



**O SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE CAMPINA GRANDE/PB
ACERCA DO PROGRAMA:**
uma avaliação qualitativa

Thaísa Simplício Carneiro¹

RESUMO

Neste estudo, abordamos o Saúde da Família, criado pelo Ministério da Saúde, em 1994, como estratégia para reorganização da atenção à saúde: procuramos realizar uma avaliação desta política, analisando o discurso oficial sobre as proposições do SF e ponderando as críticas formuladas por alguns estudiosos da temática acerca do mesmo. Assim, buscamos, através da pesquisa qualitativa, desvelar as avaliações que os profissionais do SF tecem sobre a implementação deste no município de Campina Grande/PB. Para coleta dos dados, lançamos mão da pesquisa documental, bibliográfica, entrevista (gravada) com roteiro semi-estruturado. Nossa amostra compreende os profissionais de nível superior das equipes básicas.

Palavras-Chave: Avaliação; Profissionais; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

In this study we approach Family Health created by the National Health Ministry in 1994 as a strategy to reorganize the health attention: we look for to carry through an evaluation of this politics analyzing the official speech on the proposals of the SF and pondering the critical ones formulated by some scholars of the thematic one concerning the same. Thus, we search, through the qualitative research, to expose the evaluations that the professionals of the SF weave on the implementation of this in the city of Campina Grande/PB. For collection of data, we launch hand of the documentary research, bibliographical, interview (recorded) with half-structuralized script. Our sample compreeende the professionals of superior level of the basic teams.

Keywords: Evaluation; Professionals; Family Health Program

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história das políticas de saúde no Brasil, percebe-se que o modelo hegemônico tem um caráter assistencial voltado para o atendimento médico, focalizado, privatista e hospitalocêntrico, no qual a saúde era entendida apenas no sentido negativo, como ausência de doença, pautado no paradigma flexneriano (MENDES, 1996).

A partir da década de 1970, em meio ao processo de redemocratização da sociedade brasileira, emerge o Movimento de Reforma Sanitária, protagonizado por trabalhadores da saúde e movimentos sociais, buscando a transformação do sistema de saúde. Sua pauta de reivindicações compreendia, segundo Bravo (2002), as demandas pela compreensão da saúde como direito de todos e dever do Estado; a universalidade,

¹Bolsista do Projeto de Iniciação Científica; estudante do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

integralidade e equidade das ações e serviços do setor; a descentralização de poder e de recursos financeiros, principalmente para as esferas estadual e municipal; e a participação popular.

Entretanto, ao mesmo tempo em que o movimento de Reforma Sanitária se organizava e tomava força no país, um outro projeto, privatista, defensor do modelo hegemônico, com ele travava fortes disputas, defendendo o aprofundamento dos traços anteriormente referidos. No contexto desta correlação de forças, observa-se que o primeiro obteve várias conquistas no âmbito jurídico, as quais foram dispostas na Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, bem como nas leis 8.080/90 e 8.142/90, que compõem a Lei Orgânica da Saúde (LOS). Partindo de tal pressuposto, a partir da Constituição Federal de 1988, as ações e serviços de saúde passam a ser providos pelo Sistema Único de Saúde.

Apesar dos avanços obtidos juridicamente, a partir da implementação do SUS, a partir dos anos 1990 o projeto privatista ganha força no cenário neoliberal. Nesse contexto, ataca frontalmente o SUS, divulgando que suas ações são ineficientes, precárias, difundindo a ideologia de que a alternativa aos problemas da saúde da população encontra-se tão somente no mercado, cabendo ao Estado apenas uma intervenção residual, voltada para os que não podem pagar pelos serviços.

No âmbito do SUS, no entanto, vêm sendo criadas estratégias no sentido da efetivação dos seus princípios e reorganização do modelo assistencial à saúde, conforme aponta o discurso oficial. Neste sentido, ganha destaque (tanto nas políticas quanto nas discussões acadêmicas) o Saúde da Família² o qual tem por finalidade, segundo o Ministério da Saúde, investir na atenção básica com ênfase na promoção e proteção da saúde³, para reorientar a assistência no setor em análise.

O programa em tela foi criado em 1994 e consolidado a partir de 1995, com a inclusão da atenção básica nas políticas prioritárias pelo Ministério da Saúde. De acordo com este órgão, o SF busca concretizar os princípios e diretrizes do SUS visando à reestruturação da atenção no referido setor, funcionando como porta de entrada aos demais serviços da Rede de Saúde, contribuindo, inclusive, para a diminuição do fluxo de usuários nos serviços de média e alta complexidade.

Para o referido Ministério, a estratégia adota o paradigma da vigilância da saúde⁴, investindo na prevenção e promoção à saúde, de modo a intervir nos fatores de

² Segundo Farias (2005), atualmente o Ministério vem substituindo o termo programa por estratégia em decorrência do caráter verticalizado, normativo e transitório que este apresenta. Neste sentido, o presente trabalho utilizará indistintamente Programa Saúde da Família (PSF) ou Saúde da Família (SF).

³ Um fato marcante sobre a necessidade de otimizar o atendimento à saúde refere-se à Declaração Alma-Ata (OMS), a qual priorizava o investimento na atenção básica em detrimento do modelo flexneriano.

⁴ A vigilância à saúde “é uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma de produção social da saúde” (MENDES, 1996: p. 243).

risco à saúde. É importante destacar que os sujeitos envolvidos neste serviço devem romper com a atenção tradicional à saúde, a qual se preocupa apenas com o indivíduo isolado, passando, agora, a intervir na família inserida na sociedade. Ou seja, busca-se entender suas condições de vida, relacionando-a ao meio social em que a mesma está inserida a fim de atuar nos determinantes da saúde da população.

Atualmente, o Saúde da Família se constitui em um dos pilares da política de saúde no Brasil, o que está expresso, como mostram Medina e Aquino (2002), na vertiginosa expansão numérica das equipes, na crescente legitimação institucional da estratégia no âmbito do SUS e no fortalecimento dos mecanismos de sustentabilidade financeira.

Apesar dos avanços obtidos com sua implementação (melhoria da cobertura assistencial, nos indicadores de saúde, diminuição de mortalidade infantil, etc.) o Saúde da Família vem sendo alvo de severas críticas. Segundo muitos pesquisadores (dentre eles, Paim e Misocsky *apud* Senna, Monnerat e Souza-2006), tal estratégia surgiu para atender às exigências do Banco Mundial e do FMI, os quais impõem a ênfase das políticas de saúde apenas na atenção básica, como forma de racionalização do sistema e redução dos custos com os serviços de média e alta complexidade. Seguindo tais diretrizes, o Estado deveria oferecer os serviços de saúde apenas às pessoas que não tivessem condições de pagar pelo consumo dos mesmos.

De acordo com tais críticos, tal proposta tende a contribuir também para o sucateamento dos demais níveis da atenção, além de estar dentro da lógica que transfere a responsabilidade pelos cuidados com a saúde à iniciativa privada. Destarte, em meio à conflituosa conjuntura na qual o ideário neoliberal reprime gradativamente o projeto democrático da saúde, emergem inquirições sobre a efetividade da implementação do PSF.

É importante atentar também para o fato de que a idéia de universalidade de acesso preconizada pelo Movimento de Reforma Sanitária é apontada também como inexistente no SF: os referidos críticos chamam atenção para o caráter focalista, seletivo e até mesmo de “cesta básica” presente no programa, uma vez que o mesmo é implantado nas comunidades com as piores condições de salubridade. Ou seja, por não expandir o serviço a toda a população, restringe o atendimento apenas às localidades que não possuem estrutura mínima para a sua qualidade de vida.

Apesar do reconhecimento dos diversos avanços obtidos com a adoção do programa em nível nacional, diversas outras críticas são direcionadas ao programa como o elevado número de famílias atendidas pela equipe; a formação acadêmica que ainda não está em consonância com o novo paradigma sanitário; a disparidade de salários que ainda privilegia o médico em relação às demais profissões; a falta de consonância com os parâmetros constitucionais, como o caso da inserção dos profissionais nas equipes que nem

sempre é mediante concurso, de modo a comprometer o trabalho. Enfim, algumas análises indicam a fragilidade do SF em cumprir seu objetivo principal, que seria o de contribuir para a reestruturação da atenção básica.

2 A IMPLEMENTAÇÃO DO SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE/PB

Diante do exposto, percebe-se que apesar do Ministério da Saúde fazer exigências para a implantação do SF nas diversas localidades do país, sua implementação, se dá de forma heterogênea. Buscando nos debruçar sobre tais questões, o *locus* de nosso estudo é a realidade de Campina Grande/PB, que possui uma trajetória de destaque no país com relação ao pioneirismo na implantação da estratégia e à qualidade da atenção à saúde prestada no município.

Inicialmente é importante destacar que o município em tela dispunha, até o início dos anos 1990, conforme aponta Guimarães (2006), de serviços de saúde resumidos à atenção ambulatorial em bairros periféricos de modo desorganizado, desarticulado dos princípios e diretrizes do SUS e sem metas a cumprir. Consistia, portanto, num modelo assistencial (curativo) cuja preocupação era com a ausência de doença (concepção negativa) em meio ao paradigma flexneriano e à prática sanitária da atenção médica⁵.

Percebia-se, portanto, que para mudar o quadro de saúde pública do município, se fazia necessária uma reorganização da atenção básica com vista à promoção e proteção dos cidadãos, pautada nos princípios do SUS. Nesse contexto, a partir de 1994 tal proposta começou a ser efetivada através da implantação do Saúde da Família, o qual significava a possibilidade de rompimento com o paradigma sanitário até então vigente.

Os passos para a mudança no modelo sanitário do município em análise se deu, contudo, de modo extremamente moroso, uma vez que a proposta inicial de implantação anual de 15 equipes (até alcançar a meta de 75 ESF) não foi colocada entre as políticas prioritárias na localidade. Tal fato se deu em decorrência das mudanças de gestores e seus respectivos compromissos na implantação e implementação do SF no município.

Dessa forma, trilhando estes (des)caminhos, até a elaboração do presente trabalho, o município dispõe de 80 equipes de SF, de modo a atender cerca de 65% da população de diversos bairros, segundo informações obtidas pela Secretaria de Saúde.

Tendo tais considerações como horizonte, nosso estudo se constitui em uma pesquisa qualitativa. Adotamos, para a coleta dos dados, além da pesquisa bibliográfica e documental, a entrevista com roteiro semi-estruturado, com uso de gravador, junto aos

⁵ Expressões utilizadas por Mendes (1996), ao comparar o novo paradigma sanitário com o modelo de atenção à saúde tradicional.

profissionais de nível superior (Enfermagem, Medicina, Serviço Social e Odontologia) das equipes básicas completas dos VI Distritos Sanitários do município.

Destarte, neste estudo, traçamos como objetivo analisar como os profissionais do Saúde da Família avaliam a implementação desta estratégia em Campina Grande/PB. Para tanto, buscamos também verificar a relação que estabelecem entre as proposições do Ministério da Saúde para o SF e a realidade de sua implementação; desvelar a compreensão dos profissionais acerca do programa; conhecer os avanços obtidos pelo PSF no município, a partir da visão desses sujeitos; bem como identificar os desafios que se colocam para a implementação do SF no município.

3 A AVALIAÇÃO DOS(AS) PROFISSIONAIS DE CAMPINA GRANDE ACERCA DO SAÚDE DA FAMÍLIA

A pesquisa em curso vem apontando a relevância de se trabalhar a avaliação do SF junto aos (às) profissionais do Saúde da Família, pelos importantes elementos que sinalizam para reflexão. Neste sentido, consideramos

a premência de se considerar que o principal foco da avaliação deve ser a reorientação para um modelo assistencial coerente com os princípios da atenção básica (...) incorporados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a ABS [Atenção Básica à Saúde]: universalidade, equidade, integralidade da assistência, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social (HARTZ, 2000, p.30).

Partindo de tal compreensão, procuramos conhecer como e se o SF está efetivamente contribuindo para a reorientação do modelo assistencial, verificando como os eixos da proposta de vigilância da saúde estão sendo tratados pelas equipes no município em tela, já que tal proposta contribuiria para a adoção de um novo paradigma.

Para sistematizar os resultados obtidos, optamos priorizar alguns itens os quais consideramos fundamentais para avaliar o SF, analisando se os eixos constitutivos da vigilância da saúde vêm sendo firmados no trabalho das equipes: a forma como a prevenção e promoção da saúde e o controle social vem sendo trabalhados pelas equipes. Ao mesmo tempo, nos voltamos para conhecer os avanços e desafios da estratégia a partir das falas dos(as) profissionais.

Nos depoimentos acerca da prevenção, os(as) profissionais colocam que esta vem sendo trabalhada pelas equipes, geralmente nos grupos populacionais prioritários (crianças menores de dois anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, etc), conforme orientação do Ministério da Saúde. Tal prática vem obtendo um grande dimensionamento no trabalho dos(as) profissionais e seu impacto sobre os indicadores de morbi-mortalidade são

tidos, inclusive, como o maior avanço obtido pelo Saúde da Família, como pôde ser observado também na pesquisa entre profissionais do SF realizada por Mendonça (2005) e Guimarães (2006).

Um segundo elemento constitutivo do paradigma sanitário de vigilância da saúde é a *promoção da saúde*, também fundamental para avaliar as modificações do modelo assistencial. Sobre este, as equipes sinalizaram uma certa sensibilização, embora de maneira ainda embrionária: as experiências de promoção da saúde, compreendida como intersectorialidade, ainda são incipientes e, na verdade, acabam por não direcionar a lógica de trabalho das equipes, fato ainda mais comprometido pela atual situação do serviço social no SF⁶. Ao mesmo tempo, a intersectorialidade é algo que não caminha bem em Campina Grande, como na maioria dos municípios do país que, diferentemente da proposta do “município saudável”, esta não é assumida enquanto política de governo local. O fato das equipes estarem situadas em comunidades periféricas, que vivenciam cotidianamente as múltiplas e cruéis expressões da questão social, requisitaria, para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença,

[...] que tenha um todo funcionando, ***uma engrenagem toda***, porque a gente só aqui [no SF] não vai dar conta. Então ***é preciso mover***, é preciso discutir políticas de ações de saúde entendendo ela perpassando pela questão da habitação, saúde, por tudo isso. Então é uma complexidade muito grande. Então ***a gente é uma mãozinha no motor, mas ele precisa rodar com todo mundo. Saúde pra mim é uma alavanca, ela mexe com tudo que você pensar***. (MENDONÇA, 2005, p.62).

Somado a todos estes elementos, como as novas equipes começado a atuar, após a realização do concurso público, sem a realização do Introdutório (considerado extremamente importante para a sensibilização dos(as) profissionais acerca do SF), é preocupante, já que é consenso entre os diversos autores as fragilidades das instituições de nível superior em relação a uma formação acadêmica que responda às demandas do SF (cf Péret, 2001; Santos, 2004) e que enfatize a vigilância da saúde como prática sanitária.

No tocante ao controle social, constatamos que, na experiência de implementação do SF no município de Campina Grande-PB, as equipes básicas de Saúde da Família têm estimulado a criação de Conselhos Comunitários de Saúde (CCS) nas

⁶ É importante historiar a situação do serviço social no SF de Campina Grande: no período de 2003 a 2005, como fruto de lutas da categoria e dos(as) profissionais do SF em nível local, o município assumira a decisão de incorporar assistentes sociais nas equipes básicas, na proporção de um profissional para duas equipes. Com as mudanças na gestão municipal, tal decisão foi secundarizada e, atualmente, a situação é de há uma média de 5 equipes sendo acompanhadas por um assistente social, enquanto que existem também diversas equipes que não contam com tal profissional. Como o(a) assistente social era um profissional que vinha contribuindo para o avanço na do SF em relação à promoção da saúde/intersectorialidade e controle social, os(as) profissionais entrevistados assinalam que a fragilidade da nova inserção compromete conquistas históricas do SF em nível local.

diversas localidades onde atuam, visando à concretização de tal princípio do SUS. Esses conselhos agregam profissionais do SF, lideranças comunitárias, moradores dos bairros, representantes das instituições locais e servem de espaço para discussões de questões relacionadas à saúde (SILVEIRA, SILVA e VASCONCELOS, 2005).

Entretanto, percebemos que para algumas equipes este não vem sendo um eixo prioritário do trabalho, embora, principalmente as equipes que atuam há mais tempo no SF e que possuem assistentes sociais em sua composição, continuam investindo na organização dos CCS. No entanto, é consenso entre os(as) profissionais entrevistadas que o controle social ainda é frágil e que sua efetivação consiste num dos grandes desafios postos ao SF de Campina Grande, como mostram também Silveira, Silva e Vasconcelos (2005).

Ao indagarmos sobre o significado do programa para o país, todos os profissionais apontaram o SF enquanto uma importante estratégia para a reorganização da assistência à saúde, a partir da atenção básica, contribuindo portanto, para a concretização dos princípios do SUS. Em termos de avanços obtidos com o SF, como nos referimos anteriormente, os sujeitos da pesquisa referiram-se, principalmente, aos indicadores de morbi-mortalidade e à diminuição das hospitalizações, mas também à humanização, à construção do vínculo, à melhoria da qualidade do atendimento, às experiências de controle social e intersetorialidade, embora estas últimas sejam ainda embrionárias.

Concomitantemente com tais avanços, diversas dificuldades e desafios se insinuam no trabalho das equipes e comprometem ou inviabilizam a concretização de alguns princípios do SUS. Assim, os(as) profissionais indicaram, da mesma forma que na pesquisa de Santos (2004), que as principais dificuldades são

a sensibilização dos gestores para com a proposta, o investimento em recursos, formação e estruturação do Sistema de Saúde com base na Atenção Primária, onde o PSF representaria a porta de entrada para o sistema, e o comprometimento dos profissionais que integram as equipes (p. 182- grifos nossos).

Entretanto, diferentemente da pesquisa referida, no que se refere ao primeiro elemento – a questão do gestor municipal – a maioria das entrevistas afirmam que o novo momento vivenciado no município acaba se configurando como um “quebra” na história do SF local, comprometedor da diferenciação e do destaque que o SF de Campina Grande tinha em nível nacional.

Ainda sobre os desafios presentes no SF do município em tela, os sujeitos entrevistados apontaram para a fragilidade do sistema de referência e contra-referência, que vem funcionando de modo precário, conforme denunciou a Associação de Profissionais do SF (APSF, 2003), dificultando a integração do SF com os demais níveis de complexidade. A falta de estrutura física, a escassez de recursos materiais, os problemas com o

abastecimento da farmácia básica também foram aspectos considerados como entrave para o trabalho das equipes (cf. APSF, 2000; APSF, 2003; Mendonça, 2005). Isso também foi constatado por Santos (op.cit) em pesquisa realizada junto a enfermeiras do SF de Campina Grande, quando se referiam ao momento da implantação da estratégia no município.

No entanto, esta dificuldade não é uma característica isolada do momento de implantação da proposta, mas um traço marcante no desenvolvimento do PSF de Campina Grande. Ao longo de quase dez anos de implantação e desenvolvimento do programa, temos visto que estas questões não foram sanadas e os profissionais ainda convivem com grandes desafios em sua prática. Desafios que ameaçam a estrutura do Saúde da Família e ferem os princípios do SUS (SANTOS, 2004, p. 169).

Apesar de todas as dificuldades e desafios ora expostas marcarem o SF desde sua implantação no município, segundo os(as) profissionais que trabalham há mais tempo no mesmo, a estratégia **agora** vivencia um grande retrocesso, em decorrência da direção que a gestão vem dando à política de saúde municipal, tendência que já vinha sendo percebida por Pequeno (2006) e Mendonça (2005). Isso nos remete a refletir que, apesar do SF vir se constituindo como *política* em nível nacional, suas configurações dependem da correlação de forças locais, ainda muito vulnerável aos (des)compromissos dos diferentes gestores.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a principal justificativa para a adoção da estratégia seja a reorganização do SUS a partir da atenção básica, os(as) profissionais evidenciam que a ampliação do acesso da população se dá apenas à atenção básica: os demais níveis continuam deficitários e a continuidade da atenção é comprometida; sem contar os outros elementos problemáticos que, conforme indicamos anteriormente, aparece como desafios e dificuldades à consecução do SF no município. Dessa forma, o atendimento com resolubilidade e boa qualidade apregoado pelo Ministério é comprometido pelas condições oferecidas aos profissionais para desempenharem seu trabalho.

Em relação aos componentes inovadores propostos pelo SF - promoção da saúde, colaboração intersetorial e participação comunitária (HARTZ, 2002) – o trabalho das equipes no município ainda está tímido nesse processo de mudanças efetivas no modelo de assistência, processo que **deveria** ser direcionado pela gestão municipal. Em outras palavras, a decisão política de concretizar o SF no município é, sem dúvida, um passo importante. Entretanto, a simples implantação/**ampliação** do programa não garante a transformação da organização dos serviços.

Para concluir, refletimos, com Mendes (1996), que para o SUS afirmar-se como espaço de saúde há que se reconstruí-lo em seus fundamentos modulares. Entretanto, este é um processo lento e sinuoso, verdadeiro palco cotidiano de uma série de embates e que para ser efetivado depende da organização da população e dos profissionais, da articulação de cada gestão municipal de saúde, sem desconsiderar, contudo, o contexto macroestrutural em que se insere o poder local.

REFERÊNCIAS

APSF (Associação dos Profissionais de Saúde da Família de Campina Grande/PB. **Relatório do II Seminário de Avaliação dos Profissionais de Saúde da Família de Campina Grande**. Setembro/2003 (mimeo).

_____. **Relatório do I Seminário de Avaliação dos Profissionais de Saúde da Família**. Setembro/2000 (mimeo).

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

BRASILEIRO, J.A. *et al.* **Serviço Social no Programa Saúde da Família de Campina Grande**: reflexões sobre o cotidiano da profissão. In: XI CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. *Anais*. Fortaleza, 2004.

BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro:UERJ, 2002.

BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M. de, GAMA, A. & MONNERAT, G. L. (orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BROTTO, M.E. **Recursos Humanos em Saúde**: estratégias em implementação no município de Niterói na visão dos assistentes sociais. Dissertação. (Mestrado em Serviço Social). PUC-RJ: Rio de Janeiro, 2000.

FARIAS, A.F.da M.R. **Vivências de sofrimento e prazer no trabalho**: a dor e a delícia de ser trabalhador do Saúde da Família em Campina Grande. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande, 2005.

GUIMARÃES, E.D. **A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande**: origem, implantação e seu papel na atenção básica à saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande, 2006.

HARTZ, Z.M.de A. Pesquisa em Avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. Revista **Divulgação em saúde para o debate** nº21. Edipro Publicações S.A: Rio de Janeiro, 2000.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDONÇA, A.M.M; SOUZA, M.F. **Dez anos do PSF em Campina Grande**: o sentir e o fazer – suas vozes. Rio de Janeiro: CEBES, 2004

NOGUEIRA, V.M.R. Avaliação e monitoramento de Políticas e Programas Sociais – revendo conceitos básicos. Revista **Katálisis**. UFSC. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. Florianópolis: Editora da EFSC – n.1 (junho 1997).

PEDUZZI et al. Avaliação de desempenho qualitativa e processual: análise de uma experiência em Unidade Básica de Saúde. Revista **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, ano XXVII, v.27, n 63, jan/abr 2003.

PÉRET, T. C. **O Programa Saúde da Família: questões e perspectivas**. A experiência desenvolvida no município de Campina Grande – 1994- 1999. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica – PUCRJ, Rio de Janeiro, 2001.

RAMOS, B.F. **Sistema de Referência e Contra-referência em Campina Grande: o comprometimento da continuidade da atenção à saúde**. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Campina Grande: UEPB, 2004.

SANTOS, Paula Fernanda Brandão Batista dos. **O enfermeiro na implantação e desenvolvimento do Programa Saúde da Família na cidade de Campina Grande – PB / à luz da história oral temática**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). João Pessoa, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2004.

SILVEIRA, S. A. S.; SILVA, M. J. M.da; VASCONCELOS, K.E.L. **Conselhos Comunitários de Saúde: espaços de ampliação da democracia participativa?** Campina Grande, 2005. Mimeografado.