

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA: SENTIDOS PRODUZIDOS POR MORADORES ACERCA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DE SANTA CATARINA - BRASIL

2012

Adriano Schlösser

Psicólogo. Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal
de Santa Catarina- Brasil.
adriano.psicologia@yahoo.com.br

Márcia Alves de Camargo Lacerda

Psicóloga
marciacamargolacerda@hotmail.com

Karen Cristine Teixeira

Psicóloga
kkmclean@hotmail.com

RESUMO

O presente artigo visa refletir sobre uma atuação da psicologia no âmbito da Estratégia Saúde da Família. A atuação teve por objetivo identificar a forma como se desenvolvem as relações entre comunidade e serviço público de saúde, a partir dos sentidos construídos por moradores de bairros de um município de Santa Catarina- Brasil. Foram realizadas observações no território de ação, entrevistas abertas com doze atores sociais que moram ou trabalham nas comunidades em foco, bem como reuniões, tanto com a equipe de saúde quanto com os moradores. Como resultados, constatou-se uma avaliação negativa referente à articulação comunitária por parte da população; desesperança frente a melhorias da saúde pública; desconfiança nas ações políticas e busca pelo assistencialismo. Não obstante, foi avaliada positivamente a atuação dos agentes de saúde, sendo estes considerados os mediadores entre os serviços de saúde e as famílias.

Palavras-chave: Psicologia, participação comunitária, estratégia saúde da família

INTRODUÇÃO

Partindo de uma concepção psicossocial de ser humano, Cardoso (2002) discorre sobre a preocupação entre os profissionais da saúde acerca destes compreenderem o ser humano como um organismo unificado, interligado e dinâmico, onde o corpo e a mente, o comportamento e emoção dos sujeitos sejam abarcados de formas interligadas. Entretanto, ainda vigora o modelo cartesiano dentro da área da saúde (Arruda, 2005), focalizando apenas a doença e negando o caráter subjetivo.

Com efeito, Arruda (2005) pondera que ser profissional da saúde não se refere somente em dominar técnicas para melhorar patologias, mas também colaborar com soluções para problemas sociais, de uma forma que configure sua identidade na comunidade, promovendo situações nas quais a pessoa possa tornar-se sujeito em seu ambiente, assim como observando situações que também o impedem de sê-lo, como pondera Lane (1996).

Neste espaço multiprofissional e com múltiplas demandas, insere-se a atuação da psicologia, buscando um perfil profissional comprometido com a escuta da família e sua comunidade, realizando ações em contexto e problematizando questões que tangem à realidade cotidiana dos sujeitos (More, Crepaldi, Queiroz, Wendt, Cardoso, 2004). A este profissional é necessário tomar conhecimento de alguns conceitos e desenvolvimentos históricos aos fins de firmar uma ação efetiva no campo da saúde comunitária.

Especificando a participação popular voltada para a área da saúde, Wendhausen (2002) argumenta que esta participação assumiu papel de destaque nas formulações da VIII^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, no sentido de construção e fortalecimento das propostas progressistas de reorientação de políticas voltadas a este setor. Nesta Conferência, foram aprovadas medidas sobre participação popular e Sistema Único de Saúde, dando surgimento aos Conselhos de Saúde, que sem dúvida representam um importante espaço de participação popular em saúde, onde representantes da sociedade civil organizada, estando em um espaço formal e legal, tem a possibilidade de definir os rumos da saúde em seus municípios (Wendhausen, 2002). Entretanto, deve-se fazer uma constante avaliação sobre as limitações enfrentadas nas deliberações nos Conselhos, haja vista a necessidade de verificar se as decisões aprovadas nas reuniões dos conselhos são postas em práticas.

Não obstante, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), viabilizado a partir de propostas do movimento social conhecido como Reforma Sanitária ocorrida na década de 70 - movimento este desenvolvido mediante o descontentamento da população para com o modelo médico assistencial privatista vigente à época e viabilizado pelo momento de transição na história política do país - foi de suma importância, considerando que este sistema passou a abarcar em

seu conteúdo conquistado para a saúde da população no território nacional (Carvalho, Martin & Junior, 2001; Oliveira e cols., 2004).

É importante ressaltar que os princípios da Reforma Sanitária levantados na VIII Conferência são os mesmos que embasam o SUS e espelham o movimento social e político da época, sendo eles: (a) participação – como controle decisório da população representada – (b) descentralização – como multiplicação de centros de poder – (c) integralidade – como prevenção e promoção da saúde de forma conjunta – (d) universalização e equidade – ambos lembrando da prerrogativa da igualdade para todos (Carvalho e cols., 2001).

Tais princípios demonstram uma modificação no entendimento do conceito de controle social. Este passou a ser entendido como um direito de todo cidadão investido na condição de co-gestor das políticas públicas ao lado do Estado, diferentemente de como o era no início do século XX, em que o Estado é que deveria controlar a população o fazendo por meio do modelo médico vigente à época, o sanitarismo-campanhista (Mendes e Caldas, 2001).

Nesta mesma perspectiva, Bertussi, Oliveira e Lima (2001), apontam que a porta de entrada ao SUS, que se dá por meio da Atenção Primária à Saúde, inicialmente estava referenciada nos postos e centros de saúde. Porém, objetivando atender aos princípios do SUS diante das mudanças operadas no sistema, foram criadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que passaram a ser centros mais equipados, capazes de atender as demandas da população adstrita de forma universal, equânime e integral. Com efeito, as UBS devem estar equipadas com uma mínima estrutura física, tecnológica e profissional capaz de atender à população em suas necessidades básicas de saúde, sob pena de sobrecarregar os serviços de atenção secundária e terciária.

Cabe esclarecer que atualmente, o Programa de Saúde da Família (PSF), implementado em 1994, é definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerando que o termo “programa” assinala para uma atividade com início, desenvolvimento e término, o que de fato não acontece, sendo que, indo ao encontro das afirmações de Andrade, Barreto e Bezerra (2006), a Estratégia de Saúde da Família é um processo inacabado, pois ele vem sendo formulado através de discussões para a consolidação da qualidade em suas ações e na respectiva integração com o resto da rede assistencial do SUS. Sendo assim, a ESF constitui-se como uma política pública de saúde, cujo objetivo é o fortalecimento do SUS, apresentando-se como ferramenta fundamental na maneira de fazer saúde, ainda centrado na doença e na execução de procedimentos (Soares e Pinto, 2008), contribuindo para a reorientação das práticas em saúde (Borges e Japur, 2005).

Dentre os membros desta equipe, está vinculado o Agente Comunitário de Saúde (ACS), responsável por estabelecer o elo que une os serviços de saúde e a população. Tal pessoa deve ser um morador da comunidade em que atua, sendo este um personagem-chave na Estratégia de Saúde da Família, uma vez que representa tanto os serviços de saúde à população, como as

necessidades de uma determinada comunidade frente aos serviços de saúde, sendo responsável, portanto, pelo estabelecimento do vínculo necessário a fim de atingir os preceitos e princípios da política de saúde, que deve proporcionar serviços efetivos com responsabilidade e comprometimento. (Queiróz & Lima, 2012; Modesto, Grillo, Próspero & Mariath, 2012; Bertussi e cols., 2001).

Com o advento da Constituição de 1988, a saúde passou a ser um direito do ser humano, sendo dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Também foi instituída a participação popular na gestão da política de saúde, sendo a descentralização, o atendimento integral e a participação comunitária, os três eixos das diretrizes do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, os conselhos de saúde são considerados como instituição que possibilita o controle social, sendo constituídos por membros da comunidade local e por profissionais das equipes da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF), tendo a função de fiscalizar, acompanhar e requerer ao Estado estratégias de melhoria dos serviços da unidade básica de saúde da sua área de abrangência, de acordo com as diretrizes da política municipal de saúde.

Ao abordarem sobre a importância da participação comunitária nos conselhos de saúde, Lacerda e Santiago (2007) levantam a importância da participação da comunidade nos referidos conselhos, ressaltando que os comunitários são os legítimos porta-vozes das necessidades locais. No tangente ao conceito de participação social, este compreende-se como uma práxis deveras complexa, sobretudo no Brasil, país em que vivemos uma história política marcada pela busca do assistencialismo. A participação social deve ser entendida, segundo Benevides (1994 apud Santiago & Lacerda, 2007) como fruto da cidadania ativa, ou seja, algo que institui o cidadão como “portador de direitos e deveres” e ativo criador de novos espaços na participação política. Ainda, segundo Baquero (2003), é necessário compreender a cultura de uma comunidade para entender os fenômenos políticos de participação social desta, então, fazer uma leitura da história política brasileira se torna de fundamental importância para a compreensão da trajetória dos atores sociais e da política.

Diante destas considerações, este artigo trata-se de uma pesquisa que tem por objetivo refletir sobre os sentidos produzidos por atores sociais em um contexto da Estratégia Saúde da Família, identificando a forma como se desenvolve as relações entre comunidade e serviço público de saúde, a partir dos sentidos construídos por moradores de bairros que compõem a área de abrangência de 03 equipes da Estratégia Saúde da Família de um município de Santa Catarina-Brasil.

MÉTODO

A presente investigação, de cunho exploratório e abordagem qualitativa, fez uso da perspectiva do construcionismo social para tal empreitada (Gergen, 1985, 1997; Shotter, 1993) uma vez que tal perspectiva analisa os sentidos que os sujeitos constroem sobre si e sobre o mundo, situadas em contextos delimitados, e mantidos por processos locais de negociação dos sentidos, sejam eles consensos ou disputas, em suas práticas cotidianas. Desta maneira, a atenção em saúde é vista como uma prática social dentro de um contexto histórico-cultural, sendo que os sentidos ali permeados são permanentemente (re) construídos pelas interações entre profissionais e comunidade, imersos em universos de significação mais amplos (Borges e Japur, 2005).

Foram entrevistados individualmente 12 (doze) atores sociais (P=12), selecionados a partir dos seguintes critérios: (a) participação e/ou cargo nas reuniões do Conselho Local de Saúde; (b) participação e/ou cargo em associações de moradores; (c) ser profissional que atue nas áreas de abrangência da ESF em questão. As entrevistas foram do tipo abertas, e tiveram como objetivos confrontar os dados obtidos na literatura, identificar quais são as principais queixas referente à saúde em suas opiniões, compreender como se dá a participação e o controle social naquele território, além de compreender como se deu a constituição do Conselho Local de Saúde. As entrevistas foram realizadas individualmente e no local em que os entrevistados tinham maior disponibilidade, sendo que muitas foram realizadas no local de domicílio dos entrevistados.

Tal estratégia propiciou momentos de conversa a respeito das experiências e expectativas dos comunitários acerca dos serviços da saúde pública em seu território. Ao final das entrevistas individuais foram marcadas três reuniões, sendo uma com a equipe de saúde e duas com os comunitários. Tais reuniões tiveram o objetivo de demonstrar os achados no campo e abrir um espaço de reflexão acerca da relação estabelecida entre os comunitários e a saúde pública, demonstrando a importância da participação e do controle social.

Após esta etapa, fazendo um contraponto das entrevistas com os referenciais teóricos, os dados de maior relevância foram subdivididos em categorias. Para a análise de dados, foi utilizada a Análise do Discurso, considerando que o objeto deste método de análise é o discurso, ou seja, preocupa-se em estudar a “língua funcionando para a produção de sentidos” (Orlandi, 1999, pg.17).

Segundo Rey (2005), os dados obtidos são semelhantes a facilitadores de ideias, que terão participação na construção de teorizações sobre o objeto a ser estudado. As categorias foram entendidas por sentidos dados pelos atores sociais, e foram separadas por: sentido dado à política, sentido dado ao serviço de saúde, e sentido dado ao cuidado em saúde.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sentido dado à Política

Transcrevendo o sentido dado à política, nos discursos dos atores sociais entrevistados pode-se perceber que há uma desqualificação da mesma e um apelo ao assistencialismo, ressaltando ações clientelistas e pouca articulação comunitária. Foi identificado um processo de desintegração social nas falas dos comunitários, pois não acreditam no poder de sua participação como agentes sociais perante o Conselho Local de Saúde. Tal constatação é levantada também por Baquero (2003) ao colocar que a falta de confiança nas organizações políticas leva os comunitários à passividade e inércia permanente, incapacitando-os de procurar soluções e organizarem-se em associações que representem seus interesses sociais frente ao Estado.

“(...) é tudo papel, tudo que tá no papel é lindo, mas é só no papel” (P9)

“é tudo assim (...), não tem jeito, a coisa funciona assim” (P1)

“(...) eles não tem interesse por esse tipo de coisa, poucas pessoas tem, eles querem saber de chegar lá a ter a prioridade deles, ter os direitos deles, o médico disponível na hora deles, mas participar assim no conjunto, a comunidade vai em busca daquilo, é bem poucos...” (P5)

A desconfiança nas ações políticas dão sentido às ações das pessoas na comunidade, mesmo daqueles que procuram formar associações ou mobilizar a participação de mais pessoas. Ao se referirem a como era a participação da comunidade nas reuniões do Conselho Local, foram feitas colocações que demonstram a desvalorização das práticas democráticas e um afastamento do convívio social, o qual que seria capaz de formar o capital social. (Baquero, 2003).

Tal como encontrado em Wendhausen (2002), percebeu-se que há uma confusão em torno dos conceitos e significados de “Estado” e “povo”. Os Conselhos Locais, por serem entidades avalizadas pelo Estado, são confundidos com estes gerando desconfiança e fragmentação entre o “eles”, como Estado e a política, e o “nós”, comunitários.

Apesar do reconhecimento da relevância da participação comunitária nas instituições democráticas para a produção do capital social, percebe-se nos discursos que poucas ações estão

sendo realizadas neste sentido, mesmo porque os comunitários desconhecem como motivar a participação social (Baquero, 2003). Falam que a divulgação que fazem por meio de convites pessoais e panfletos têm sido insuficientes e que as ações precisam ser divulgadas de uma forma mais abrangente, demonstrando que a falta de divulgação transcreve mais um sentido dado à política.

“Aqui em casa agora tem mais gente do que costumava aparecer lá, o povo não quer participar, porque acha que não vai adiantar nada.” (P2)

“Eu sou o povo, eu nunca que iria perder meu tempo nessas reuniões, eu sei que não serve pra nada.” (P4)

Outro fator que implica na falta de participação democrática da comunidade é o avanço da comunicação tecnológica junto com o crescimento da exclusão social. Tal fato resulta em individualismo, pois os sujeitos passam a relacionar-se por meios eletrônicos perdendo o contato com a comunidade da qual fazem parte (Hirst, 2002, apud Baquero, 2003).

Sentido dado ao Serviço de Saúde

Para Ayres (2004), a percepção de que vivemos um momento crítico na saúde, já faz parte do senso comum neste campo, pois é comum ouvirmos falar em crise da saúde pública. Porém, segundo o autor, em meio a esta crise pode-se ver oportunidades como: o SUS ganhando novo ímpeto com as propostas das ESFs, a atenção primária recuperando seu prestígio, discussões de quadros como da vulnerabilidade, bem como a promoção de saúde.

No que tange às oportunidades da ESF, vale ressaltar a importância dada a este por alguns entrevistados. Para um dos protagonistas, o trabalho dos agentes de saúde é bom, pois os profissionais vão até as casas ver como estão as famílias, medem a pressão arterial e marcam consultas médicas. Para outro protagonista, os agentes de saúde fazem a intermediação entre o serviço do posto de saúde e as famílias, idéia esta condizente com Strauss (2006). Segundo este, a atuação do agente comunitário de saúde vem a ser um elo entre o SUS e a população, uma vez que aquele seja morador da comunidade em que atua, liga a equipe à comunidade, por meio da comunicação.

“ Os agentes de saúde são nossa voz, pois vão nas nossas casas e levam nossas sugestões pro postinho, isso é muito bom (...)” (P3)

“As pessoas que trabalham na unidade, eles são muito respeitosos, e tentam ajudar a família da gente em casa, medem a pressão, marcam consultas e tudo mais. É bom este acolhimento, este cuidado né (...)” (P11)

De acordo com alguns colaboradores da pesquisa, há alguns problemas no atendimento à saúde, como a demanda por consultas médicas e exames. Em conversa com um dos protagonistas, este comentou seu descontentamento com o atendimento dado a seu filho, quando procurado o serviço público de saúde, pois afirma que consultou dois médicos diferentes, e estes receitaram remédios que não fizeram efeito.

“Levei meu filho doente. É meu filho, quem quer ver um filho doente? Ai eu chego lá, o doutor me atende em 5 minutos, dá uma receita que não resolve. Vou em outro, e dá diferente, e não resolve nada também. Muito remédio, e nada de melhora, e como a gente fica? Nem dá pra reclamar nossos direitos, senão nos olham de cara feia.” (P6)

Tal afirmativa diverge do conceito de direito à saúde, enfatizado como “conquista social”, cujo pleno exercício implica garantir, entre outros pontos, “a participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde” (Brasil, 1986 apud Guizardi et al, 2004”).

Sentido dado ao Cuidado em Saúde

Analisando o sentido dado ao cuidado em saúde, Ayres (2004) reflete sobre tal tema atribuindo-lhe, não apenas como característica a utilização de procedimentos e técnicas, as quais focam a doença, mas de forma mais abrangente, sob a perspectiva de uma ampliação desta terminologia, inclui também a percepção dos saberes e práticas que permeiam a vida do indivíduo que procura os cuidados para com a saúde. Com efeito, nenhum fator é capaz de tirar do sujeito a palavra final sobre suas necessidades.

Logo, é necessário não apenas tecnologias aplicadas como mecanismo para chegar-se ao bem estar de cada pessoa, mas também levar em consideração as dimensões ontológico-existenciais de cada ser humano. É preciso que o cuidado em saúde considere e participe da construção de seus projetos de vida, para que então se possa dar uma melhor assistência à pessoa que pede ajuda (Ayres, 2004).

Ao se analisar as entrevistas, observou-se que a falta de cuidado com as dimensões de vida de cada pessoa não são levadas em conta. Uma das entrevistadas relata que não acreditar em médicos, principalmente os da saúde pública, pois, além de demorarem muito a atender, apenas receitam medicamentos e pedem exames sem mostrarem reais preocupações para com o sujeito que estão atendendo.

“Não acredito em médicos, muito menos do “postinho”. É muito complicado e demorado para ser atendido, sendo que, além disso, eles só receitam medicamentos. Por isso prefiro as receitas caseiras, chá e outras coisas que possa fazer para não ir a médicos.” (P 12)

Quando se fala em tratamento, o cuidado com as singularidades de cada sujeito é muito importante, pois o profissional precisa ajudar o sujeito para livrá-lo de seu sofrimento. Um dos entrevistados relata que em uma ocasião em que foi atendido, a médica do “posto de saúde” espantou-se com sua tosse, assumindo um comportamento repulsivo.

“(…) Disse ter chegado lá com uma tosse, e questionado pela médica se tinha tosse, resolveu tossir para que a médica ouvisse, ao que a médica, segundo ele “espantou-se” e até afastou-se aparentando estar com medo”. (P8)

Observa-se, na atualidade, várias situações problemáticas para uma melhor assistência à saúde do país (financeiramente, politicamente e eticamente), o que influencia diretamente na qualidade da prestação de serviços, pois, para que esta realmente se desenvolva, impera-se a utilização de diversos mecanismos, tais como o emprego de tecnologias, saberes, recursos financeiros, etc (Deslandes & Ayres, 2005). Além destes, também são necessárias qualidades consideradas fundamentais para a humanização de políticas de saúde, como ir ao encontro de quem sofre, sejam eles indivíduos ou populações, e também daqueles que buscam aliviar este sofrimento, sejam eles profissionais da saúde, gestores ou técnicos, visando haver uma conjunção de interesses que reflitam num bem comum entre prestadores de serviços e utilizadores destes serviços (Deslandes & Ayres, 2005).

É fundamental a criação e o desenvolvimento de propostas que destaquem o respeito à diferença, a valorização do protagonismo dos sujeitos (profissionais e pacientes), a centralidade do diálogo (Deslandes & Ayres, 2005), bem como os saberes e práticas que cada indivíduo possui, valendo-se também delas para o aprimoramento de estratégias, cuja função central é fazer com que a população perceba-se como agente ativo em seu processo saúde/doença. Fazendo isso, reafirma-se a proposta do que foi discutido na VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual foi

ênfatisado que o direito à saúde é uma "conquista social", cujo pleno exercício implica garantir, entre outros pontos, "a participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde" (Brasil, 1986, p. 5).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a história política no Brasil, em especial após a Constituição Federal de 88 e a redemocratização, percebe-se, conforme Baquero (2003) um "caráter híbrido". Ao mesmo tempo em que há um favorecimento da democracia, não há participação social e associações na comunidade capazes de exercer o controle social e co-gerir o Estado.

A democracia no país sofre as conseqüências do momento político em que foi implantada, no qual o neoliberalismo preocupado com o desenvolvimento estatal incentivou o livre mercado, vinculando a coordenação social à produção econômica, fato que fragmentou ainda mais as desigualdades sociais, enfraquecendo o Estado que não criou meios que permitissem aos cidadãos articularem um espaço comunitário eficiente. Tal processo resulta no fracasso da democracia, do capital e do controle social, aumentando a desintegração e fixando a exclusão social.

A desconfiança nas ações políticas desvalorizam as práticas democráticas, causando um afastamento do convívio social que seria capaz de fomentar o capital social. Além da desconfiança da comunidade para com o Estado e do enfraquecimento da ação comunitária por conta da falta de conhecimento, a história política no Brasil não conseguiu reverter seus "padrões tradicionais de autoritarismo e práticas populistas" (Baquero, 2003. p. 88). Tais práticas fazem parte da cultura política brasileira e conceitos como clientelismo e assistencialismo estão na base das práticas políticas.

Cabe ressaltar que ações que visem a criação de instituições democráticas não geram por si só o controle social, pois sem a participação democrática da população, as instituições tornam-se meios para práticas autoritárias e de corrupção de seus criadores (Krishna, 2002, apud Baquero, 2003). A participação se caracteriza pela organização e pelo acesso às decisões, e, como efeito desta, surge o controle social.

Resguardada pelo direito de participação, a população adquire condição de sujeito da política de saúde, agente que a determina. Segundo Guizardi (2004) o controle é apresentado como um de seus aspectos: ela vai da organização ao controle, passando pela gestão, não apenas das ações (o que poderia ser lido como diretrizes programáticas), mas também dos serviços de saúde, nos quais o direito e a política pública a ele relativa ganham materialidade (Brasil, 1986).

Logo, faz-se necessário, para um real processo democrático, a participação popular como co-gestor das ações públicas, visando o bem comunitário. Para tal empreitada, o respeito pela dignidade humana, a valorização do saber popular, o cumprimento das políticas públicas, a conscientização crítica e o cuidado para com a vida humana devem ser considerados pontos centrais para o desenvolvimento e manutenção das políticas públicas, principalmente as voltadas para a saúde, direito de todos e dever do Estado, conforme preconiza o art. 196 da Constituição Federal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. (2004). *Programa Saúde da Família – PSF*. Brasília, DF.
- Baquero, Marcello (2003). Construindo Uma Outra Sociedade: O Capital Social Na Estruturação De Uma Cultura Política Participativa No Brasil. *Rev. Sociologia Política*, 21, 83-108.
- Bertussi, D. C; Oliveira, M. S. M.; Lima, J. V. C. (2001). A Unidade de Saúde Básica no Contexto do Sistema de Saúde. In: ANDRADE, S. M. et al. (org.) *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL.
- Camargo-Borges C, Japur M. (2005). Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa Saúde da Família. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 9(18):507-519.
- Carvalho, B. G.; Martin, G. B. Junior, L.C. (2001). A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. et al. (org.) *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL.
- Costa, Liana Fortunato et al . (2008). O desafio da supervisão e pesquisa-ação em casos de abuso sexual: os professores e suas questões. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18 (40).
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *Am. Psychol.*, 40, 266-75.
- Queiróz, A. A. L., & Lima, L. P. (2012). A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde, *Revista Trabalho, educação e saúde*, 10(2), 257-281.
- Lacerda, William Almeida de; Santiago, Idalina Maria Freitas Lima (2007). A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. *Revista Katálysis*, 10 (2), 197-205.
- Mendes, Heloisa Wey Berti; Caldas, Antonia Luiz Júnior. (2001). Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9(3), 20-6.

Modesto, M. dos S. A, Grillo, L. P., Próspero, E. N. S., Mariath, A. B. (2012). Avaliação de curso técnico de agente comunitário de saúde sob a ótica dos egressos. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 10 (3), 387-406.

Rey, F. G. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: Os processos de construção da informação*. São Paulo: Thomson.

Spink, M.J., & Lima, H. (1999). Rigor e visibilidade: A explicitação dos passos da interpretação. In M.J. Spink (Ed.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano – Aproximações teóricas e metodológicas* (PP.93-123). São Paulo, SP: Cortez

Shotter, J. *Conversational realities: constructing life through language*. London: Sage publications

Strauss, Luis Renato (2006). *Entendendo o SUS*. Ministério da Saúde.

Oliveira, I. F.d e (et al.) (2004). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*, 9 , 71-89.

Oliveira, Suenny Fonseca de; Albuquerque, Francisco José Batista de. (2008). Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicologia e Sociedade*, 20 (2), 1-12.

Orlandi, E. P.(1999). *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. Campinas, SP: Pontes.

Wendhausen, Águeda. (2002). *O duplo sentido do controle social: (dês) caminhos da participação em saúde*. Itajaí: Ed. UNIVALI.