF.

No período inicial de implantação, o Programa contava com cinco equipes, sendo três delas localizadas no Bairro do Pedregal e duas no Bairro do Mutirão. Salientamos, no entanto, que uma dessas últimas equipes posteriormente foi deslocada para o Bairro do Tambor. Os critérios utilizados na seleção dos bairros onde seria implantado o Programa tiveram por base dados epidemiológicos, tais como: altos índices de desnutrição e mortalidade, carência de acesso aos serviços de saúde, entre outros (Campina Grande, 1994).

A seleção dos profissionais que trabalhariam no Programa se deu através de um processo seletivo simplificado, constando de uma prova escrita, uma dissertação sobre um tema pertinente ao Programa, além de uma entrevista e prova de títulos. Destacamos que o interesse, por parte dos profissionais, em participar da seleção foi considerado elevado. Conforme ressalta Guimarães (2006), tal fato se explica pelos salários ofertados, os quais superavam os vencimentos oferecidos em outros serviços. Foram selecionados, nessa época, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

A contratação dos profissionais se realizou pelo regime celetista (Consolidação das Leis do Trabalho - CLT), mediante convênio com a Associação de Moradores da área onde trabalhavam. De acordo com Farias (2005), essa contratação representa um avanço no que se refere à situação quase universal de precarização dos trabalhadores do Programa Saúde da Família no país, que expõe o trabalhador a ingerências políticas das lideranças comunitárias contratantes.

Os agentes comunitários de saúde, no entanto, foram bolsistas durante quase nove anos, sem nenhum direito trabalhista. Em julho de 2004, foram contratados pela prefeitura por um período de dois anos, com a promessa de que passariam a ter garantidos os direitos previstos na CLT³. Atualmente, esses trabalhadores pertencem ao quadro de funcionários do município.

Os candidatos selecionados foram submetidos a um treinamento por um período de duas semanas, no qual foram discutidos temas relativos à proposta do Programa, ao relacionamento com a Comunidade, à atenção primária em saúde, à legislação do SUS, e às visitas às comunidades (Campina Grande, 1995).

A expansão do Programa foi bastante lenta, tornando-se mais expressiva apenas nos anos de 2001 e 2002, quando foram implantadas mais de 26 novas equipes, privilegiando a cobertura do atendimento da população rural do município. Existem, atualmente, no município 88 equipes, alcançando uma cobertura de 72% da população (Campina Grande, 2008).

Em 2003, outros profissionais foram inseridos no PSF, tais como o assistente social, o cirurgião-dentista e o auxiliar de consultório dentário (ACD), todos eles na proporção de um profissional para cada duas equipes. Além disso, em 2004, atendendo a um plano de descentralizar as ações de reabilitação, foi incluído, na equipe, o fisioterapeuta⁴.

Em janeiro de 2008, com o objetivo de ampliar a capacidade resolutiva da estratégia Saúde da Família, o Departamento de Atenção Básica (DAB), através da Portaria GM/MS N.º 154, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008). Os NASFs

3 Em 2006, a profissão dos agentes comunitários de saúde foi regulamentada pela lei n.º 11.350 (Brasil, 2008).

4 O serviço de Fisioterapia junto ao PSF de Campina Grande funciona com uma equipe de 12 profissionais que atuam não só nas Unidades Básicas da Família, como também na Unidade Municipal de Fisioterapia. São realizados atendimentos individuais e/ou domiciliares, bem como atividades educativas com os grupos operativos. A proporção é de um profissional para cada três ou quatro equipes do PSF. No caso do assistente social, o PSF contou, até abril de 2006, com 23 profissionais, sendo um para cada duas equipes, ficando as demais equipes sem a presença desse profissional.

são compostos por profissionais de diversas áreas do conhecimento⁵, que compartilham a construção de práticas em saúde.

Apesar de a estratégia Saúde da Família em Campina Grande ter sido reconhecida como uma experiência exitosa pelo Ministério da Saúde⁶, nos dias atuais ela vem enfrentando grandes obstáculos, principalmente no tocante à gestão.

Representações Sociais sobre o PSF: reconhecendo possibilidades e limites

Cumpramos salientar que a análise das entrevistas foi norteada pela Análise de Conteúdo do tipo categorial-temática, que “consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 1977, p. 105, grifo do autor). Assim, identificamos as representações sociais a partir da categorização dos discursos em temas e subtemas, tendo como referencial os objetivos da pesquisa.

No que se refere às representações sociais dos profissionais sobre o novo modelo de atenção básica à saúde, verificamos que o PSF é representado como algo “positivo”, que traz benefícios para a comunidade, como observado na fala a seguir:

O PSF é positivo, né? É um programa que deu certo, tem dado certo não só em Campina Grande, mas em

todo o país [...] porque coloca os profissionais mais perto de seus problemas, né? De suas dificuldades [da população] (ACS I - H, A)⁷

O discurso do Agente Comunitário de Saúde sinaliza para a positividade do Programa porque este coloca os profissionais mais perto da comunidade, de seus problemas e de suas dificuldades, sugerindo que isso favorece a criação de vínculos.

Os entrevistados também ressaltam a qualidade da assistência:

Eu acho que melhorou muito a saúde [...] hoje em dia, as internações diminuíram, por quê? Porque existe o trabalho preventivo [...] quando o bebê nasce, o pessoal do posto já começa a fazer o acompanhamento em casa, primeira visita na casa do bebê, aí se começa a vir pra cá. Depois do PSF é difícil uma criança adoecer [...] (ACS II - M, B).

Um dos ACS entrevistados resalta ainda a contribuição do PSF para o fortalecimento da organização da comunidade. Vejamos como se expressa:

A gente vê melhoramento na saúde onde tem PSF [...] a questão da mortalidade infantil foi reduzida, o número de gestantes com pré-natal em dia foi aumentado [...] os conselhos de saúde começaram a se fortalecer, onde tem um PSF hoje tem um Conselho de Saúde Local, coisa que antes não tinha [...] agora com a história do PSF as pessoas foram chamadas também para participar desse processo [...] e hoje, um dos pedidos maiores da comunidade no orçamento participativo, é PSF (ACS I - H, A).

5 Profissionais que podem compor os NASFs: médicos (acupunturistas, ginecologistas, pediatras, homeopatas, psiquiatras), assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

6 Em 14 anos de experiência, o Programa Saúde da Família de Campina Grande vem acumulando prêmios e resultados, como o Prêmio Gestão Pública e Cidadania da Fundação Getúlio Vargas, em 1998. Recebeu ainda o destaque como uma das dez mais exitosas experiências do país, concedido durante a I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, ocorrida em 1999, e o destaque pelo pioneirismo na área de Saúde da Família, conferido pelo Ministério da Saúde em 2002. Na III Mostra Nacional, em 2008, o PSF de Campina Grande recebeu menção honrosa.

7 Com o objetivo de preservar o anonimato dos entrevistados, os identificamos com uma sigla correspondente a cada categoria profissional (MED = Médico; ENF = Enfermeiro; C. DENT = Cirurgião-Dentista; A. SOCIAL = Assistente Social; ACS = Agente Comunitário de Saúde; ACD = Auxiliar de Consultório Dentário; AE = Auxiliar de Enfermagem). Em seguida, identificamos o sexo dos entrevistados com o símbolo H para designar homem e M, para mulher. Em relação às Unidades Básicas de Saúde da Família, utilizamos os símbolos (numéricos) I e II para designar, respectivamente, a Unidade do Monte Castelo e a do Tambor. As equipes, por sua vez, foram identificadas aleatoriamente pelas letras A, B, C e D. Vale salientar que, quando o entrevistado trabalha nas duas equipes da Unidade, usamos a seguinte codificação: A/B ou C/D. Cumpramos lembrar que, em respeito aos aspectos éticos em pesquisas com seres humanos, conforme Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) que emitiu parecer favorável. Antes de dar início às entrevistas, os sujeitos investigados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os discursos acima ratificam a ideia de que o PSF é um Programa que trouxe avanços, na medida em que “hoje em dia as internações diminuíram” e a “mortalidade infantil foi reduzida”.

As representações construídas pelos entrevistados sobre o PSF sugerem que eles reconhecem e valorizam a estratégia Saúde da Família não só porque esta melhora a saúde da população, mas também pelo incentivo à participação da comunidade, que se dá, principalmente, através do fortalecimento dos conselhos de saúde, conforme enfatizado nesta sequência: “onde tem PSF hoje tem um Conselho de Saúde Local, coisa que antes não tinha”.

Observamos que, apesar de os entrevistados fazerem referência a impactos positivos, estes se limitam à melhoria dos indicadores negativos de saúde, a exemplo da mortalidade infantil. Eles não aludem à presença de ações intersetoriais, como educação, habitação, programa de geração de emprego e renda, como indutores de condições positivas de saúde na comunidade. Em Campina Grande, a ausência dessas ações, como aponta Martiniano⁸, tem, ao contrário, inviabilizado mudanças estruturais no sentido de reduzir o quadro de pobreza presente na maioria dos bairros que contam com o programa.

Os limites na efetivação do programa são sublinhados em discursos como o seguinte:

Acho que o PSF foi um avanço, né? Eu vejo ele como um avanço [...] ele atende as necessidades da população em parte, porque nem tudo depende do PSF. É preciso que os serviços de referência e contrarreferência funcionem (A. SOCIAL II - M, C/D).

A fala da Assistente Social aponta a questão polêmica da resolutividade do Programa, ao afirmar que “[...] nem tudo depende do PSF. É preciso que os serviços de referência e contrarreferência funcionem”. Sabemos que essa nova estratégia de reestruturação do modelo traz um desafio para os profissionais de saúde. Portanto, para que o modelo assistencial seja resolutivo, é necessário que se garanta a integralidade das ações e que se tenham serviços de referência e contrarreferência realmente efetivos. No caso de Campina Grande, são necessárias, ainda, a comunicação e a integração entre esses serviços. A “resolutividade de um serviço

é a garantia de acesso do usuário a todos os níveis de assistência, o que mostra a importância de haver um sistema de referência e contrarreferência já estabelecido no Sistema de Saúde” (Junqueira e Inojosa apud Turrini, 2002, p. 123).

A partir da Constituição Federal de 1988, significativas inovações na área da saúde foram introduzidas, entre elas, a criação do PSF, que contribui, como já enfatizado, para alteração do foco das ações de saúde, procurando superar o caráter da assistência de atenção à doença e seus agravos, passando a privilegiar igualmente a promoção e prevenção da saúde. No entanto, são inúmeras as resistências ao rompimento do modelo de atenção básica tradicional (Mendes, 1996). Essas dificuldades são apontadas em discursos como o seguinte:

Você solicita um exame, tem paciente esperando há mais de um ano um exame, aí você vê que você tá só trabalhando, trabalhando e não tá resolvendo os problemas e a comunidade só cobrando de você [...] (ENF I - M, B).

As representações em análise ora reafirmam o impacto positivo causado pelo PSF, ora chamam a atenção para as dificuldades enfrentadas no cumprimento dos princípios do Programa, principalmente em relação à estrutura física e à falta de medicação.

É um programa bom que veio só melhorar a vida dos brasileiros, agora precisa melhorar ainda muito [...] não adianta você ter um PSF se você não tem recursos, não tem uma medicação para oferecer, muitas das vezes não tem nem material pra trabalhar, isso sim deixa a desejar [...] (ACS I - H, A).

Eu acho assim que ele é bom, não tá ótimo porque falta muita coisa, né? A gente vê que tem equipe que não tá completa, falta muita coisa, às vezes o espaço não é adequado para todos [...] eu acho que para colocar PSF deveria ter uma estrutura bem planejada (ACS I - M, B).

Outro aspecto ressaltado nas entrevistas é o descompromisso/descaso da gestão para com o Programa e para com os profissionais que nele atuam, como veremos nas falas a seguir:

8 MARTINIANO, C. S. Os (Des) Caminhos da intersetorialidade no município de Campina Grande. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2004.

Eu acho que é um trabalho muito interessante (enfático), muito importante, é uma coisa que se fosse dado mais (pausa) como é que se diz?... se tivesse um gestor que olhasse mais pelo programa, sabe? Eu acho que é um Programa que daria certo (pausa) ele dá certo, mas ainda falta muita coisa (ACD I - M, A/B).

A batalha dos insumos, da medicação é um desgaste [...] amanhã é o grupo do Hipertensão, a medicação não chegou, aí você liga para a Secretaria, fala com fulano, fala com sicrano, eles dizem que ainda vai ser liberada [...] é um desgaste muito grande (C. DENT, I - M, A/B).

Eu acho que o PSF é um Programa que tem tudo pra dar certo [...] só que as coisas não funcionam como está no papel, né? Na prática, a gente vê que não é o que tá no papel. A gente tem muita dificuldade, não depende só da gente, depende muito mais da gestão do que da equipe [...] se não tiver gestão comprometida a equipe não pode fazer milagres, né? (ENF I - M, B).

A nosso ver um dos problemas relacionados à gestão em saúde diz respeito à ocupação dos cargos de confiança, que, comumente, são utilizados não só como moeda de garantia de governabilidade, mas também como barganha entre acordos partidários. Consideramos que a redução dos cargos de confiança e sua substituição por quadros técnicos e administrativos de carreira podem contribuir para uma gestão mais qualificada no SUS.

Os problemas relativos à gestão no Saúde da Família em Campina Grande, além de configurarem uma dificuldade para os profissionais, têm repercussão na própria população, como se verifica no discurso abaixo:

O Programa em si eu acho uma ideia fantástica. Eu sou fã do Programa [...] das respostas que ele pode nos dar, né? Agora em Campina Grande, especificamente, eu acho que a falta de decisão política termina minando essa resposta mais prazerosa para a comunidade (C. DENT I - M, A/B).

Um dos pilares do PSF é a construção de vínculos com a comunidade, o que de certa forma implica mais respon-

sabilidade dos profissionais no que concerne à saúde da população. Diante do exposto, verificamos que, para a reorganização da atenção básica com vistas a proporcionar qualidade de vida para a população, “é muito importante que as equipes se sintam amparadas e estimuladas pela gestão municipal” (Brasil, 2001, p. 61).

Outros problemas que interferem na qualidade da assistência propiciada pelo Programa são também identificados pelos profissionais entrevistados, como se destaca a seguir:

Às vezes eu tenho a impressão de que o PSF está só. De repente o que eu estou percebendo é que as Secretarias [de outras políticas públicas] não estão se articulando e talvez nem a própria Secretaria de Saúde. E a coisa não vai pra frente porque de repente a gente não tem um seguimento da Secretaria de Educação, Esporte, Lazer, então a coisa poderia trabalhar de forma conjunta, mas termina sendo um trabalho só, solitário, aí fica difícil (ENF I - M, A).

O discurso acima sugere que, dentro do setor saúde municipal, há um isolamento do PSF em relação aos demais setores da Secretaria de Saúde, evidenciando problemas na intrasetorialidade ao dizer que “o PSF está só”, constituindo-se em um sério problema à integralidade da assistência, como evidenciado em discursos anteriores. A fala revela ainda outro problema: a falta de intersectorialidade, pelo entendimento que se tem de que melhores níveis de saúde não serão alcançados se as transformações não ultrapassarem o setor saúde. Por isso é necessário que as diferentes áreas se integrem, comprometendo-se com as necessidades sociais e com os direitos dos cidadãos.

Acreditamos que as ações intersectoriais são determinantes para avanços em direção aos preceitos do SUS. Infelizmente, em Campina Grande, a intersectorialidade dá-se de forma incipiente, como ressaltam alguns estudos, a exemplo de Martiniano⁸ e Farias (2005).

A ação intersectorial surge como uma nova possibilidade para minimizar os problemas sociais numa visão integrada desses problemas e de suas soluções dentro de um território. Junqueira (2001) destaca, como objetivo dessa prática, a otimização dos recursos escassos, encontrando soluções integradas, tendo em vista que

9 Usuário que apresenta as patologias hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

a complexidade da realidade social exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma política social.

Todas essas dificuldades relativas à gestão, apontadas pelos profissionais, terminam por comprometer os princípios do SUS, ainda que o Programa seja apresentado como capaz de incorporá-los, e o trabalho dos profissionais. Nesse sentido, o discurso abaixo é bastante significativo e resume boa parte dos problemas que os rodeiam:

Não adianta preparar unidades maravilhosas, né? E não ter a contrarreferência, consultas especializadas que estão se amontoando e eles não dão resposta. A comunidade começa a criticar nosso trabalho aqui, mas pelas outras atenções que tem que ser dadas. Cadê a integralidade das ações? Cadê a resolutividade? (A. SOCIAL I - M, A/B)

Santos (2006), ao analisar a questão da integralidade no SUS, ressalta que, dentre outros problemas, destacam-se as evasivas de governos inconsequentes, os quais, mesmo implantando estratégias inovadoras, tentam desprover de conteúdo político os direitos sociais, priorizando políticas que esvaziam a qualidade constitucional da saúde. Nesse sentido, o não cumprimento da integralidade tem se revelado um dos maiores problemas na assistência à saúde.

A forma como o Programa Saúde da Família está organizado vem sendo alvo de muitas críticas, sobretudo por que a população apresenta resistência em compreender a proposta do trabalho (organização da demanda por agendamento e a adscrição por clientela) (Mendes, 2005). Vale ressaltar que não podemos perder de vista que, além de outros motivos, a comunidade ainda é refém de uma prática hospitalocêntrica forjada há décadas, e muitas vezes acredita que o modelo curativo assistencialista apresenta-se mais resolutivo.

As representações construídas pelos nossos entrevistados sugerem que instituir a estratégia do PSF como prática sanitária parece apresentar-se, ainda, como grande desafio para os gestores, profissionais e demais setores sociais comprometidos com a efetivação desse projeto sanitário. Acreditamos que o avanço qualitativo dessa estratégia se tornará possível a partir de uma avaliação mais apropriada desse cotidiano, identificando-se problemas e revisitando-se conceitos, com o intuito real de instrumentalizar as mudanças necessárias à implementação efetiva do modelo assistencial almejado.

O Trabalho no PSF

No que diz respeito ao trabalho no PSF, os entrevistados ressaltam que ele é organizado e planejado, conforme nos revelam as representações abaixo.

O PSF, de modo geral, trabalha com o agendamento, há um planejamento. Você faz uma programação, faz um levantamento das necessidades, quais as doenças que prevalecem [...] aí a gente traça um plano de ação junto com esse plano de ação a gente trabalha com agendamento. Todo dia tem uma programação diferente, então de manhã pode ter atendimento geral que é para atender a demanda espontânea e à tarde, por exemplo, é puericultura, na terça de manhã gestante, à tarde Hiperdia e por aí vai (AE I - H, A).

[...] tudo é agendado e planejado. Tem a planilha de palestras de atendimento, de atividade educativa, sabe? Há realmente o planejamento, nada é feito de imediato (C. DENT II M, C/D).

As representações sociais dos profissionais referendam o avanço inerente à proposta de trabalho do PSF, referindo-se, inclusive, aos discursos dos próprios usuários, conforme expressa a fala:

A maioria [usuários] admira e valoriza a presença da equipe na comunidade, acha que é um trabalho totalmente diferente, principalmente de onde não tem PSF eles ficam comparando com outros Postos de Saúde (ACS II - M, D).

Durante a pesquisa, observamos grande entusiasmo dos entrevistados em relação ao trabalho no PSF, que é concebido, também, como uma estratégia que proporciona um enriquecimento profissional e pessoal que outros locais não são capazes de oferecer. Esse enriquecimento parece estar intimamente ligado ao fato de que a estratégia Saúde da Família, como entendida pelos entrevistados, tem como meta a “humanização do serviço em saúde”, permitindo um contato mais próximo entre os profissionais e o usuário. Assim, trabalhar no PSF é representado como algo prazeroso/gratificante/enriquecedor, que proporciona um crescimento pessoal e profissional:

Trabalhar no PSF de Campina Grande me proporcionou muitas melhoras, muitas melhoras como ser humano, como profissional, enriqueceu muito minha vida, né? Trabalhar com a comunidade [...]

o PSF ele proporciona essa oportunidade a gente que em outros serviços não acontece, né? (C. DENT II - M, C/D).

Trabalhar no PSF está sendo a melhor e a maior experiência da minha vida profissional e pessoal [...] o trabalho em comunidade traz um engrandecimento incrível [...] eu melhorei muito como pessoa, eu aprendi muito com a comunidade. É fascinante esse trabalho, essa convivência (AE I - H, A).

Prazeroso, gratificante ele é. Fazer como uma usuária, ele tem substância, sabe? Ele resgata dentro da gente tudo de bom que a gente tinha, que a gente tem e que em nenhum espaço a gente conseguiu fazer isso (ENF II - M, C).

Os discursos da dentista e do auxiliar de enfermagem sugerem que o trabalho na comunidade é o maior responsável por esse amadurecimento pessoal/profissional.

A enfermeira, por sua vez, ressalta o “prazer” e a “satisfação” que o trabalho no PSF proporciona. Quando se refere ao resgate do “tudo de bom que a gente tinha”, parece expressar o sentimento de frustração da não realização pessoal em trabalhos anteriores. No PSF, como expressa a entrevistada, é possível o resgate do “bom”, agora não mais no passado (“que a gente tinha”), mas que “a gente tem e que em nenhum espaço a gente conseguiu fazer isso”, conforme trecho acima.

Para um dos assistentes sociais, esse enriquecimento se realiza através do trabalho com outros profissionais. Tal pensamento nos remete ao trabalho em equipe, cuja concretização exige a construção de novas relações entre os profissionais, como retratado no discurso abaixo.

Eu me encantei, né? [...] trabalhar em comunidade, trabalhar com PSF pra mim foi uma aprendizagem [...]. É um trabalho enriquecedor pelo envolvimento com vários profissionais, trabalho de PSF para qualquer profissional é gratificante (A. SOCIAL I - M, A/B).

Ao mesmo tempo em que os profissionais consideram trabalhar no PSF uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, no decorrer da entrevista, alguns entrevistados destacam aspectos negativos, revelando que “trabalhar no PSF não é tão bom assim”:

A gente tem um número excessivo de famílias, apesar de não ultrapassar o que o Ministério recomenda, mas o ideal pra gente fazer um trabalho melhor seria que a gente tivesse um número reduzido, pelo menos perto do mínimo!! [Expressão de indignação] [...] a gente falha, mas, na grande maioria das vezes, é porque a gente tem uma demanda muito grande e a gente não consegue trabalhar como a gente gostaria (MED I - M, A).

O estabelecimento do número de famílias a serem atendidas pelas equipes de saúde nas UBSF's segue as recomendações do Ministério da Saúde que, de forma rígida, determina o mínimo de 600 e o máximo de 1000 famílias, como já referimos. Particularmente no nosso estudo, as equipes do Monte Castelo I e II são responsáveis por 861 e 848 famílias de forma respectiva, enquanto que as equipes do Tambor I e II atendem 614 e 706 famílias, respectivamente. Ainda que o número de famílias das equipes analisadas não ultrapasse o recomendado, ele sobrecarrega as equipes e dificulta a dinâmica do trabalho, gerando ainda muita dificuldade para a operacionalização do Programa com qualidade. Em relação aos cirurgiões-dentistas e assistentes sociais, por exemplo, a sobrecarga de trabalho se acentua, uma vez que eles têm sob sua responsabilidade duas ou mais equipes de trabalho.

A despeito das queixas dos profissionais, Farias (2005) ressalta que a determinação do elevado número de famílias proposto pelo Ministério da Saúde parece estar condicionada à necessidade de conciliar a ampliação da cobertura da estratégia, sobretudo nos grandes e médios municípios brasileiros, com a disponibilidade de recursos financeiros. Cumpre lembrar que esse ponto de vista é corroborado por outros autores, como Ronzani e Silva (2008).

É extremamente difícil a realização das ações de assistência, prevenção, promoção e recuperação da saúde, previstas para o Saúde da Família, com adscrição de mais de 700 famílias a uma equipe (Farias, 2005). Tal pensamento está presente no discurso da médica entrevistada, quando esta afirma que “pra gente fazer um trabalho seria melhor que a gente tivesse um número reduzido, pelo menos perto do mínimo”.

Assim, outro fator negativo que se sobressai nas Representações Sociais sobre o trabalho no PSF, é a sobrecarga de trabalho. Nesse sentido, o PSF foi concebido pela maioria dos entrevistados como um programa

em que os profissionais trabalham muito e não são bem remunerados. Vejamos os discursos abaixo:

Eles trabalham muito [...] é uma carga muito grande, pra médico principalmente. Eles ficam sobrecarregados e não é reconhecido em termos de pagamento, porque lá fora eles ganham mais [...] eles trabalham por amor mesmo (ACS II - M, C).

Há um desgaste dos profissionais, por isso eles vão em busca de algo melhor. Um exemplo a gente teve há pouco tempo, a nossa colega médica que saiu. Fez um concurso federal onde ia trabalhar menos, aliás, ela trabalha menos e ganha mais (AE, II - M, D).

Convém enfatizar que os profissionais atuantes no Programa têm uma carga horária de 40 horas semanais, e os salários são diferenciados por categoria.¹⁰

O discurso do agente comunitário de saúde, acima, sublinha que, apesar de não serem reconhecidos, os médicos “trabalham por amor”, sugerindo ser essa a principal razão pela qual o profissional adere à filosofia do Programa. Interessante observar que, apesar de os salários dos médicos serem mais altos, vários entrevistados constroem um discurso em favor dessa categoria, o que nos remete à hegemonia do saber/poder médico.

Vemos, pois, na fala da auxiliar de enfermagem, que ela justifica a saída do profissional médico da equipe por ele ter se submetido a um concurso público e garantido um novo emprego, no qual o vínculo empregatício é mais estável, a carga horária é reduzida, e o salário é superior ao recebido no PSF. Esse discurso evidencia que o componente salarial parece ser determinante no tocante à permanência dos profissionais no Programa. Tal pensamento é corroborado em outras falas:

O PSF de Campina Grande é muito cobrado, o profissional é super cobrado de horário, né? Não tem folga, não tem nada, enquanto que nos municípios vizinhos tem um dia de folga e paga às vezes o dobro (pausa) é um atrativo, né? (MED II - M, C).

A gente sabe que o salário do Assistente Social no PSF ele é interessante, mas pra outros profissionais esse salário pra 40 horas não é interessante.

Principalmente a questão do médico que sempre ganha bastante, né? [...] um médico dando alguns plantões tem um salário bem acima do que se ganha trabalhando 40 horas no PSF [...] então pra eles não é interessante (A. SOCIAL I - M, A/B).

O discurso da assistente social também reforça a argumentação em favor dos médicos. No entanto, apesar de não terem surgido críticas a esse tratamento diferenciado, supomos não ser consenso no PSF a aceitação do diferencial salarial.

Ainda no que diz respeito à sobrecarga de trabalho, os ACS foram uníssimos em reclamar dela e dos baixos salários. Suas opiniões podem ser representadas pelo discurso da ACS a seguir:

O salário do Agente de Saúde é um absurdo, né? A gente morre de trabalhar, leva sol, leva chuva, a gente não tem protetor solar. [...] Eles pagam muito pouco pelo que se trabalha, trabalha muito mesmo (ACS II - M, D).

Outros profissionais, como os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem, também representam o trabalho no PSF como cansativo e ressaltam a sobrecarga de trabalho.

O auxiliar ele não tem uma delimitação de número de atendimentos, enquanto um médico, um enfermeiro, por exemplo, atende em média vinte pessoas cada turno, nós atendemos quarenta no mínimo, porque os vinte do médico e os vinte do enfermeiro tem que passar por a gente, sem falar das vacinas, dos curativos, das medicações [...] então é um acúmulo muito grande, todo auxiliar do PSF ele cansa (AE I - H, A).

A enfermeira, dentro de um PSF ela é responsável pela comunidade, pelo ACS e pela parte administrativa do posto, né? Então, isso tudo cai em cima da enfermeira. Ela tem três campos de atuação dentro do PSF, no mínimo [...] a gente senta aqui no bureau, começa a atender e quando termina já é 11:00h, 11:30h já é hora de sair pra daqui a pouco voltar a trabalhar, então isso dá uma sobrecarga (ENF I - M, B).

¹⁰ Enquanto um médico recebe aproximadamente R\$ 5.000,00, os outros profissionais de saúde de nível superior podem chegar a R\$ 2.000,00, de acordo com o último edital do concurso público realizado em 2006. Com relação aos profissionais de nível médio (ACD e auxiliares de enfermagem), a remuneração cai para aproximadamente R\$ 900,00. Por fim, Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) recebem em torno de R\$ 415,00.

Em suas falas, os auxiliares de Enfermagem, além de enfatizarem as inúmeras atividades pelas quais são responsáveis no Programa, estabelecem comparações com outros serviços, em que a função/papel do auxiliar é restrita a ações curativas, como no discurso abaixo:

O auxiliar [do PSF] é muito importante. É diferente do hospital, que aplica injeção e dá comprimido, aplica injeção e dá comprimido, não é só isso: a gente complementa o trabalho do profissional médico, do profissional enfermeiro, do profissional dentista. (AE I - H,A).

Ainda é possível constatar, nos discursos desses profissionais, um sentimento de injustiça/indignação, quando mencionam que não há uma delimitação do número de atendimentos: “um médico, um enfermeiro, por exemplo, atende em média vinte pessoas cada turno, nós atendemos quarenta no mínimo, porque os vinte do médico e os vinte do enfermeiro tem que passar por a gente”, conforme trecho acima.

Concordamos com Farias (2005) ao afirmar que o trabalho no PSF encanta os profissionais, visto que propõe uma nova forma de organização do cuidado em saúde, ampliando o campo de prática dos trabalhadores e possibilitando a reconstrução de identidades profissionais. Entretanto, como adverte a autora, esse mesmo trabalho vem produzindo sofrimento, determinado em grande parte pelas condições precárias de trabalho.

Cabe assinalar que, como já referimos, durante a coleta de dados fomos surpreendidos pela realização de um concurso público para preenchimento de vagas no PSF e na rede municipal. Vejamos o que expressam estes discursos:

O momento é angustiante, os profissionais estão todos angustiados com a situação. Isso de certa forma repassa para a comunidade. Falta ânimo para a gente fazer palestra como se fazia antes. Sabe aquela fortaleza que tinha dentro da gente, assim de procurar fazer o melhor pela comunidade? Falta ânimo, porque a gente tá numa situação assim... Nós estamos fragilizados, né? (A. SOCIAL I-M, A/B).

A gente tá muito sensível. É como se a gente estivesse se estranhando. Por quê? Porque o limiar de stress tá muito grande (pausa) esse processo de sair de um empregador e passar para outro mexe com a sua cabeça. Tem dias que você chega aqui, não

dormiu bem, passou a noite rolando na cama, isso tá acontecendo com muitos aqui (MED I - M, A).

A história do concurso complicou, né? [...] O psicológico tá meio perturbado. Tá perturbado porque você tem a preocupação em passar. Eu vou acabar o meu trabalho de três anos, cinco anos, de oito anos, de dez anos, como é que eu vou ser avaliado? Uma prova? Um trabalho de dez anos pode ser avaliado? (AE I-H, A).

Os discursos acima sugerem que o Concurso pode ter sido determinante para o agravamento do quadro de descontentamento. Essa insatisfação pode ter interferido nas representações construídas.

Considerações Finais

Verificamos que foi unânime, entre os profissionais entrevistados, a representação do PSF como um avanço, reforçando o discurso oficial que aponta tal estratégia como capaz de redirecionar as práticas de saúde no âmbito dos serviços públicos. Entretanto, os profissionais também denunciam a ausência da integralidade e da intersetorialidade, como também as dificuldades para se organizar o sistema de referência e contrarreferência para a efetivação das ações com resolutividade. Nesse sentido, algumas críticas foram dirigidas à gestão.

As representações dos nossos entrevistados reiteram a ideia de que a condução do PSF, não só na esfera da gestão municipal, mas também em nível nacional, vem concorrendo para limitar a efetivação do Programa, uma vez que parece haver uma dissonância entre ela e as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde.

No que se refere ao trabalho no PSF, as representações revelaram não só satisfação, prazer, enriquecimento, mas também insatisfação salarial, desgaste e sobrecarga de trabalho, o que conduz à necessidade de se desenvolverem estratégias de organização/reorganização para garantir melhores condições de trabalho para esses profissionais.

Por fim, as representações sociais construídas pelos profissionais sobre o Programa Saúde da Família e o trabalho nele desenvolvido revelaram tanto os limites quanto os avanços dessa proposta, auxiliando, assim, para oxigenar o debate sobre esse projeto de atenção à saúde.

Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Temático Saúde da Família*. Ministério da Saúde - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 56p.:Il. (Painel de Indicadores do SUS, 4).
- CAMPINA GRANDE. *Programa Saúde da Família: estratégia de implantação: proposta preliminar*. Campina Grande: Secretaria Municipal de Saúde, 1994.
- CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. *Programa Saúde da Família: a experiência de Campina Grande*. Campina Grande, 1995.
- CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://portal.pmcg.pb.gov.br>. Acesso em 15 de setembro de 2008.
- FARIAS, A. F. M. R. Vivências de sofrimento e prazer no trabalho: a dor e a delícia de ser trabalhador do Saúde da Família em Campina Grande. 2005. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2005.
- GUIMARÃES, E. A. D. A estratégia Saúde da Família em Campina Grande: origem, implantação e papel na atenção básica da saúde. 2006. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.
- HÜBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B. O Programa Médico de Família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 173-191, 2007.
- JOVCHELOVITCH, S. Para uma tipologia dos saberes sociais: representações sociais, comunidade e cultura. In: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. *Curso de extensão na pós-graduação em psicologia*. Porto Alegre, 2000. p. 24-63.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Ação intersetorial e impacto na qualidade de vida. *Sustentação*, Fortaleza, ano 3, n. 5, p. 29-35, jan./abr. 2001.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MENDES, E. V. O SUS e a atenção primária à saúde. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, p. 218-219, jul./dez. 2005.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.
- MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.
- SÁ, C. P. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- SANTOS, L. O SUS e os contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 49, p. 35, set. 2006.
- TURRINI, R. N. T. Resolutividade dos serviços de saúde e satisfação do cliente. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo: Robe, 2002. p. 102-122.
- VALA, J. Representações sociais: para uma psicologia do pensamento social. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Org.). *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993. p. 353-384.

Recebido em: 28/09/2007

Reapresentado em: 25/09/2008

Aprovado em: 09/10/2008