

A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DA VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Braulio Nogueira de Oliveira*

**brauliono08@hotmail.com*

José Pereira Maia Neto

Francisco Vasconcelos das Chagas Neto

Wellington Gomes Feitosa

Universidade Estadual do Ceará

Este estudo representa os resultados parciais da pesquisa “Participação popular na Estratégia Saúde da Família”, contemplada pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Nesse sentido, o presente estudo objetiva elucidar a percepção dos profissionais de saúde de uma unidade básica de Fortaleza-CE acerca dos desafios da mediação do processo bem como as possibilidades citadas em relação à participação popular. É uma pesquisa participante de abordagem qualitativa, na qual é possível se estabelecer uma relação de construção coletiva do processo de conhecimento entre pesquisadores e pesquisados. Dessa maneira, foi utilizada a técnica do grupo focal e da observação participante. Os dados foram organizados, classificados, agrupados e categorizados, buscando uma inter-relação com a literatura. A partir dos dados coletados, notou-se pouca participação dos usuários nos espaços a eles destinados. Os profissionais de saúde apontam a falta de conhecimento dos sujeitos como sendo o principal motivo dessa pouca participação; relataram, ainda, motivos como: o descrédito em relação à mobilização dos usuários provocado por muitas tentativas frustradas; a participação apenas quando são agraciados com alguma coisa. Podemos considerar que a visão dos profissionais de saúde, em parte, não condiz com a realidade, no sentido de que os motivos da não participação se focam muito na responsabilidade do usuário, diminuindo, de certa forma, a parcela de responsabilidade relativa a eles. No entanto, os mesmos se submetem a condições de trabalho não favoráveis para desenvolver o potencial da participação na unidade, o que pode justificar sua displicência em relação a essa temática.

Palavras chave: Participação Popular; Educação Popular em Saúde; Estratégia Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A participação popular é um diferencial no que se refere às conquistas no setor saúde, tendo como exemplo a criação do Sistema Único de Saúde

brasileiro. Nesse sentido, a participação popular emerge como um fator preponderante na prática da educação popular em saúde, bem como no empoderamento da comunidade em geral. É certo que há relevante contribuição do trabalhador em saúde nesse processo, podendo atuar como conselheiro e/ou mediador no momento em que a comunidade levanta seus problemas, dificuldades, reivindicações e prioridades. Dessa maneira, as ações pautadas na educação popular em saúde, a qual é propiciada, dentre outras maneiras, pela participação popular, contribui ao usuário no que concerne a uma visão crítica-emancipatória, bem como eliciando que busquem, por conta própria, melhorias no setor saúde.

O cenário do presente estudo foi uma unidade básica de Fortaleza-CE, por isso considera-se importante iniciar esse trabalho discutindo um pouco sobre o contexto no qual os pesquisadores se inseriram – uma unidade de saúde da Atenção Primária.

É interessante observar que a Atenção Primária se constitui no primeiro contato formal oferecido por um sistema de saúde e que este deve ser capaz de atender, portanto, a todos os problemas de saúde, exceto os incomuns e/ou mais complexos. É na década de 1990 (entre os anos de 1993 e 1994) que se inicia um novo modelo de Atenção Primária, o Programa Saúde da Família (PSF). Tratando-se de uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, este Programa ambiciona ser um modelo de atendimento que promova a saúde de forma integral, incluindo a participação da família e da comunidade. Dessa forma, o PSF vincula profissionais de saúde com a comunidade, a fim de promover um atendimento efetivo e integral, em que a comunidade seja atuante (BRASIL, 1997; DA ROS, 2006; RONCOLLETA, 2003).

O PSF é uma proposta substitutiva, com aspectos técnicos, políticos e administrativos inovadores, caracterizando-se como uma estratégia que possibilita o enfrentamento e resolução dos problemas identificados em um território definido. Dessa forma, é diferente dos demais programas do Ministério da Saúde, pois não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde (BRASIL, 1997).

É interessante observar que as ações desenvolvidas pelo PSF devem ter um olhar técnico e político que vá além do ambiente interno das unidades de saúde, que execute atividades no meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. Sendo atendida em sua residência (que é o ambiente onde as relações intra e extra familiares se constroem e a luta pela melhoria das condições de vida se desenvolve), a família passa a ser o objeto precípua de atenção. O que permite uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. (BRASIL, 1997).

Como uma estratégia que visa à mudança no modelo assistencial, o PSF organiza a prática assistencial em novas bases e critérios, reorganizando os serviços de forma geral. Essa estratégia institui como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilização entre profissionais de saúde e a população. Essas transformações precisam ser reforçadas com o tempo; e têm sido, através de várias propostas de mudanças (inspiradas pela Reforma Sanitária e pelos princípios do SUS). Apesar disso, essas ações não têm promovido transformações significativas, seus resultados não são perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde. Diante disso, há descontinuidade do processo de descentralização e quanto à formação de um novo modelo, surgindo situações contraditórias para estados e municípios (BRASIL, 1997).

Apesar de o PSF ser uma estratégia de reorientação dos serviços de saúde da Atenção Básica, percebe-se que práticas fundadas em um modelo individualista e desarticuladas das necessidades da comunidade ainda são realidade. O que é um dado alarmante, pois mesmo havendo um considerável investimento em educação para o setor (com o objetivo de reduzir essas práticas inadequadas), gestores e trabalhadores da saúde constatarem que não tem ocorrido mudança das práticas de cuidado. Assim, tem-se a necessidade de que existam práticas pedagógicas que direcionem a produção de sujeitos implicados com a produção do cuidado; propondo trabalhar, além da cognição, o campo das subjetivações (FRANCO, 2007).

Dessa forma, torna-se indispensável destacar que a educação popular em saúde, como objetivando reestruturar algumas falhas no âmbito do cuidado, deve

ser entendida como resultado da interação entre educador e educando, onde a subjetividade do trabalhador ganha especial importância. Pois, conforme citado por Túlio, Merhy (2002) diz que há um “espaço intercessor” entre profissional e usuário, ou seja, a relação entre esses é ao mesmo tempo lugar de construção comum, no caso, do cuidado em saúde. Assim, é interessante notar que a práxis do trabalhador é estruturada com base, também, na sua história de vida, ou seja, há importante contribuição de valores e experiências vividas pelo profissional na sua conduta. Assim, fica fácil entender que, como ser que é biopsicossocial, o profissional interage com o usuário de diferentes maneiras, diferentes formas de intervir e analisar dependendo da sua subjetividade. Diante disso, destaca-se que há ausência da Subjetividade nos manuais de ensino e aprendizagem, estando presente em todo processo assistencial, da saúde e da produção pedagógica. Assim, a educação em saúde poderá obter um êxito maior quando efetivarem mudanças nas subjetividades dos trabalhadores (FRANCO, 2007). Para que isso aconteça, o primeiro objetivo da educação em saúde deve ser alcançar o comprometimento dos profissionais para com o seu trabalho, mostrando-lhes a importância de suas funções e da sua responsabilidade social de construção da vida e sua defesa, individual e coletiva (MERHY, 2005 apud FRANCO, 2007).

A ESF propõe, portanto, a participação da comunidade, em parceria com a Equipe Saúde da Família no conhecimento das causas e problemas de saúde, no encaminhamento de prioridades e no acompanhamento avaliativo de todo o processo de trabalho. Essa Estratégia deve basear-se na promoção à saúde, prevenção e no tratamento de doenças, e na preservação da saúde.

Diante disso, é evidente a importância de se discutir acerca dessa metodologia de atuação, pois ela possibilita às pessoas a adquirirem consciência de que elas podem participar do processo e se tornarem sujeitos, tomando iniciativas de elaborar projetos próprios de desenvolvimento, sejam eles cunho individual ou coletivo. O que permite uma saúde mais integral e responsável. Para que isso ocorra, torna-se necessária a participação popular, tendo em vista que a mesma permite apreender as diferentes visões da comunidade, bem como suas demandas relacionadas à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa participante, com abordagem qualitativa por coincidir com a configuração contextual do objeto de estudo em questão. A pesquisa foi realizada na rede de Atenção Básica no município de Fortaleza-CE. Nessa cidade, a escolha pelo território administrativo-político das Secretarias Executivas Regionais (SER) IV deve-se ao fato da mesma está presente na área delimitada como sendo de campo para o Projeto de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) da Universidade Estadual do Ceará.

Os participantes do estudo foram constituídos por profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) da Regional IV, incluindo profissionais das diversas áreas. Os sujeitos da pesquisa foram definidos pela saturação teórico-empírica e pela relevância das informações e das observações que indicaram contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão.

Os sujeitos entrevistados e observados tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assinaram, expressando o desejo de participar da pesquisa, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CEP-UECE) obtendo aprovação.

Para a coleta das informações foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: a observação participante das práticas na ESF e o grupo focal. De acordo com Minayo (2008), a observação participante é um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica.

A observação participante possibilitou apreender elementos do cotidiano que não poderiam ser identificados por meio da fala, consistiu em levar em consideração o que Malinowski citado por Minayo (2008) apresenta como sendo os “imponderáveis da vida real” que são fenômenos de grande importância que não podem ser registrados através de perguntas, ou em documentos quantitativos, mas devem ser observados em sua realidade.

Este instrumento nos possibilitou, ainda, observar as situações espontâneas e formais, além de acompanhar as ações cotidianas e habituais da Unidade de Atenção Básica, visualizando as circunstâncias e o sentido dessas ações; interrogando sobre as razões e significados dos seus atos. Nesse processo, o diário de campo foi fundamental para o registro dos eventos. Toda a observação foi registrada no diário de campo de cada pesquisador, posteriormente, sistematizados e problematizados com todos os pesquisadores envolvidos.

Outra técnica de coleta de dados foi o grupo focal. Essa técnica favoreceu o processo participativo deste estudo. Por meio desta técnica, um grupo de pessoas que tem características comuns é convidado a reunir-se com a finalidade de discutir um tema específico através da exposição de idéias, experiência pessoal, percepções e valores, que são evidenciados e processados pelos participantes a fim de se obter a compreensão mais ampla sobre o tema da pesquisa (GATTI, 2005).

A utilização do grupo focal teve por objetivo captar, a partir das trocas realizadas no grupo, conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações dos profissionais a respeito da Participação Popular em Saúde nos diferentes espaços da unidade básica de saúde e no território de abrangência da unidade.

A utilização da técnica do grupo focal possibilitou maior interação entre os participantes. O processo do grupo foi coordenado por um facilitador e dois relatores e foram gravadas em áudio para observações e análises posteriores. Também foram feitas anotações no que se refere ao comportamento dos participantes. Os processos de análises foram conduzidos de forma coletiva e interdisciplinar.

Na análise final, o método escolhido para esse estudo foi a Análise de Conteúdo Crítica e Reflexiva de Minayo (2008) e Assis (1998). Foi realizada a leitura exaustiva e flutuante dos texto contido no grupo focal e observações, recortando e realizando uma síntese geral, também denominada de síntese vertical, de cada unidade de análise, o que possibilitou a visualização das idéias centrais sobre o tema em foco, e a construção das categorias empíricas, a partir de algumas convergências encontradas, o que caracteriza o sentido das

representações das falas ou outras formas de expressão, relacionadas ao objeto de estudo com direcionamento para sistematizar a análise. Após a classificação das falas dos participantes e as observações realizadas, componentes das categorias empíricas, foi realizadas as sínteses horizontal e vertical, e procederemos o confronto entre os sujeitos e observações da prática, agrupando as idéias convergentes, divergentes, complementares e diferentes (ASSIS, 1998).

O presente estudo objetiva analisar a participação popular a partir da visão dos profissionais de saúde de uma unidade básica de Fortaleza-CE acerca dos desafios da mediação do processo bem como as possibilidades citadas pelos mesmos em relação à participação popular.

RESULTADOS

Ao serem sistematizados os dados do grupo focal e da observação participante, emergiram quatro categorias de análise: (i) O conceito de participação; (ii) formas de participação/ estratégias de mobilização; (iii) dificuldades de participação; (iv) responsáveis pela participação.

No presente trabalho, concordamos com Rolim (2009) na definição do conceito de Participação Popular como sendo qualquer maneira de envolvimento, no âmbito individual ou coletivo, em ações que tenham relação com os direitos civis, políticos, sociais instituídos, melhorar a condição de vida, ter acesso a informações essenciais, além de fazer-se representar e estar presente nos espaços públicos de decisão do Estado.

A participação é uma categoria polissêmica e admite vários usos tanto no sentido emancipatório, quanto de manutenção do *status quo* (OLIVEIRA, 2006). Nesse sentido, alguns trabalhadores em saúde entendem apenas como estar presente em determinado local, enquanto outros consideram que a participação se dá apenas em situações de intervenção efetiva por parte do participando. Percebe-se que os mesmos não consideram a denominada “Participação Passiva”, fato esse que diverge do estudo de Rolim (2009). Em geral, as falas dos profissionais não há conceitos voltados para o seu sentido emancipatório:

Profissional 1: “Participação é fazer parte de alguma coisa”;

Profissional 2: “Compartilhar idéias, discutir determinados assuntos”;

Profissional 4: “Tem que expressar suas formas de pensar, suas idéias”;

Profissional 5: “Para participar tem que ser ator efetivo da mudança”

Atualmente, a participação pode acontecer de duas formas: a participação institucionalizada, que na área da saúde se expressa nos conselhos locais, municipais, estaduais e nacional de saúde e nas conferências de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacionais, onde os sujeitos participam como representantes de instituições ou entidades; e a forma não institucionalizada, que são as possibilidades de participação em toda e qualquer atividade de saúde, desde as mais individuais/ assistenciais; até as mais coletivas/educativas. Ao serem questionados a respeito das formas de participação, os discursos eram voltados para as metodologias adotadas pelos profissionais para efetivação dessa participação, tendo relação direta com as estratégias de mobilização:

Profissional 10: “Olhe, não vamos só reclamar, porque eu sozinha escuto a reclamação de vocês. Mas eu gostaria que vocês vissem e olhassem e que lessem e tentem vir no dia do conselho e as reuniões do conselho, e eu gostaria que vocês dessem sugestão (...) Se cada profissional se lembrasse da data da reunião do conselho, seria importante. Aí agente não teria realmente que ouvir esse povo. E muitas vezes também são acomodados..”

Os processos de trabalho em saúde se organizam com a finalidade de produzir cuidado. A atenção em saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) busca ações para além dos fatores biológicos, visto que é compreendida numa relação com o contexto econômico, social e cultural do país. O adoecimento não é apenas uma condição biológica, mas também uma construção social. Ou seja, os processos de saúde/doença abrangem situações de saneamento, moradia, renda, escolaridade, educação, alimentação, lazer etc. Dessa forma, os processos de trabalho em saúde devem responder às demandas sociais e por

esta razão, enfatizar a atenção integral e a humanização da assistência. Dessa maneira, as estratégias de mobilização devem levar em consideração esses aspectos. Percebe-se, por parte dos profissionais um foco no cumprimento das suas obrigações à nível de constituição como estratégia de mobilização, o que consideramos relativamente restrito por a atuação na atenção básica contemplar quesitos para além das ações pragmáticas:

Profissional 7: “O funcionário tem que saber as suas atribuições e seguidas”;

Profissional 3: “Existem as atribuições para cada equipe e a gente trabalha baseado nisso.”

Profissional 4: “Tem que saber exercer e executar aquilo da melhor maneira possível.”

Profissional 2: “O que compete exclusivamente para mim é evidente que eu vou fazer (...), aonde eu não puder fazer eu vou encaminhar para um colega mais próximo que tenha competência e possa levar adiante.”

Observamos as mudanças nos processos de trabalho no decorrer da história do país. Houve uma ampliação significativa nos saberes e práticas em saúde. A finalidade do trabalho passou a ser de prevenção, reinserção social, o convívio familiar e social. Eventos marcantes, como a reforma sanitária, provocaram uma reflexão no modo de agir em saúde, sendo relativamente consolidada pela criação do Sistema Único de Saúde. Todo esse processo envolve muitas dificuldades inerentes à Participação Popular. Os profissionais relatam como principal motivo a falta de conhecimento do usuário como sendo o fator preponderante nesse sentido:

Profissional 3: “Eu acho que para participar ele tem que primeiro entender o que é a estratégia saúde da família.”;

Profissional 1: “Então, eu acho que é a falta de conhecimento por parte da comunidade das normas imutáveis”

Profissional 4: “Ele nem tem conhecimento para isso.”

Além da falta de conhecimento do usuário, outros elementos surgiram no que se refere as dificuldades enfrentadas para a participação, sendo elas:

Profissional 9: “Eu acho que é a estrutura física”;

Profissional 2: “Além do espaço físico, o concomitante de pessoas dividida por equipes é muito além da capacidade da equipe de atender”

Profissional 1: “O sistema e a gestão não permitem dá condições para a gente satisfazer as necessidades dos usuários.”

Profissional 2: “A população quer uma mudança urgente (...). A população tem um pensamento mágico, querem resolver as coisas de forma imediata” (...) E enquanto tiver a burocracia que nós temos vai ser assim, não vai mudar nada.”

Profissional 3: “Muitos direitos que não são satisfeitos deles, muitas vezes é devido ao próprio sistema, a própria gestão, que não dá condições para a gente satisfazer”

As práticas de cuidado em saúde, inclusive em se tratando de participação popular, revelaram a importância: do vínculo do usuário com seus familiares; dos trabalhadores; das condições de acesso aos serviços; do acolhimento; e, principalmente, no reconhecimento do outro como sujeito e não apenas como o ser que sofre e padece de uma determinada enfermidade. Além disso, emergem outras problemáticas, como as deficiências na gestão, excesso de demanda, pouca estrutura física, a necessidade do usuário de mudança imediata.

É de fundamental importância que exista uma articulação entre o que se entende por saúde-doença e o conjunto de práticas associadas, havendo uma relação coerente e efetiva. Dessa forma, poder-se-á ter o desenvolvimento de um modelo de atenção voltado à satisfação das necessidades de saúde. (MENDES GONÇALVES, 1992).

O interesse e a necessidade em participar de determinado processo deve ser algo intrínseco do próprio sujeito. A partir dos achados, os profissionais atribuem apenas aos usuários as dificuldades de participação supracitadas, tendo uma visão reducionista no que concerne a sua responsabilidades inerentes a diminuição dessas dificuldades:

Profissional 1: “A participação no programa saúde da família do usuário, eu entendo como sendo papel dele, o usuário, estarem junto ao conselho de saúde e seus representantes na comunidade (...)“Durante esse processo, cada um tem que saber seus direitos

e deveres. Na medida que eles não sabem, acaba gerando situações de conflito. Ele sabe muito bem me lembrar da minha obrigação, mas ele esquece da obrigação dele, por que ele me desrespeitou eu já não tenho nenhuma obrigação de atender ele. Basta isso para eu ter o direito de não atender mais ele, ele não sabe disso, talvez se ele soubesse disso me respeitaria mais né? Não geraria conflito. A desinformação das população. A sua participação e os seus direitos e deveres para se instruir do PSF participativo passa primeiro pelo aprendizado dos seus direitos e dos seus deveres. A base do conflito é o desconhecimento.”

Profissional 3: “Ele ainda não se vê inserido no processo de saúde, ele acha que nós somos responsáveis pela saúde deles”

Partindo dessa ampla possibilidade, compreendemos que a elaboração do projeto terapêutico é um processo que compreende o agir individual e o agir da coletivo por meio da pactuação da equipe. Os profissionais devem ter momentos de encontros para discutirem objetivos terapêuticos, as propostas de intervenção e avaliação de resultados, inclusive momentos para discutir as reais necessidades dos usuários, bem como potencializar a Participação Popular. Esse processo ajuda na compreensão e no sucesso do tratamento, no sentido de reforçar e aprimorar as opções na abordagem da seqüência saúde/doença/reabilitação. Estes são momentos muito ricos quando os profissionais de distintas áreas agregam saberes e práticas, compartilhando e potencializando a equipe, seja no que tem em comum ou de diferente. (BRASIL, 2004).

CONCLUSÃO

A pesquisa possibilitou uma aproximação com o campo de estudo, com as práticas e os saberes intrínsecos ao cotidiano dos sujeitos delineando o modelo de cuidado utilizado na Estratégia Saúde da Família – ESF. Assim, o contato com trabalhadores e usuários permitiu desvendar os avanços e os limites da rede de cuidados em saúde.

A “observação participante” se mostrou uma ferramenta potente para perceber os limites existentes no serviço de saúde, a partir de um olhar sobre os processos de trabalho. Dentre esses limites, observou-se a deficiência no acolhimento dos usuários, a grande demanda e baixa oferta de serviços, e a fila

de espera dos usuários ao serem encaminhados para serviços especializados, tornando o serviço burocratizado e interferindo na resolutividade do serviço.

Por outro lado, um aspecto bastante ressaltado foi a não participação dos usuários como sendo uma falta de interesse deles (“povo da comunidade”). Outro ponto destacado foi a prática interdisciplinar apontada como fundamental no cuidado em saúde.

Podemos considerar que a visão dos profissionais de saúde, em parte, não condiz com a realidade, no sentido de que os motivos da não participação segundo os mesmos se focam muito na responsabilidade do usuário, diminuindo, de certa forma, a parcela de responsabilidade relativa a eles. No entanto, os mesmos se submetem a condições de trabalho não favoráveis para desenvolver o potencial da participação na unidade, o que pode justificar sua displicência em relação a essa temática.

Finalmente, conclui-se que apesar da participação popular na ESF demonstrar limitações e fragilidades, influenciando a rede de atenção à saúde, os fluxos estabelecidos muitas vezes com dificuldades apresentadas pelo serviço, são enfrentados pelos trabalhadores ao desenvolverem um trabalho heterogêneo, condizente com a própria complexidade e subjetividade do campo da saúde. Dessa forma, contribuindo com a consolidação do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ARANHA, A.L; FONSECA, S.R.M.G.S. Os Nexos entre Concepção do Processo Saúde/Doença Mental e as Tecnologias de Cuidados. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2003 novembro-dezembro.

BRANDÃO, C. R. (Org.). **Pesquisa participante**. 8.ed. São Paulo: Brasiliense, 1999.

BRANT, L. C., MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004.

_____. A questão democrática na Saúde. In: FLEURY, S.M.T. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editora, 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 03/2006**. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CAMARGO-BORGES, C., CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, Aug. 2005.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, p. 133-142, 2001.

CECCARELLI, Paulo. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 10, n. 3, Dec. 2005.

CHIESA, A.M.; VERÍSSIMO, M.D.L.Ó.R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de Enfermagem**.

DA ROS, M.A. **Políticas públicas de saúde no Brasil**. In: BAGRICHEVSKI, M. (Org.). Saúde em debate na Educação Física. Blumenau: Nova Letra, 2006. p.44-66.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.) , *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, T.B. **Produção do cuidado e produção pedagógica**: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. S21-S23, 2008.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.39-64.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro. UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 180p.

RONCOLLETA, A. F. T. et al. **Princípios da medicina de família**. São Paulo: Sombrafma, 2003.

TEIXEIRA, R. R. Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educ**, v. 13, p. 785-789, 2009

SPADINI, L. S., SOUZA, M. C. B. de M. e. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, Mar. 2006 .