



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS-CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL- DSS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

CHRISTINA KÊNIA PAULO MARQUES

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CONCEPÇÃO DOS
USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO DO JOSÉ
PINHEIRO- CAMPINA GRANDE/PB.**

CAMPINA GRANDE-PB
OUTUBRO DE 2014

CHRISTINA KÊNIA PAULO MARQUES

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CONCEPÇÃO DOS USUÁRIOS
DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO DO JOSÉ PINHEIRO-
CAMPINA GRANDE/PB.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em
cumprimento às exigências para obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Lúcia Maria Patriota

CAMPINA GRANDE- PB
OUTUBRO DE 2014

M357e Marques, Christina Kênia Paulo.

A estratégia saúde da família na concepção dos usuários da unidade básica de saúde do bairro do José Pinheiro Campina Grande/PB [manuscrito] / Christina Kênia Paulo Marques. – 2014.

36 f. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2014.

“Orientação: Profa. Ma. Lúcia Maria Patriota, Departamento de Serviço Social”.

1. Saúde. 2. Estratégia saúde da família. 3. Modelo assistencial. 4. Atenção básica do SUS. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

PARECER FINAL

A banca examinadora, instituída de acordo com a Regulamentação do Trabalho de Conclusão de Curso aprovado no Colegiado do Curso de Serviço Social da UEPB, após a defesa, seguida de uma análise do artigo apresentado, resolve considerá-lo SATISFATÓRIO, atribuindo ao aluno (a) NOTA 9,5.

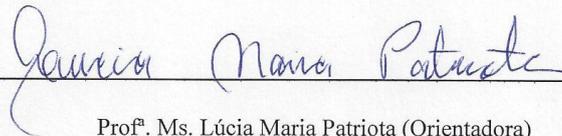
Aluno (a): CHRISTINA KÊNIA PAULO MARQUES

Artigo: A Estratégia Saúde da Família na concepção dos usuários da Unidade Básica de Saúde do bairro do José Pinheiro- Campina Grande/PB.

Data da Defesa 02/10/14

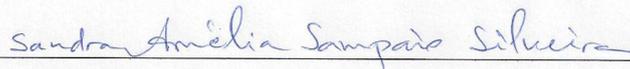
Campina Grande-PB, 15 de 10 de 2014.

BANCA EXAMINADORA



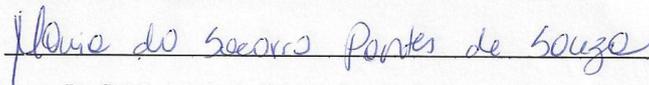
Profª. Ms. Lúcia Maria Patriota (Orientadora)

Mestre em Saúde Coletiva



Profª. Ms. Sandra Amélia S. Silveira (Examinadora)

Profª. Universidade Estadual da Paraíba/Mestre em Serviço Social



Profª. Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza (Examinadora)

Profª. Universidade Estadual da Paraíba/Mestre em Serviço Social

Dedico este trabalho primeiramente a Deus criador da vida e da sabedoria, que me proporcionou força e coragem para seguir sempre em frente trazendo inspirações e fortalecendo-me para essa trajetória, a fim de que eu alcançasse essa grande vitória.

AGRADECIMENTOS

Registro meus agradecimentos a todos os que compartilharam o trilhar de mais esse caminho percorrido, contribuindo, direta e indiretamente para que eu concretizasse esse trabalho, auxiliando-me e dando-me força nos momentos em que mais precisei.

Agradeço especialmente a minha avó materna, Cheu, que infelizmente não está mais entre nós para presenciar esse momento, mais que agradeço imensamente a educação recebida, o exemplo de luta e o amor dedicado a mim.

Agradeço a minha mãe, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas mais difíceis, de desânimo e cansaço. Seu cuidado e dedicação foram o que me deram, em alguns momentos, a esperança para seguir.

Aos amigos e amigas, pelo incentivo e pelo apoio constante, vocês fizeram parte da minha formação e vão continuar presentes em minha vida com certeza.

Aos professores do curso de Serviço Social com quem estudei especialmente as professoras Sandra Amélia, Moema Serpa e Socorro Pontes, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender, vocês foram muito importantes na minha vida acadêmica.

A Coordenação do Curso de Serviço Social da UEPB, pela colaboração e pela gentileza nas vezes em que solicitei quaisquer dos seus serviços.

À banca examinadora, pela disponibilidade em participar do processo de qualificação e defesa e pelas valiosas contribuições.

As pessoas com quem convivi nesses espaços durante esses longos quatro anos.

A minha supervisora de campo Luzimar Lacerda pelo suporte e incentivo, e também pelo exemplo de profissional e ser humano extraordinário.

À minha orientadora Lúcia Patriota, pela coerência profissional, pela atenção, dedicação, paciência, e por ter assumido comigo essa empreitada.

Enfim, a todos àqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim e que me ajudaram nas horas em que precisei e que de alguma forma conspiraram para concretização dessa importante etapa da minha vida.

A todos, muito obrigado.

“Enquanto estivermos tentando estaremos felizes, lutando pela definição do indefinido, pela conquista do impossível, pelo limite do ilimitado, pela ilusão de viver. Quando o impossível torna-se apenas um desafio, a satisfação estará no esforço; e não apenas na realização final. ”

Gandhi

SUMÁRIO

Resumo.....	09
Abstract.....	09
1. Introdução.....	10
2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	11
3. A ATENÇÃO BÁSICA NO SUS.....	18
3.1 A Estratégia Saúde da Família.....	20
4. A PESQUISA DE CAMPO.....	25
4.1O Lócus da Pesquisa.....	25
4.2 Resultados da Pesquisa.....	26
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
Referências.....	34

**A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CONCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO DO JOSÉ PINHEIRO- CAMPINA
GRANDE/PB.**

Christina Kênia Paulo Marques

Resumo: Desde sua criação a Estratégia Saúde da Família adquiriu expressão na política de saúde, destacando-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e de reorganização do modelo assistencial com caráter de substituição das práticas convencionais. O presente artigo, é fruto de uma pesquisa de campo realizada no período de abril a julho de 2014, durante nosso estágio supervisionado em Serviço Social na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) na cidade de Campina Grande-PB. Objetivou analisar a Estratégia Saúde da Família na concepção de seus usuários. Os objetivos específicos foram: conhecer a avaliação que os usuários da UBSF José Pinheiro-fazem da ESF; analisar o conteúdo dessa avaliação relacionando-o com o contexto sócio-político-econômico no qual se insere a referida Estratégia; analisar o seu papel enquanto instrumento de reorganização e reestruturação do Sistema Público de Saúde, e identificar as contribuições e desafios postos a ESF do bairro José Pinheiro. Compreendeu um estudo descritivo e analítico, com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram 10 usuários da Unidade Básica Saúde da Família do bairro do José Pinheiro. Foram utilizados na coleta de dados os seguintes instrumentos: a observação participante, considerada parte essencial do trabalho de campo no âmbito de pesquisa com abordagem qualitativa; Formulário com questões objetivas, com o objetivo de traçar o perfil socioeconômico dos entrevistados; entrevista semiestruturada, com o objetivo de captar o livre pensamento dos sujeitos sobre o objeto de estudo. Os Resultados da pesquisa apontam que a maioria dos usuários da ESF tem dificuldade de entender a concepção/filosofia estruturante da Saúde da Família, embora façam uma avaliação positiva dos serviços. Portanto se faz necessário ampliar e promover a participação social dos usuários nos serviços na conquista de melhores condições de saúde. Esperamos que o presente trabalho possa contribuir na ampliação de políticas de saúde voltadas para construção efetiva de participação da população nas ações de saúde.

Palavra-chave: Saúde. Estratégia Saúde da Família. Modelo assistencial.

**FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE DESIGN OF USERS OF BASIC HEALTH
UNIT OF THE DISTRICT OF JOSÉ PINHEIRO- Campina Grande / PB.**

Christina Kênia Paulo Marques

Abstract: Since its creation, the FHS acquired expression in health policy, highlighting as structuring strategy of local health systems and reorganization of care model with character replacing conventional practices. This article is the result of a search field work carried out in the period April to July 2014, during our supervised internship in Social Work in Primary Care Family Health (UBSF) in the city of Campina Grande-PB. Aimed to analyze the Family Health Strategy in the design of its users. The specific objectives were to find the evaluation that users UBSF José Pinheiro-do the ESF; analyze the content of such evaluation relating it to the social-political-economic context in which it operates such strategy; analyze its role as

a tool for reorganizing and restructuring the public health system, and identify the contributions and challenges posed to the FHS José Pinheiro neighborhood. Realized a descriptive and analytical study with a qualitative approach. The research subjects were 10 members of the Primary Care Family Health José Pinheiro neighborhood. Participant observation, considered an essential part of field work within qualitative research, the following instruments were used to collect data Form of objective questions, with the aim of outlining the socioeconomic profile of respondents; semistructured interview, with the goal of capturing the free thought of the subject on the object of study. Results of the study indicate that most users of the ESF has difficulty understanding the design / structuring philosophy of Family Health, although they make a positive evaluation of services. Therefore it is necessary to expand and promote user participation in social services in achieving better health. We hope that this work can contribute to the expansion of health policies aimed at effective construction of community participation in health activities.

Keyword: Health. Family Health Strategy. Care model.

1. Introdução

As políticas de saúde no Brasil são fruto das lutas populares e sindicais, e as formas como se estruturaram os serviços na atualidade resultam de uma longa trajetória de formulações e embates.

A Constituição Federal de 1988 foi um marco na redefinição da política de saúde, fortalecendo os direitos sociais e reconhecendo-a como um direito a ser assegurado pelo Estado universalizando em todos os níveis de complexidade. Este processo culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) passo mais avançado na reformulação administrativa do setor. O SUS com seus princípios propostos pela Reforma Sanitária: universalidade, equidade, integralidade, se organizou de forma hierarquizada, descentralizada e com a participação popular. Entre as propostas adotadas o, Ministério da Saúde apresentou no contexto dos anos 1990 a reestruturação da Atenção Primária a Saúde (APS) através da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Saúde da Família surge justamente em resposta à crise do modelo médico-clínico propondo uma real mudança na forma de pensar a saúde, sendo considerada como estratégia de reorientação do modelo assistencial, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família.

Além de ser a porta de entrada para o sistema de assistência a saúde, constitui-se de um nível próprio de atendimento que deve ser resolutivo para um conjunto de necessidades que extrapolam a esfera da intervenção curativa individual e envolvendo ações de saúde pública como intervenções clínicas voltadas para prevenção ou tratamento de doenças (AGUIAR, 1998, p.28).

Considerando a relevância da discussão sobre a ESF, o presente artigo apresenta os resultados de uma pesquisa de campo que objetivou analisar a Estratégia Saúde da Família na concepção dos usuários da unidade básica de saúde do bairro do José Pinheiro–Campina Grande. Os objetivos específicos foram: conhecer a avaliação que os usuários da UBSF José Pinheiro-fazem da ESF; analisar o conteúdo dessa avaliação relacionando-o com o contexto sócio-político-econômico no qual se insere a referida Estratégia; analisar o seu papel enquanto instrumento de reorganização e reestruturação do Sistema Público de Saúde, e identificar as contribuições e desafios postos a ESF do bairro José Pinheiro.

Trata-se de um trabalho do tipo descritivo e analítico, pautando-se numa metodologia de abordagem qualitativa, sem desconsiderar os dados quantitativos. A mesma foi realizada no período de abril de 2014 a agosto de 2014, UBSF no bairro do José Pinheiro, na cidade de Campina Grande. Os sujeitos da pesquisa foram 10 usuários da UBSF escolhidos aleatoriamente respeitando a disponibilidade de tempo e aceitação em participar da pesquisa. A pesquisa seguiu as recomendações apresentadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme Resolução de nº466/12 que dispõe sobre a Ética na pesquisa. Foram utilizados na coleta de dados os seguintes instrumentos: a observação participante, considerada parte essencial do trabalho de campo no âmbito de pesquisa com abordagem qualitativa; Formulário com questões objetivas, com o objetivo de traçar o perfil socioeconômico dos entrevistados; entrevista semiestruturada, com o objetivo de captar o livre pensamento dos sujeitos sobre o objeto de estudo.

O interesse por essa temática se deu a partir da nossa inserção no campo de estágio, onde pudemos perceber a falta de entendimento dos usuários acerca da proposta da ESF preconizada pelo Ministério da Saúde. Pretendemos com esta pesquisa, contribuir para produção de conhecimento no âmbito da saúde, fomentar discussões no âmbito acadêmico e fora dele, nos espaços sócios ocupacionais, de modo que a pesquisa possa não só ser compreendida na sua importância, mas utilizada pelos profissionais inclusive os assistentes sociais no dia a dia de trabalho.

O artigo está estruturado em três itens nos quais apresentamos, respectivamente, a política de saúde no Brasil; a atenção básica no SUS; a estratégia saúde da família; os resultados da pesquisa de campo; e, por fim, nossas considerações finais.

2. A Política de Saúde no Brasil

As políticas de saúde e as formas como se organizam os serviços de saúde no Brasil são decorrentes de uma longa trajetória marcada por lutas políticas e ideológicas, envolvendo diferentes atores sociais.

No século XIX, em meio às transformações econômicas e também políticas em curso no país, a saúde começava a se configurar em uma das mais importantes reivindicações do movimento operário. Contudo a intervenção do Estado brasileiro frente às questões sanitárias só ocorre a partir do século XX, mais efetivamente na década de 1930.

A saúde na década de 1920 adquire relevância no discurso do poder central com a reforma Carlos Chagas, em 1923 que tentou ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central constituindo uma das estratégias da União. Neste período, também foram colocadas questões relativas à saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, dentre elas, destaca-se: a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, através da Lei Elói Chaves. Estas eram essencialmente financiadas pela União, por empresas que empregavam os funcionários e pelos próprios empregados. Dentre a oferta de serviços garantidos pelas CAPs estavam previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Segundo Bravo (2009), é na conjuntura de 1930 que surgem as políticas sociais no Brasil. Neste período a questão social transforma-se em questão de política. Data deste período a formulação da política de saúde no país, sendo esta organizada em dois setores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária. As ações de saúde pública enfatizavam as campanhas sanitárias, com a criação de serviços de combate às endemias; e a medicina previdenciária a saúde de natureza curativa e individual, com a criação dos Institutos de Aposentarias e Pensões (IAPs).

No período de 1945 a 1950, a Política Nacional de Saúde é consolidada. Na referida conjuntura, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza um novo conceito de saúde, levando em consideração as condições físicas, mentais e sociais dos indivíduos. Neste contexto, evidencia-se a ampliação das equipes de saúde, havendo melhorias das condições sanitárias do país de forma geral, embora não se tenham conseguido eliminar as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil na época.

Com a Ditadura Militar instalada em 1964, os problemas estruturais do país se agravaram, expressando a derrota das forças democráticas. É um momento marcado pela abertura da política externa, em que o Estado vai intervir na questão social através do binômio repressão-assistência. Compreende um período de forte declínio da saúde pública e de crescimento da medicina previdenciária.

A partir de 1974, sem legitimidade, o bloco no poder procurou dá maior efetividade ao enfrentamento da questão social, para diminuir as pressões sociais. De acordo com Bravo (2009) no período de 1974-1979:

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre o setor estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário (BRAVO, 2009, p.94).

Evidencia-se que, ao longo da sua história, o Brasil adotou essencialmente dois modelos de atenção à saúde: o médico-assistencial privatista e o sanitarista. O primeiro, baseado em práticas de saúde fundadas no paradigma flexneriano¹, adotava um conceito de saúde tomado em sua negatividade, à medida que se centrava na doença, enfatizando o hospital e a abordagem individual e curativa. O segundo, o modelo sanitarista-campanhista (baseado nas propostas do sanitarista Oswaldo Cruz) corresponde à saúde pública tradicional. Suas ações tinham um caráter temporário e eram caracterizadas pela centralidade no planejamento. Algumas destas ações apresentavam certa articulação com questões de saúde da população, porém eram pensadas de forma centralizadora, de cima para baixo, a exemplo da campanha de vacinação obrigatória, contra a varíola, imposta pelo governo federal, no ano 1904, que resultou em revolta popular contra o autoritarismo e a violência impetrados contra a população.

Os limites indicados pelos modelos assistenciais acima descritos provocam reações por parte dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, contribuindo para a construção do Movimento de Reforma Sanitária, iniciado no final dos anos de 1970.

A experiência sanitarista brasileira protagonizou as lutas em defesa de reformas na política de saúde articulando em torno de suas bandeiras, intelectuais, profissionais da saúde, movimentos sociais e movimento estudantil. A criação do chamado projeto de Reforma Sanitária Brasileira, que segundo Mendes (1996 apud VASCONCELOS, K.; CARNEIRO, 2011, p.179) trouxe para o cenário político um novo paradigma: o da produção social da saúde. Nesta perspectiva, a saúde é resultado de um processo de acumulação social, indo muito além da mera ausência de doença, no sentido tradicional. Deste modo, o novo modelo de vigilância da saúde concebe a saúde como dependente também do que o homem cria e faz, e das interações dos grupos sociais, das políticas adotadas pelos governos, inclusive os próprios mecanismos de atenção à doença. Isto implica dizer que saúde resulta de um conjunto de fatores políticos, econômicos, sociais, culturais que se combinam de forma particular.

¹ Diz respeito às recomendações do educador estadunidense Abraham Flexner, contidas em relatório encomendado pela Fundação Carnegie dos Estados Unidos, no ano de 1910. O modelo flexneriano é baseado num paradigma fundamentalmente biológico e quase mecanicista para a interpretação dos fenômenos vitais, exalta o culto à doença e não à saúde e a devoção à tecnologia (SHCHERER et al., 2005, p.56-57).

Segundo Guimarães (2004), o Movimento de Reforma Sanitária não se manteve isolado. Com o processo de democratização do país nos anos 1980, ampliaram-se os espaços de atuação das entidades representativas de várias categorias profissionais, e os debates em que a sociedade civil esteve envolvida.

Este movimento teve como princípio uma crítica à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde (VASCONCELOS, A., 2011, p.76).

Marco na discussão da política pública de saúde no Brasil foi à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), que ocorreu em março de 1986. O relatório elaborado nesta Conferência serviu de base para a proposta de reestruturação do sistema de saúde brasileiro, defendido por setores democráticos nos trabalhos da Constituinte, nos anos de 1986 e 1987. Representantes de associações populares, partidos políticos, sindicatos, entre outros, aprovaram na 8ª CNS uma ampla reforma sanitária no país, sugerindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mais tarde incorporado ao texto da Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, regulamentada pelas Leis Orgânicas nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que definem saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

A Carta Constitucional de 1988 instituiu um Sistema de Seguridade Social, compreendido a partir do tripé Saúde, Assistência e Previdência Social. A saúde passou a ser então, concebida como direito social entendida como resultado do bem estar biopsicossocial. Em seu artigo 196, a Carta Magna afirma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.58).

A implementação do SUS, ao mesmo tempo em que promoveu mudanças de ordem organizacional e política na estrutura sanitária do país, a exemplo da universalização do acesso e descentralização das ações, não conseguiu superar as contradições existentes, a exemplo da precarização dos serviços e do atendimento, da burocratização, da falta de recursos, do afastamento do princípio da integralidade, da permanência de longas filas para acesso a consultas especializadas, exames e cirurgias, etc. Esta realidade que compõe o quadro da saúde no país nos anos 1980 é particularmente demarcada por dois movimentos contraditórios: um relacionado a alguns avanços democráticos conquistados em razão da

resistência ao regime ditatorial instaurado em 1964, e outro decorrente do aprofundamento da questão social, que rebateu sobre o aumento da pobreza e da miséria. Em razão deste quadro, a década de 80 foi chamada como a década perdida (RAICHELIS, 2009, p.77).

Esta conjuntura será aprofundada, e já nos anos 1990 se verifica uma drástica redução nos gastos públicos, especialmente com saúde e educação, comprometendo ainda mais a qualidade e o alcance dos serviços prestados, cada vez mais desfinanciados e sucateados. Houve o redirecionamento do papel do Estado acompanhado de reformas de cunho neoliberal com incentivo de organizações financeiras internacionais. A conjuntura foi marcada pela crise econômica e política, em que os direitos conquistados na Constituição Federal de 1988 foram atacados pela política de ajuste neoliberal. O discurso passa a ser o de reforma da Previdência Social, privatização da saúde e ampliação da assistência social.

As propostas de reforma neoliberal buscaram adequar-se às orientações de organismos financeiros internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial (BM) que pressionavam os países periféricos a adotar políticas de ajuste com imposição de reformas políticas, econômicas e socioculturais. O processo se deu com a restrição e redução de direitos, sob os argumentos de uma crise fiscal do Estado. Os impactos se deram com a privatização de empresas estatais, políticas pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise. A lógica é o Estado garantir um mínimo aos que não podem pagar e a iniciativa privada dar acesso àqueles que podem consumir conforme as regras do mercado.

Essas reformas iniciadas no governo de Fernando Collor de Melo, como a redução de recursos federais para a saúde, se solidificaram no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), com a reforma do Estado, ou contrarreforma, dirigida por Bresser Pereira, partindo do pressuposto que o Estado havia se desviado de suas funções básicas. O Plano Diretor elaborado e adotado pelo governo colocou como superado o estilo de administração pública burocrática, assumindo um modelo gerencial. O Estado se desresponsabiliza pelo desenvolvimento econômico e social, transferindo a responsabilidade para a sociedade civil e para o setor privado, muitas atividades que antes eram suas. O avanço neoliberal é responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural e sucateamento das políticas sociais, a exemplo da saúde e educação.

Em síntese, o SUS, entra nos anos 1990 em meio ao agravamento da crise econômica e fiscal do país, tornando-se alvo de reformas, tanto quanto os setores sociais em geral, das políticas de ajuste e contenção de gastos, que colocam em jogo seus princípios universalizantes e solidários.

Para Costa (1997apud BRAVO, 2009, p.101) as principais propostas do Estado neoliberal em relação à saúde é a focalização para atender as populações pobres através do pacote básico a saúde, privatização, estímulo aos planos privados de saúde, descentralização dos serviços ao nível local, contenção dos gastos.

Nos anos 2000, a história política do Brasil é marcada pela eleição para presidência da república do ex-metalúrgico Luiz Inácio Lula da Silva, um autêntico representante da classe operária brasileira. No governo Lula a expectativa era por medidas que rompessem com o Projeto Privatizante e mercadológico na saúde e que fortalecessem o Projeto de Reforma Sanitária. No seu primeiro mandato o discurso foi o da garantia da saúde como direito essencial equânime e integral aos serviços públicos de saúde. No entanto houve um sequenciamento da contrarreforma iniciada no governo FHC, ou seja, a continuidade das medidas neoliberais. A política de saúde no governo Lula manteve a focalização, precarização e terceirização dos recursos humanos. Três medidas foram tomadas no governo Lula relacionada ao financiamento da saúde: a Desvinculação de Receitas da União (DRU), a Emenda Constitucional (EC-29) e a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO). Importa destacar também que foi no governo Lula que foi apresentado a medida provisória 520, que autorizava o Poder Executivo de criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública de direito privado, ligada ao Ministério da Educação para reestruturar os Hospitais Universitários (HUs), além do projeto das Fundações Estatais de Direito Privado, também proposto no referido governo.

Em relação ao governo de Dilma Rousseff (2010), sucessora de Lula e primeira mulher a assumir a presidência da república, as análises, sobretudo na área da saúde, apontam para a consolidação do sucateamento da saúde em favor do projeto privatista.

Nesse governo, alguns desafios se fazem presentes na incorporação do projeto de Reforma Sanitária, apontando retrocessos para a saúde pública e o SUS, que vêm sofrendo em decorrência de ações do governo federal. Entre os desafios postos na atual conjuntura aponta-se a continuidade às ações de focalização, precarização e desfinanciamento da saúde, e a tendência crescente da alocação do fundo público da saúde para rede privada conveniada ou as organizações sociais.

Percebe-se o avanço da privatização do SUS em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através da desestruturação, sucateamento e fechamento dos serviços públicos e ampliação da contratação de serviços privados, com a ampliação dos novos modelos de gestão que privatizam a saúde como as Organizações Sociais (OSs), Organizações

da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as Fundações Estatais de Direito Privado, ocasionando problemas para os trabalhadores da saúde e usuários, como o contrato temporário de até dois anos, acabando com a estabilidade e implementando a lógica da rotatividade, típica do setor privado, comprometendo a continuidade e qualidade do atendimento.

Como aspectos de inovação na política de saúde no atual governo cabe ressaltar o Programa “Aqui tem Farmácia Popular”, que visa oferecer medicamentos para hipertensão e diabetes; a constituição da Rede Cegonha, que envolve os cuidados desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança; a implantação das UPAS (Unidades de Pronto-Atendimento 24 horas) em todo o Brasil; ampliação em direção à autossuficiência científica e tecnológica na produção de fármacos; e ampliação da fabricação de genéricos.

Um fato de grande relevância foi à regulamentação da Emenda Constitucional (EC-29) em 16 de janeiro de 2012, através da Lei Complementar 141/2012, que vincula os recursos orçamentários para a saúde pública nos quatro níveis federativos: União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e dispõe que os percentuais mínimos de vinculação orçamentária a ser comprometido por cada um dos entes seja fixado através de lei complementar, a ser revista a cada cinco anos. A EC 29 trouxe a esperança de uma maior estabilidade das fontes para o financiamento da saúde pública. No entanto, percebemos que a política de saúde ainda se traduz em ações pontuais com caráter focalista, sem a perspectiva universalista.

Destaca-se ainda que em julho de 2013, o Governo Dilma lançou o programa Mais Médico, criado para suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil, falta que ocorre, principalmente, no SUS. Diante do déficit de médicos atuando nestas áreas o programa prevê a contratação de profissionais médicos, inclusive estrangeiros, para trabalhar exclusivamente na Atenção Básica (AB).

O Programa Mais Médico desde seu lançamento é alvo de críticas, principalmente do Conselho Federal de Medicina (CFM). O órgão se opôs veementemente a vinda de médicos estrangeiros e a não obrigatoriedade de serem aprovados no Exame Nacional de Revalidação de Diplomas (Revalida). Segundo o CFM o número de médicos é suficiente no Brasil, mais o que falta é infraestrutura para o atendimento e um plano de cargos e carreiras para estes profissionais. Outro aspecto questionado no Programa é a forma de contratação destes profissionais, feita através de bolsas, sem concurso público, garantias profissionais e direitos trabalhistas.

Entidades como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) consideram que medidas que compõem o Programa Mais Médico são necessárias, mais não resolvem o

problema, sendo insuficientes para o setor, precisando de medidas que enfrentem as debilidades da saúde.

Diante dos desafios enfrentados pelas políticas de proteção social, nas quais se inclui a saúde, é preciso desenvolver estratégias medidas de ampliação, de fortalecimento e de consolidação do SUS constitucional. Faz-se, portanto, necessário construir alianças em torno de pautas coletivas, para transcender aos atuais interesses do Estado subordinado à lógica econômica. É preciso mais investimentos na saúde pública para que tenhamos uma cobertura universal e atendimento integral, igualitário em todos os níveis de complexidade. É preciso também fortalecer o Projeto de Reforma Sanitária idealizada na década de 1980, para que assim possamos superar os entraves atuais e aprofundar a democratização da saúde para todos brasileiros.

3. A Atenção Básica no SUS

Os conceitos de Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família são marcantes no contexto da reforma sanitária brasileira, sobretudo no que se refere ao modelo de atenção à saúde e organização dos serviços de saúde que foram sendo incorporados em nosso contexto a partir dos anos 1990. Assim, torna-se imprescindível a discussão sobre os referidos conceitos para a devida compreensão da configuração da atual política de saúde no país.

Diferentes interpretações acerca da Atenção Primária à Saúde (APS) nos diversos países e sua complexidade conceitual levaram à utilização de diferentes termos para nomear essa forma de organização dos sistemas de serviços de saúde. Embora as primeiras discussões sobre APS surjam na primeira década de 1920, com o relatório Dawson², foi nos anos de 1970 que ganhou destaque no cenário mundial, como uma crítica à racionalidade, ao modelo médico hegemônico, apoiados no paradigma flexneriano.

Em 1978 realiza-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na cidade de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que representou um marco na discussão sobre APS, do qual decorreu a seguinte definição:

² Elaborado em 1920 por Bertrand Dawson, o relatório Dawson fazia críticas em vários aspectos ao Relatório Flexner, e propunha uma reorganização dos serviços de saúde, a partir de profissionais generalistas que seriam responsáveis por implementar ações tanto curativas quanto preventivas. Apresentou entre outros, os conceitos de território, populações adscritas, porta de entrada, vínculo/acolhimento, referência e atenção primária como coordenadora do cuidado.

Entendida como parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual se constitui como função central e núcleo principal como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Apresenta o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando à atenção a saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 1979 apud BRASIL, 2007).

A APS ficou estabelecida na referida Conferência, como sendo a principal estratégia para atingir o objetivo de promoção e assistência à saúde para todos, devendo ser garantida através de medidas sanitárias e sociais.

Mesmo tendo sido realizado num período de crise monetária internacional, a Declaração de Alma-Ata seguiu influenciando mudanças no cenário da política de saúde mundial durante a década seguinte. Levando a reformas setoriais em muitos países, incluindo desde mudanças do modelo assistencial como referentes à racionalização até utilização de recursos. Pode-se afirmar que o pensamento da APS no mundo apresentou-se com vários sentidos desde o primeiro nível de atenção, passando pela ideia de um tipo de serviço, uma filosofia de atendimento, até uma estratégia de organização dos sistemas de saúde.

Nesse contexto diversas experiências de APS foram desenvolvidas em países periféricos. Na América Latina a abordagem da APS foi preconizada por agências multilaterais, na qual a viabilização das novas diretrizes mostrava-se uma tarefa extremamente difícil devido ao comprometimento histórico do Estado com o modelo privatista engendrado. Segundo Schmaller e Vasconcelos (2011, p.99) “Nos países periféricos, no entanto, a APS diz respeito, frequentemente, a programas seletivos, focalizados, de baixa resolutividade, com recursos de baixa densidade tecnológica, sem acesso a outras redes de atenção”.

No caso brasileiro a APS representou um marco referencial para a organização dos serviços municipais de saúde, assumindo uma lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial (GIL, 2006, p.1171). Na década de 1990, a concepção de APS no Brasil foi renovada pelo Ministério da Saúde que substituiu a nomenclatura por Atenção Básica à Saúde (AB) para se contrapor a conotação restrita de APS apreçada sob influências do Banco Mundial na organização das ações de saúde.

No Brasil, a APS assume feições próprias, em virtude do papel do Movimento de Reforma Sanitária e suas reivindicações de mudança de modelo assistencial incorporadas pelo SUS, o que se constituiria em forte resistência à adoção da APS seletiva (VASCONCELOS, K.; SCHMALLER, 2011, p.105).

Para Gil (2006) nesse sentido é cada vez mais recorrente o uso do conceito de AB como referência nos serviços municipais, especialmente com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e de incentivos financeiros específicos dirigidos aos municípios, em especial com o Piso de Atenção Básica (PAB), resultando, desta forma, no fortalecimento da AB e do PSF no âmbito municipal.

A AB compreende o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. É, portanto, uma formulação condizente com o SUS, que deixa claro os seus princípios tais como: a universalidade, equidade e controle social. A AB tem como seus fundamentos e diretrizes a acessibilidade, o vínculo, a coordenação, a continuidade do cuidado, a territorialização, a adscrição de clientela, a responsabilização e humanização.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007), a mudança feita pelo Ministério da Saúde do termo AB para designar a APS apresentou-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos “cuidados primários de saúde”, interpretados como política de focalização e atenção primitiva à saúde.

A AB representa o primeiro vínculo do cidadão no cuidado à saúde, direcionado por práticas humanizadas oferecidas de forma contínua, na busca permanente pela melhoria do acesso e da qualidade do atendimento e desponta na agenda de prioridades do governo como estratégia de reestruturação do modelo de atenção básica. Portanto a atenção básica tornou-se o “primeiro nível de contato”, a porta de entrada dos indivíduos e de suas famílias no sistema de saúde.

Para organizar a AB no SUS surge como mencionado anteriormente, em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), voltado inicialmente para áreas de maior risco social e que adquiriu relevância para estruturar o sistema público de saúde, na medida em que aponta para um novo redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmando uma nova filosofia de atenção à saúde. Neste sentido, a hoje denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), passa a se apresentar como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo uma nova visão no processo de intervenção em saúde, conforme veremos a seguir.

3.1. A Estratégia Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil em 1994, com o objetivo de reorientar o modelo de atenção à saúde no país, imprimindo uma nova dinâmica de organização aos serviços e ações de saúde, privilegiando a parte preventiva em detrimento da curativa. O PSF emerge num contexto de restrição e racionalização dos gastos em saúde, decorrentes de medidas de ajuste estrutural prescritas pelas agências multilaterais, sobretudo o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) que criticavam o modelo de assistência vigente, assentado no cuidado hospitalar ineficaz, na especialização da atenção ambulatorial, no pouco investimento nas ações preventivas e de promoção à saúde.

Nesse sentido, o PSF surge com a ideia de substituir o modelo tradicional de assistência, como estratégia de reorientação dos serviços de atenção. O PSF apresenta-se como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como o ponto central de atenção e não somente o indivíduo doente ou, ainda, a sua doença, introduzindo desta forma uma nova abordagem nos processos de intervenção em saúde. É considerado um modelo inovador, fundamentado em uma nova ética social e cultural, que requer o estabelecimento contínuo da intersetorialidade, articulando com ações interdisciplinares de assistência.

Segundo Guimarães (2004) a perspectiva de saúde nos moldes do PSF, tem seu marco na constituição da medicina comunitária dos anos 1960, que se estruturou a partir dos campos de conhecimento da epidemiologia e da vigilância à saúde, nos quais se destacam a valorização das ações de promoção e proteção à saúde e a discussão do seu conceito ampliado. O modelo proposto assenta-se sobre uma visão ampliada do processo saúde-doença, objetivando ultrapassar as concepções reducionistas, biologizantes, individualistas e superar o modelo medicalizante e hospitalocêntrico, organizando os sistemas de saúde a partir da Atenção Básica.

Nesse sentido, centra-se na família, considerando o local em que esta vive, assim como na unidade básica de saúde, lugar privilegiado para práticas educativas. Tal proposta materializa um modelo de saúde coletivo, multi e interprofissional. Segundo Monnerat et al.(2009 p.106):

[...] o programa assume uma visão ativa da intervenção em saúde, uma vez que não aguarda a demanda que chega à unidade de saúde, processo típico do modelo tradicional. Ao contrário, pretende reorganizar a demanda à medida que busca agir preventivamente, identificar as necessidades em saúde daquele território e organizar a demanda a partir da comunidade, das famílias e dos domicílios.

O modelo de assistência focado na família adotado no Brasil buscou inspiração na experiência de Cuba, Estados Unidos, Canadá e Colômbia. Programas como o de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido desde 1987, no Estado do Ceará, com a finalidade de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, e o Programa Médicos da Família, de Niterói, implantado em 1992, foram pioneiros para formatação da experiência, cuja institucionalização, em 1994, ficou, inicialmente, sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde. Em 1995, a coordenação do PSF foi assumida pela Secretária de Assistência a Saúde (SAS), do Ministério da Saúde e, a partir de 1999, pela Coordenação de Atenção Básica da Secretária de Políticas de Saúde (SPS).

O PSF passou então a se constituir em um dos pilares da saúde pública brasileira, representando a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), incorporando os princípios básicos do SUS tais como: universalização, descentralização, integralidade e participação popular.

Quanto ao desenho do PSF, os profissionais que integram a equipe mínima do PSF são: um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cerca de cinco agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta com a equipe de saúde bucal (dentista e técnico de higiene bucal). Cada equipe devendo cobrir cerca de 4.500 habitantes e referenciar-se a uma unidade básica de saúde, assegurando o acesso do paciente a rede do SUS.

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho no PSF. Adota-se a definição de território de abrangência e cada equipe é responsável por, aproximadamente, 600 a 1.000 famílias que são cadastradas de forma a constituir vínculos.

Segundo Monnerat et al. (2009), o programa assume uma visão ativa de intervir em saúde, pois não aguarda a demanda chegar à unidade de saúde, processo típico do modelo tradicional. Nesta direção bastante presente no desenho do PSF é o estímulo a realização de ações intersetoriais, de promoção na saúde, atividades educativas e a realização de visitas domiciliares.

Concebido inicialmente como um programa, a partir de 2006, no governo Lula, o PSF passa a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF). Parte-se da compreensão de que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, algo provisório. Assim, o PSF deixa de ser entendido e designado como um programa, e torna-se a estratégia principal de organização do sistema de saúde no país com foco principal na atenção básica. Tal mudança expressa, em grande medida, o grau de importância que a Saúde da

Família adquiriu com o passar do tempo na agenda governamental. (GAZIGNATO; SILVA, 2014, p.227).

A ESF deve atuar em todas as fases do desenvolvimento humano e possui algumas áreas estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde para atuação em todo o território nacional, entre elas destacam-se: controle da hipertensão arterial, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, saúde bucal e promoção de saúde. Alguns grupos como idosos, gestantes, diabéticos, recém-nascidos são apontados como prioritários na ESF, em função da noção de vínculo presente no desenho desta Estratégia.

Cabe destacar nesse contexto de reestruturação do modelo de assistência a saúde no Brasil a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008, através da portaria GM nº 154.

O Nasf surge como proposta de ampliar o escopo de ações da ESF e dar mais resolutividade ao mesmo. O Nasf não se constitui como porta de entrada do sistema para os usuários, mas atua de forma integrada com as equipes de Saúde da Família e com toda a rede de serviços em saúde.

Compete ao Nasf³ dar continuidade à reorientação do modelo assistencial iniciada com a Reforma Sanitária e aprofundada com a implantação da Estratégia Saúde da Família, auxiliando o sistema de saúde a romper com os modelos substancialmente fragmentados.

O Nasf pauta-se no modelo teórico de apoio matricial que apresenta as dimensões de suporte assistencial e técnico pedagógico, ou seja, sem assumir a referência do cuidado. Significa dizer que a equipe do Nasf pode intervir nas situações com os usuários e famílias, desde que seja sob encaminhamento das equipes de Saúde da Família. Portanto o Nasf assume dois tipos de responsabilidade: sobre a população e sobre a equipe de Saúde da Família. Lancman e Barros (2011) elucidam que uma das grandes dificuldades que interfere no trabalho das duas equipes, decorre da inter-relação entre o excesso de demanda e a carência de recursos.

Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (2013), até dezembro de 2013, havia 5.346 municípios com Saúde da Família implantada, com 34.715 equipes de Saúde da Família, cuja cobertura estimada corresponde a 56,37% da população, correspondendo a

³ O Nasf esta organizado em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. O Nasf1 composto por equipes de no mínimo cinco profissionais com formação universitária, que apoiam entre 8 e 20 equipes Saúde da Família, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo de equipes passa a ser 5. Já o Nasf2 é composto por no mínimo três profissionais, não sendo prevista a presença de médicos e está vinculado a no mínimo três equipes Saúde da Família (BRASIL,2009,p.20).

109.341.094 brasileiros atendidos na Saúde da Família, o que significa o acesso ao SUS de grande segmento populacional, rural e urbano.

No município de Campina Grande-PB, a ESF foi implantada em 1994, compondo como experiência pioneira institucionalizada pelo Ministério da Saúde. É importante ressaltar que no município até o início dos anos 1990, predominava a atenção ambulatorial, com ênfase no modelo assistencial “curativo” (CARNEIRO, 2007, p.04).

A partir de 1995 os agentes comunitários de saúde (ACS) foram incorporados, vindo a contribuir com o trabalho realizado na estratégia. Cumpre situar também que em 1995, um ano após a implantação da estratégia, ocorreu a inclusão de profissionais de Serviço Social (que faziam parte do quadro de funcionários da prefeitura de Campina Grande), que passaram a desenvolver seu trabalho junto às equipes de saúde da família, havendo a oficialização dessa inclusão apenas em 2003, através de um processo seletivo público. De acordo com Leite e Veloso (2009) o assistente social na estratégia do município veio a somar no atendimento integral as famílias, na mobilização das comunidades, no exercício do controle social, na viabilização dos direitos sociais, no desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção à saúde.

Em 1997, ocorre a criação da Associação dos Profissionais de Saúde da Família (APSF) cujo objetivo era a defesa e fortalecimento da estratégia no município. O desempenho dos profissionais na ESF em Campina Grande garantiu diversos prêmios ao município, dando visibilidade nacional à experiência local.

A expansão do Programa no município se deu de forma bastante lenta, vindo a se tornar mais expressiva nos anos de 2001 e 2002, quando foram implantadas mais de 26 novas equipes, dando cobertura de atendimento à população rural do município (LEITE; VELOSO, 2009, p.54). Um dos desafios enfrentados pela ESF no município de Campina Grande refere-se à falta de investimentos nos demais níveis da atenção, a precariedade das estruturas físicas de algumas Unidades e a falta de contratação de funcionário via concurso público.

Apesar dos enormes avanços e conquistas nos últimos anos, a ESF ainda enfrenta muitos desafios para de fato mudar o sistema de saúde e fazer frente ao modelo hospitalocêntrico hegemônico. É diante desse contexto que a ESF tem sido alvo de críticas e questionamentos, em torno da sua contribuição na reorientação do SUS.

Algumas críticas se fazem presentes a ESF, segundo Franco e Merhy (1999) a implantação da ESF da forma como está estruturada não dá possibilidade de mudança do modelo assistencial, apresentando desta forma impacto limitado. Para estes autores, a estratégia tem a perspectiva de racionalização de gastos públicos. Na mesma linha de

argumentação, Guimarães (2004) sublinha que indicações do seu papel racionalizador de gastos, a partir da diminuição do fluxo de atendimento de média e alta complexidade, vem contribuindo para racionalização da política de saúde, identificando-se com as proposições do Banco Mundial. Vasconcelos e Carneiro (2011) apontam que a forma de contratação dos profissionais, a grande demanda sob responsabilidade da equipe, a disparidade de salário entre os profissionais, que tem como centro o médico em detrimento das demais profissionais, são algumas das questões ainda não resolvidas nesse processo. Outra crítica feita a ESF é a não expansão dos serviços a toda população restringindo o atendimento às camadas mais pobres. Segundo Franco e Merhy (2000 apud MONNERAT et al.2009,p.107) a incorporação de alguns princípios inovadores na Saúde da Família não tem se mostrado suficientes para alterar o modelo de atenção a saúde, situando também que a estratégia ainda tem apresentado impactos limitado na questão da reorganização do processo de trabalho na saúde.

No entanto são visíveis as mudanças que a ESF tem provocado no SUS como instrumento de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde. No entanto é preciso rever uma série de efeitos não previstos na formulação da ESF, e que hoje se tornam evidentes. Torna-se, portanto necessário colocar a saúde como pauta na agenda nacional, assim como possibilitar a construção e fortalecimento de novas formulações do pensar e fazer sanitários. É justamente neste contexto que este estudo se enquadra uma vez que traz à tona a percepção dos usuários sobre o serviço ofertados na UBSF.

4. A Pesquisa de Campo

4.1 O lócus da pesquisa

Localizado no interior do Estado da Paraíba, no agreste paraibano, a cidade de Campina Grande possui, aproximadamente, 385.213 habitantes (IBGE/2010). A cidade começou a ser povoada por volta de 1697, sendo a segunda cidade mais populosa do Estado, depois da capital João Pessoa. O município possui uma área de 970 km², situa-se a uma altitude aproximada de 560 metros acima do nível do mar, na região oriental do Planalto da Borborema.

Campina Grande destaca-se no segmento de prestação de serviços, no comércio varejista, culturas agrícolas, pecuária e por ter um arrojado parque industrial. A cidade também é considerada uma importante referência na produção de tecnologia.

Conta com 16 hospitais, nos quais estão distribuídos entre hospitais públicos, privados e filantrópicos, e conta com 93 Unidades Básica de Saúde da Família. A UBSF do bairro José Pinheiro foi fundada em setembro de 2006, no qual conta atualmente com duas equipes, ambas multidisciplinares, compostas por 2 médicos, 2 enfermeiros, 2 auxiliares de enfermagem, 12 agentes comunitários de saúde, 1 cirurgião dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 assistente social.

A referida UBSF desenvolve atividades junto aos usuários, como: palestras de diversos assuntos (escolhidos pelos próprios usuários), conta com o grupo de saúde mental, grupo de idosos, grupo de gestantes e planejamento familiar. Além da entrega de medicamentos, pré-natal, exames ginecológicos, verificação da pressão arterial e o acompanhamento da condicionalidade da Bolsa Família.

4.2 Os resultados da pesquisa

Em relação ao perfil dos usuários observou-se o predomínio de mulheres (100%) entre os sujeitos da pesquisa, evidenciando que a mulher ainda continua sendo o membro da família que mais procura pelos serviços de saúde e está mais presente nas unidades de saúde. Esses dados revelam-nos que os cuidados com a saúde estão usualmente mais associados às mulheres do que aos homens. As diferenças de papéis de gênero presentes no imaginário social colocam os cuidados com a saúde da família como próprios da mulher. Segundo Lichand et al. (2009) a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde na primeira década do século XX, mais foi na década de 1980, que o Ministério da Saúde propôs diretrizes para a humanização e qualidade no atendimento, implementando programas voltados à saúde da mulher. Neste sentido a realidade da população atendida na UBSF pesquisada está mais bem estruturada para oferecer ações voltadas para a saúde da mulher, com nítida ausência de serviços voltados para os homens. Há ainda a se considerar que os horários de funcionamento dos serviços de saúde são incompatíveis com os horários das jornadas de trabalho de grande maioria dos homens, ficando a busca por esses serviços em segundo plano, o que também justifica a baixa presença desses usuários nas unidades de saúde pesquisada. Consideramos que se faz necessário criar condições que possibilitem a presença dos homens na ESF, sobretudo considerando-se o papel da ESF como promotora de ações de promoção e prevenção da saúde e comprometido com uma abordagem da família.

A faixa etária dos sujeitos da pesquisa da UBSF pesquisada está entre os 30 e 40 anos (40,9%), mulheres que estão na fase adulta e que procuram com maior frequência a UBSF.

Trata-se de uma fase de transição, na qual as mulheres começam a entrar numa período de maior vulnerabilidade as doenças, e uma das formas de diminuir ou prevenir os agravos à saúde das mulheres é realizar as consultas de enfermagem, os exames ginecológicos para prevenção do câncer uterino e de mama, controle e prevenção das DSTs, todos realizados rotineiramente na ESF.

Quanto à escolaridade das usuárias pesquisadas, 60% responderam não ter concluído o ensino fundamental, apenas 30% respondeu ter concluído o ensino fundamental completo, o que demonstra como ainda é baixo o nível de escolaridade dos usuários daUBSF. Esses dados vêm demonstrar a falta de oportunidades destes usuários de vivenciar o processo educativo. Segundo Peres (2011), o analfabetismo no Brasil é um problema histórico, a própria escola pública, até a primeira metade do século XX, era restrita às classes privilegiadas. Ainda segundo o IBGE, no Censo realizado em 2010, a maioria da população não alfabetizada no Brasil é composta por adultos e idosos, especialmente as mulheres, os negros e afrodescendentes, os indígenas e os residentes nas áreas rurais e na região Nordeste. Neste sentido, a ESF tem papel fundamental, pois os laços criados junto às famílias e comunidade podem estimular e acompanhar a adesão das pessoas à frequência escolar, estabelecendo, inclusive, uma relação intersetorial saúde-educação, orientada nas diretrizes da Estratégia.

Com relação à situação ocupacional das usuárias pesquisadas, 60% se encontram desempregadas, e 40% declarou trabalhar na informalidade. Apesar de o desemprego ser um fenômeno que atinge de forma diferenciada os diversos segmentos da sociedade incidem diretamente sobre os grupos mais desprotegidos com maior intensidade. Esses dados revelam-nos que às mulheres mais pobres e com menos escolaridade ainda encontram dificuldades de inserção no mercado de trabalho. Mesmo com todas as conquistas realizadas na esfera social, política, econômica e cultural, as mulheres mais pobres e com menor nível de escolaridade ainda ocupam posição inferiorizada na sociedade. Outro dado revelado é a intensa presença das usuárias da ESF no trabalho informal, sem nenhuma proteção social, tais como aposentadoria, seguro-desemprego, tendência esta posta a toda classe que vive do trabalho no atual contexto de crise estrutural do capital.

Quanto à origem da renda, 90% das entrevistadas relataram ser a Bolsa Família o principal meio de sobrevivência, ou seja, a renda é inferior a um salário mínimo. O Programa Bolsa Família foi criado em 2003, com objetivo de unificar os Programas de Transferência de Renda, se configurando como um dos programas de maior envergadura do Governo Federal. Tem como objetivo combater a fome, a pobreza e as desigualdades, através do repasse de um

benefício financeiro. Um dos elementos essenciais que estruturam o Programa Bolsa Família são as condicionalidades que devem ser cumpridas pela família para que possam receber o benefício mensal. O valor do benefício é definido de acordo com a composição familiar e respectiva renda per capita, dependendo do número de filhos da família e sua respectiva faixa-etária.

No que se refere à frequência dos usuários a UBSF, 60% responderam frequentar a UBSF todos os meses. Um dos pressupostos presentes no desenho da Saúde da Família são ações preventivas e promocionais da saúde, outro fato que reforça a frequência é o compromisso que as famílias beneficiárias da Bolsa Família devem assumir e cumprir na saúde, educação. Na saúde as beneficiárias precisam estar frequentando regularmente a unidade de Saúde da Família para continuar recebendo o benefício, cumprindo a chamada agenda de saúde e de nutrição, a qual inclui a pesagem das crianças, verificação da pressão arterial, recebimento de medicação, vacinação e acompanhamento nutricional das crianças e pré-natal, entre outros.

Ao serem perguntados sobre o tipo de atendimento procurado com maior frequência na UBSF, 50% das usuárias responderam ser o atendimento do médico, e 30% respondeu ser pegar a medicação de pressão. De acordo com Merhy e Franco (1999), o atual modelo ainda predominante –biomédico/curativo -, que tem nas ações e nos saberes médicos a centralidade dos modos de fazer a assistência, operam na produção de procedimentos e não na produção do cuidado. Segundo Schimith; Lima (2004 apud MARTA et al., 2011,p.167), a pouca movimentação no Saúde da Família quando o médico não está presente confirma esses dados, o que vem a caracterizar ainda o predomínio do modelo médico hegemônico, desconsiderando o papel do restante da equipe na assistência. Segundo Aguiar; Moura (2004), essas posturas dos usuários são compreensíveis, porque a mudança do paradigma da saúde proposta através da Saúde da Família implica em mudanças de costumes e valores culturais bastantes enraizados, inclusive entre os profissionais de saúde.

Quando perguntados sobre o que entendiam por ESF, 90% responderam como sendo o bem estar-físico e o cuidado na saúde. Todas as respostas associavam a satisfação que tinham em relação ao atendimento prestado na Unidade, não compreendendo a ESF como um novo modelo de atenção à saúde. Segundo Araújo et al. (2005) a dificuldade de entender a filosofia da estratégia é compreensível pela falta de tradição no Brasil da participação dos beneficiados na elaboração e no desenvolvimento de políticas públicas. Portanto se faz necessário ampliar e promover a participação social dos usuários nos serviços, e participação

na gestão e no controle do programa. É importante criar espaços de conversa sobre a ESF com a população, assim como o desenvolvimento de ações multiprofissionais promotoras de saúde pela equipe.

Saúde da Família a gente tem sempre que cuidar né, é um atendimento ótimo né, a gente recorre sempre a eles, têm as pessoas que atendem a gente sempre, eu gosto muito do posto, do atendimento a família (ENTREVISTADA 01).

A Saúde da Família eu acho boa né, sempre tamo aqui sempre sou atendida né, sempre que venho sou atendida meus filhos também. Pra mim é muito bom (ENTREVISTADA 05).

Pra falar a verdade nada. Eu acho que é bom o atendimento, tudo aqui é bom, não tenho o que reclamar não, do atendimento das pessoas. Eu acho bom, acho muito bom (ENTREVISTADA 10).

Quanto à utilidade da ESF na comunidade 90% dos entrevistados relataram ter grande serventia na área pesquisada, devido à ampliação de acesso aos serviços básicos de saúde, revelando que o Saúde da Família tem tido influência positiva na saúde da comunidade. Destaca-se, entre os avanços, uma maior facilidade da população mais excluída do bairro no acesso aos serviços públicos de saúde, através da Saúde da Família. O fato dessas unidades se localizarem nos bairros favorece o estabelecimento de vínculos com os profissionais da estratégia, além da possibilidade de realização de visitas domiciliares, quando necessárias. Devido a ESF, ficar perto de onde moram os usuários cadastrados, tornou-se mais cômodo e mais rápido o atendimento, que é um dos princípios básicos da estratégia, que visa atender a população adscrita e com facilidade do acesso, fortalecendo-se, assim, a descentralização na prestação do serviço da atenção básica em saúde na comunidade.

A utilidade é várias, eu não sei explicar tudo né, se não tivesse seria pior. O cuidado na saúde, o atendimento que é bom (ENTREVISTADA 02).

Se não tivesse ficava pior, um bocado de coisa tá tendo serventia. Um bocado de coisa que nem sei explicar, tá tendo importância em tudo no atendimento quando chego aqui eu sou bem atendida (ENTREVISTADA 06).

Pra mim que moro aqui perto tá bom, porque é mais perto né. Na minha parte que tá eu e minha família, não sei os outros, tá tudo direitinho sou bem atendida, ele é ótimo né, porque sem ele aqui seria pior, ele ajuda muito. O que pode fazer pelo pacientes faz é ótimo demais, porque antes não tinha. Antes era atendido num posto ali no Zé Pinheiro, mais pra baixo né, ai seria como antes tudo agoniado pra ter marcação, consulta e outras coisas (ENTREVISTADA 08).

Quando perguntados se já havia sentido alguma dificuldade ao buscar atendimento na UBSF 80% responderam não encontrar nenhuma dificuldade, apenas 20% respondeu ter tido dificuldade. É preciso considerar que nosso país ainda tem uma tradição política e cultural assentada sobre a tutela, clientelismo e patrimonialismo e menos engajamento político e participação da sociedade nos assuntos que lhe afligem. As políticas sociais ainda são vista pelas classes mais pobres como um favor, e não como direito garantido na Constituição. De certa forma as pessoas ainda ficam com medo de reclamar dos serviços e serem mal atendidos.

Não. As vezes que eu vim pra mim nunca senti dificuldade, todas eu fui atendida (ENTREVISTADA 09).

Não, nenhuma dificuldade, é conversar com a menina ali, com a enfermeira que elas dão um jeito (ENTREVISTADA 04).

Não, porque pra esperar todo mundo tem que esperar né isso, e a organização a gente pode muito bem fazer primeiro, segundo, terceiro. E graças a Deus eu não vivo em posto direto, só quando precisa (ENTREVISTADA 02).

Em relação de onde advêm as dificuldades acerca do atendimento, 90% respondeu advir do poder público, que não faz investimento suficiente na Estratégia. Segundo Sousa e Hamann (2009), historicamente, o Ministério da Saúde vem financiando ações de saúde, para organizar a atenção básica à saúde, induzido a inversão da lógica vigente do financiamento neste setor. A busca de novas formas de financiamento ocorreu especialmente com o Piso da Atenção Básica (PAB), que possibilitou a transferência de recursos, diretamente aos municípios. A maior parte dos municípios utiliza, para o custeio das ações e serviços ofertados pelas unidades básicas de saúde da família, todo o recurso do PAB (fixo e variável). Isto porque os recursos transferidos através do incentivo federal não são suficientes para manter as equipes do ESF funcionando. Logo, diante dos pequenos valores repassados para a ESF, os municípios têm destinado recursos próprios adicionais. Porém, essa fonte de recursos tem se apresentado problemática porque a crise das finanças municipais cria barreiras ao gasto com saúde.

No que se refere à avaliação que fazem em relação aos serviços oferecidos na UBSF, 90% respondeu ser ótima. A maioria dos entrevistados respondeu esta satisfeita com a Saúde da Família. Os usuários entrevistados mostraram-se satisfeitos com o atendimento prestado pela equipe, destacando o melhor acesso aos serviços de saúde pela assistência oferecida na própria comunidade diariamente. Embora tenham reclamado sobre a quantidade de médicos,

para atender toda equipe, e a falta de médico em uma das equipes de saúde. Neste sentido comprova que a falta de médicos continua sendo um dos problemas da saúde pública no Brasil.

[...] Agora mesmo tamo sem médico faz é dias, tamo esperando aqui e não tem [...] (ENTREVISTADO 05).

Olhe como lhe falei a falta é que tá faltando médico na outra equipe, tá faltando enfermeira, no caso é difícil mesmo. Eu daria um oito, porque toda vez que eu venho com minha menina sou atendida, então não posso nem reclamar, estou falando por mim (ENTREVISTADO 10).

Ao final de nossas entrevistas era solicitado que o usuário comentasse sobre o que gostariam que fosse diferente na ESF do José Pinheiro. O ponto mais ressaltado pelos respondentes foi à falta de médicos na Unidade de Saúde. Soares e Gonçalves (2009) apontam que a falta de médicos na estratégia se dá devido à insatisfação e excesso de contingente, e a falta de respaldo tanto do setor secundário, para encaminhar os casos mais graves. Além das más condições de estrutura, a falta desses profissionais na ESF se dá também devido a grande concentração no setor privado, tendência de fortalecimento do modelo privatista.

Não tá tudo bom no momento, pra mim como eu venho uma vez por ano de dois em dois ano, porque faz três anos que moro aqui em Campina, faz três anos que venho aqui pra mim tá ótimo (ENTREVISTADO 02).

Eu não mudaria nada, tá muito bom pra gente. Só colocar mais médicos pra gente, pois quando chega é bem atendida (ENTREVISTADO 04).

Pra mim tá bom demais, em minha opinião podem ser mais médicos, tirando isso resto tá tudo bom (ENTREVISTADO 06).

A partir do exposto, podemos perceber que existem muitos desafios e dificuldades ainda encontradas pelos usuários da ESF, tais como na questão da prevenção e promoção da saúde, da cultura curativista, baixa escolaridade dos usuários, acessibilidade dos usuários, do não conhecimento da proposta/filosofia da estratégia, entre outros.

Mais apesar desses desafios presentes na atual conjuntura da ESF do José Pinheiro, podemos identificar que a Saúde da Família vem contribuindo minimamente na melhoria da qualidade de saúde dos usuários assistidos, os entrevistados mostraram-se satisfeitos com os serviços oferecidos. Mas ainda há um longo caminho a ser percorrido pela estratégia, para que está promova mudanças significativas no modelo de saúde vigente, e ofereça um atendimento humanizado para toda população de acordo com os princípios da universalidade.

5. Considerações Finais

Procuramos, a partir deste artigo, levantar alguns questionamentos a respeito da concepção dos usuários acerca da Saúde da Família, bem como problematizamos alguns possíveis entraves para a efetivação das políticas de saúde e principalmente da ESF.

A investigação realizada revelou-nos um elevado índice de satisfação dos usuários em relação aos serviços oferecidos na ESF. Muito embora ainda seja perceptível o foco do atendimento na figura do médico, o que revela a manutenção ao modelo de atenção centrado no médico com caráter reducionista.

Sem dúvidas que a implantação da Saúde da Família nas comunidades mais pobres tem implicado uma apreciável ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e um significativo incremento das atividades preventivas em favor dos grupos sociais que estão em risco de adoecer.

Nesse contexto, alguns desafios permeiam a ampliação e aperfeiçoamento da ESF, no qual em grande parte é comum aos enfrentados pelo próprio SUS. Dentre as dificuldades presentes no processo de consolidação da ESF, podem ser destacadas: a ação dos gestores que não compreendem a Saúde da Família como estratégia para mudança do modelo assistencial; o desconhecimento de alguns usuários sobre as atribuições dos profissionais que atuam na Saúde da Família bem como o próprio desconhecimento da proposta da ESF, a ênfase em ações curativas e no diagnóstico; as dificuldades no que se refere à prevenção e promoção da saúde; a falta de investimentos na integralidade da atenção; as precárias condições de trabalho e a insuficiência de medicação e insumos na Saúde da Família.

Apesar dos desafios encontrados e das críticas direcionadas a ESF, alguns autores como Viana e Dal Poz (1998) argumentam que a estratégia tem significado uma alavanca para organização dos sistemas locais de saúde, constituindo instrumento de mudanças do modelo assistencial ao evidenciar as fragilidades e limitações do modelo assistencial. Para estes autores fica evidente o papel da estratégia como instrumento de reorganização do sistema público de saúde.

Neste sentido, é preciso esforços para a transformação real da estratégia, e para tal é preciso articular esta proposta ao projeto de Reforma Sanitária, para que não fique confinado no "SUS para pobres". Concluimos, que a ESF é uma proposta com grande potencial para promover algumas mudanças na situação de saúde da população, mas, no entanto para tal é preciso avançar na consolidação dos seus princípios. É preciso rever a distância que separa a

sua filosofia/ concepção original do modelo que está implementado na prática, favorecendo a reprodução de antigos modelos.

Referências

AGUIAR, A. C. S.; MOURA, E. R.F. Percepção do usuário sobre a atuação da Equipe de Saúde da Família de um distrito de Caucaia-CE. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Ceará, v.17, n.4.p.116-169, 2004. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/695/2063>>. Acesso em: 23 ago.2014.

AGUIAR, D.S. A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma? 1998.125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 1998.

ARAÚJO, M. F.S.et al. O Programa de Saúde da Família (PSF) sob a ótica dos usuários nas comunidades Santa Clara e Alto do Céu em João Pessoa-PB. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**. João Pessoa, n.9.p.1-15, set.2005. Disponível em:<<http://www.cchla.ufpb.br/caos/fatimaaraujo.pdf>> Acesso em: 22 ago. 2014.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988.Brasília, DF: Senado Federal, 2014.

_____.**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo Demográfico 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de atenção básica à saúde**. Teto, credenciamento e implantação das estratégias agentes comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Brasília: SAS, 2013. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura.php>. Acesso em: 09 nov.13

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do Nasf. n. 27.Brasília,2009.

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. Brasília: Cortez, 2009.

CARNEIRO, T. S.O Saúde da Família sob a ótica dos profissionais de Campina Grande/PB acerca do programa: uma avaliação qualitativa. In: **Anais da III Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz, 2007. Disponível em:<<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoA/885b25a08686b47284e3>>. Acesso em: 24 jul. 2014.

_____, T. S.; VASCONCELOS, K.E.L. Saúde da Família em foco: uma análise da realidade de Campina Grande/PB. In: DAVI, J. ; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, M.L.

(Org.). **Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios**. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

GAZIGNATO, E. C. S.; SILVA, C. R. C. Saúde Mental na Atenção Básica: o trabalho em rede e o matriciamento em Saúde Mental na Estratégia saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.101, p.296-304, abr./jun.2014.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do conceito brasileiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1881, jun. 2006.

GONÇALVES, R.J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista brasileira de educação médica**. Rio de Janeiro, v.33, n.3, Jul./Set. 2009. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300009>>. Acesso em 12 set.2014.

GUIMARÃES, E.M.S. **Serviço Social e Saúde da Família: perspectivas de inserção e prática profissional**. 2010.152 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Curso de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. **Revista Terapia Ocupacional**. São Paulo, v.22, n.3, p.263-269, set/dez.2011.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T.M.G. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, n.1, p.50-62, 2009.

MARTA, S.N. PROGRAMA Saúde da Família sob a visão do usuário. **Salusvita**, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MERHY, E. E. ; FRANCO, T. B. **PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M.C.; SOUZA, R.G. Entre a formulação e a implementação: uma análise do programa saúde da família. In: BRAVO, M. I.S. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro: Cortez, 2009.

PERES, M.A.C. **Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste**. Sociedade e estado. Brasília, v.26 n.3 Set./Dez. 2011. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922011000300011>>. Acesso em 05 set. 2014.

RAICHELIS, R. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. Brasília: Cortez, 2009.

SANTOS, S. M. S. **Estratégia Saúde da Família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário**. 2008.141f. Dissertação (mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais)-Universidade do Estado de Minas Gerais, Fundação Educacional de Divinópolis, Divinópolis, 2008.

SCHAMALLER, V.P. V.; VASCONCELOS, V.P.V. Estratégia saúde da família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.17, n.1.p.89-118, jan./jun.2011.

SCHRER, M. D. A.; MARINO, S. R. A. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface**, São Paulo, v. 9, n.16. p.53-66, set./fev. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100005>>. Acesso em: 17 mar. 2014.

SOUSA, M. F. HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & saúde coletiva**. v.14. Rio de Janeiro, Set./Out. 2009. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>>. Acesso em 11 jun.2014.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 3. ed. São Paulo:Cortez,2006.

VIANA, A. L.; DAL, P. M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 2.p.11-48,1998.