

## As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família

The social representations of workers regarding the Family Health Program

Helena Eri Shimizu <sup>1</sup>  
Leonardo da Silva Reis <sup>1</sup>

**Abstract** *The scope of this study is to analyze the social representations of workers regarding the Family Healthcare Program (FHP) to check its potential and limitations in order to change the healthcare model. Data were obtained through semi-structured interviews with eighteen health workers and by observing the working process of the teams of the Healthy Family Program (HFP) of five Regional Administrations in the Federal District. The data obtained from the interviews were analyzed using ALCESTE software, which generated two main trends. The first is related to social representations of the FHP, composed of several classes: the first class deals with FHP as a strategy to change the healthcare model; the second class refers to the difficulties of infrastructure, and the fifth class deals with family interaction based on medical practice. The second trend deals with daily practices of the HFP, composed of a third class, namely the actions developed by the HFP, and a fourth class that demonstrates the forms of organization and division of labor.*  
**Key words** *Family health, Primary healthcare, Healthcare model, Family medicine*

**Resumo** *O estudo tem como objetivo analisar as representações dos trabalhadores acerca do Programa Saúde da Família (PSF), a fim de verificar as potencialidades e as limitações para a mudança do modelo de atenção à saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas com dezoito trabalhadores da área da saúde e observação do processo de trabalho das equipes do Programa Família Saudáveis de cinco Regionais Administrativas do Distrito Federal. As entrevistas analisadas com o software Alceste evidenciaram dois eixos temáticos. O primeiro deles foi o das representações sociais do PSF, composto pelas classes um – o PSF como estratégia para a mudança do modelo de atenção –, dois – dificuldades de infra-estrutura – e cinco – a interação com a família baseada na prática da medicalização. O segundo eixo temático foi: as práticas cotidianas do PSF, composto pela classe três – as ações desenvolvidas pelo PSF –, e pela classe quatro – os modos de organização e de divisão do trabalho no PSF.*  
**Palavras-chave** *Saúde da Família, Atenção primária, Modelo de atenção, Medicina familiar*

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. 70910-000 Brasília DF. shimizu@unb.br

## Introdução

Na década de 1980, iniciaram-se as mais importantes mudanças no sistema público de saúde brasileiro, que se apresentava profundamente excludente, baseado num modelo médico-assistencial privatista e eminentemente centrado no hospital.

A partir da Constituição Federal de 1988, foram introduzidas significativas inovações no sistema de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), alterando-se o foco das ações de saúde, que já não se limitam ao combate da doença e seus agravos, mas passam a privilegiar, igualmente, a promoção e prevenção da saúde. Buscava-se um modelo de saúde que, além de outras garantias, formatasse um sistema universal, integral e descentralizado<sup>1,2</sup>.

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, principalmente a partir dos resultados positivos obtidos com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), propunha um novo eixo estruturante, para a reorientação do modelo, sobretudo a reorganização e a articulação da Atenção Básica com os demais níveis de complexidade assistencial do sistema de saúde<sup>3</sup>.

A família é o foco da atenção à saúde e busca atender a uma população adstrita a um território socioeconômico com especificidades no que tange à saúde e à qualidade de vida. As unidades do PSF são compostas por uma equipe mínima (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde) responsável por ações preventivas, curativas, promocionais e de reabilitação da saúde<sup>3</sup>. Enfatiza-se o planejamento local participativo como ação reguladora da resolutividade, eficiência e eficácia do serviço de atenção primária à saúde, instrumentalizado pelo Sistema de Informação à Saúde (SIAB), com atualização rápida e contínua.

Com esse modelo de atenção à saúde das famílias, almeja-se uma nova forma de organização do trabalho, pautada no vínculo, na humanização, no acolhimento e na parceria com outras instituições e outros setores. Contudo, sabe-se que se constitui grande desafio trabalhar com essas dimensões para atender às necessidades das famílias. Isso demanda o desempenho de novas práticas, sobretudo aquelas que enfatizam as ações de prevenção e de promoção da saúde, e as de gestão, que favoreçam maior participação, tanto dos trabalhadores como dos usuários.

No Distrito Federal o PSF foi implantado em 1997. Inicialmente recebeu a denominação de

Programa Saúde em Casa (PSC – 1997-1999), posteriormente, Programa Saúde da Família (PSF – 2000-2003), e, desde 2004, é chamado de Programa Família Saudável (PFS). Nestes dez anos, desde a implantação do Programa, observaram-se momentos de avanços e de retrocessos<sup>4</sup>. Destes últimos, são relevantes as interrupções da atenção às famílias pelo Programa devido a interferências políticas e à fragilidade na forma de contratação de pessoal. Dentre os avanços pode-se destacar a maior proximidade dos serviços básicos de saúde, principalmente à população mais carente, a qual tem sido considerada como prioridade para a implantação das equipes de PSF. Houve também descongestionamento dos grandes hospitais, que atendiam grande número de problemas de saúde de menor gravidade.

A despeito de alguns avanços, para verificar se o PSF no DF está efetivamente contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população e para a reorganização dos demais níveis de complexidade assistencial do sistema de saúde<sup>3</sup>, a partir da Atenção Básica, especialmente do PSF, é necessário analisar se está ocorrendo mudança no modelo de atenção.

Atualmente, há várias definições de modelo de atenção, entre elas podemos destacar a apresentada por Paim<sup>5</sup>, que a define como **combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas**

Nessa perspectiva, a mudança no modelo de Atenção Básica<sup>6</sup>, que ainda sofre influências do modelo tradicional hegemônico, requer a redefinição do objeto, meios e instrumentos e da finalidade<sup>6,7</sup>, o que demanda análise dos saberes e tecnologias, das relações estabelecidas entre os sujeitos, profissionais e trabalhadores da saúde, e a população usuária do sistema<sup>8,9</sup>.

Assim, a análise da mudança no modelo de atenção, em nível micro, pode ser verificada por meio de alterações no processo de trabalho, ou seja, nas práticas desenvolvidas e no modo como os trabalhadores as desempenham no cotidiano.

Desta feita, este estudo tem como objetivo analisar o conteúdo das representações sociais dos trabalhadores sobre o PFS, buscando identificar o processo de trabalho, as práticas cotidianas desenvolvidas, a fim de verificar as potencialidades e as fragilidades para promover mudanças no modelo de atenção.

## Metodologia

Trata-se de um estudo que se pauta na teoria das Representações Sociais, entendidas como processos de construção, de reapropriação da realidade pelos sujeitos sociais<sup>10</sup>. É uma forma de conhecimento do senso comum, coletivamente elaboradas e partilhadas, com a finalidade de construir e interpretar a realidade<sup>11</sup>. Constituem uma síntese entre cognição, afeto e ação.

Nessa perspectiva, as representações sociais e as práticas são entendidas como componentes de uma dada situação social, e as práticas sociais são concebidas como sistemas complexos de ação, ou seja, como conjuntos de condutas definidas pelos e para os grupos<sup>12</sup>. A referência básica é a ação, o agir dos grupos, que comporta dois componentes, a vivência e a cognição.

O estudo foi realizado com equipes do Programa Família Saudável do Distrito Federal. Das dezenove Regionais Administrativas (RA) do Distrito Federal, escolheram-se cinco equipes (Planaltina, Paranoá, Sobradinho, Núcleo Bandeirante e Ceilândia) que obedeceram ao critério de inclusão: estar completa (um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde) há no mínimo três meses.

A primeira etapa da coleta de dados consistiu na realização de entrevistas semi-estruturadas com dezoito sujeitos (quatro médicos, quatro enfermeiros, cinco auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde), que aceitaram participar do estudo. Nas entrevistas solicitava-se que eles falassem livremente acerca do trabalho realizado no cotidiano do PSF: o que costumavam fazer diariamente, semanalmente, mensalmente e esporadicamente; a relação do seu trabalho com o dos outros profissionais da equipe; como se organizavam para realizar as atividades, se haviam feito algum curso de capacitação durante o período em que estavam trabalhando no PSF; se existe alguma forma de acompanhamento e supervisão do trabalho; e, a percepção do profissional acerca do Programa.

Na segunda etapa da coleta de dados foi realizada a observação do processo de trabalho, do que cada profissional fazia efetivamente no dia-a-dia de trabalho. Utilizou-se um roteiro semi-estruturado que contemplava as seguintes ações: atividades desenvolvidas, forma de interação com o usuário, forma de interação entre os profissionais, condições de trabalho. Cada equipe foi observada durante dezesseis horas, totalizando 80

horas de observação. Cabe ressaltar que aqui o propósito principal foi complementar a compreensão das representações dos trabalhadores acerca do processo de trabalho que desenvolvem.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e todos os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme recomenda a Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde.

A análise das entrevistas foi realizada pelo software Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto (Alceste) versão 4.9. Esse software realiza análise lexical quantitativa, tendo a palavra como unidade, considerando-as nos seus respectivos contextos de ocorrência. Permite colocar em evidência aglomerados de palavras que têm por referência um mesmo núcleo de sentido para um determinado grupo social<sup>12</sup>. Em outras palavras, realiza o que se denomina classificação hierárquica descendente, que possibilita a construção de um discurso consensual, por meio do uso da relação entre as palavras<sup>13</sup>, as frequências em que aparecem e suas associações em classes de palavras (cálculo do Khi<sup>2</sup>).

## Resultados e discussão

O ALCESTE identificou dezoito Unidades de Contexto Inicial (UCI), que corresponde ao número total de entrevistas. O corpus foi dividido em 681 Unidades de Contexto Elementares, constituindo 100% do material, e classificou 524 UCE, que representa 76,95% do material submetido a análise.

Conforme demonstrado na Figura 1, foram obtidas dos discursos cinco classes. O primeiro eixo denominado potencialidades e fragilidades do PSF é constituído por: classe um, que contém 24% das palavras analisadas, que trata da crença no PSF estratégia para mudança no modelo de atenção; classe dois, com 13% das palavras analisadas, fala das dificuldades de infra-estrutura para trabalhar com novo modelo de atenção; e classe cinco, com 35% das palavras analisadas, trata da interação com a família baseada na prática da medicalização. O segundo eixo, denominado práticas cotidianas do PSF, é constituído pelas classes três, com 13% das palavras analisadas, que trata das ações desenvolvidas pelo PSF, e classe quatro, que contém 15% das palavras analisadas e demonstra os modos de organização e divisão do trabalho no PSF.



Figura 1. Dendograma com as representações e as práticas dos trabalhadores acerca do PSF.

**Primeiro eixo – as potencialidades e as fragilidades do PSF**

**Classe um – PSF estratégia para mudança do modelo de atenção**

Esta classe mostra as representações dos trabalhadores do Programa Saúde da Família no DF como uma importante estratégia para mudança do modelo, a partir da Atenção Básica, conforme os princípios do SUS, que propõem

uma nova forma de atuação das unidades básicas de saúde. Acrescente-se ainda que existe a confiança de que o PSF, que incorpora práticas curativas, preventivas e promocionais, pode ajudar na organização de um sistema articulado e hierarquizado.

Essas representações evidenciam que o PSF é tomado como proposta estruturante para a Atenção Básica conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, contudo, percebem que o seu de-

envolvimento no DF tem sido prejudicado devido a muitas limitações para sua operacionalização, sobretudo a falta de uma política pública que garanta a sua continuidade. Diversos municípios também vivenciam esse mesmo tipo de dificuldade, que requer, para a mudança do modelo de atenção, o efetivo comprometimento ético e político dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários<sup>14-16</sup>.

Reitera-se que, embora o PSF seja uma estratégia nacional, em nível local funciona precariamente devido à falta de investimento como política para conversão do modelo de atenção, pois é tomado ora como mais um programa, ora como um serviço de primeiro nível de atenção<sup>16-18</sup>. Todavia, esse aspecto não é percebido com clareza pelos trabalhadores que acreditam que a sua regularidade depende da maior conscientização da relevância do programa tanto dos trabalhadores como da população, o que revela conhecimento fragmentado dos objetivos e princípios do PSF.

#### **Classe dois – dificuldades de infraestrutura**

A classe dois demonstra as representações dos sujeitos relacionadas com as dificuldades de infraestrutura das equipes para a operacionalização do PSF como a insuficiência das capacitações. A maioria realizou apenas o curso introdutório, pois os demais têm curta duração e tratam de temas pontuais. Cabe ressaltar ainda que, devido à falta de pessoal, muitos trabalhadores não conseguem sair de suas unidades para realizar esses cursos. Entretanto, na percepção deles, deveria haver mais investimento, pois os cursos de capacitação ajudam a conhecer as competências específicas de cada profissional, além de promover maior interação e troca de conhecimento entre os profissionais.

Há muito se sabe que a capacitação dos trabalhadores é de fundamental importância, pois a maioria deles não teve oportunidades anteriores para o desenvolvimento de competências e de habilidades complexas e diversificadas exigidas pelo processo de trabalho: cuidar das famílias em seu território, apontando para a necessidade dos serviços, investir em educação permanente em serviço para a mudança nas práticas.

Merhy<sup>19</sup>, ao se posicionar sobre a educação permanente em saúde, afirma que a promoção de cursos compensatórios com o objetivo de sanar a falta de competência dos trabalhadores e, conseqüentemente, obter maior eficácia das ações de saúde, não produz o efeito desejado na aten-

ção à saúde. Dessa forma, ressalta a necessidade de se repensar as estratégias de educação permanente no PSF, com a adoção de ações baseadas em recursos pedagógicos que contemplem o profissional como agente importante de transformação da situação de saúde de uma localidade.

Ainda no que tange à falta de infra-estrutura, os trabalhadores falam que faltam materiais e equipamentos para o desenvolvimento das atividades, principalmente veículos para locomoção dentro dos espaços da comunidade. Trata-se de um problema comum vivenciado pelas equipes de PSF<sup>20</sup>, o que denota falta de investimento na Atenção Básica, que historicamente foi considerada atenção simplificada e para os pobres. É necessário maior investimento para se obter maior resolutividade, sobretudo em meios/instrumentos para propiciar o desenvolvimento de atividades fora das unidades, e para favorecer maior proximidade e conhecimento das necessidades dos moradores das áreas adscritas.

#### **Classe cinco – interação com as famílias e comunidade baseada na prática da medicalização**

A classe cinco retrata como ocorre a interação dos trabalhadores com as famílias e a comunidade. Ao adentrarem as casas, eles se deparam com diferentes tipos de pessoas, com inúmeras e variadas demandas. Com alguns a relação é mais fácil, facilita a construção de vínculos, já outros são mais resistentes para abrir seu espaço privado. A proximidade dos trabalhadores das famílias tem sido considerada a prática mais inovadora proporcionada pelo PSF, que, se por um lado favorece a formação de vínculo entre trabalhador-família, por outro pode significar uma invasão do Estado, que pode cercear a privacidade e liberdade<sup>15</sup>.

Há que se ressaltar que foi evidenciado nesta classe que a relação trabalhador-usuário é bastante centrada no cuidado baseado no tratamento medicamentoso. Nesse sentido, os trabalhadores demonstraram que existe a expectativa das famílias de que na visita domiciliar façam a provisão, orientação e o controle do tratamento medicamentoso.

Verifica-se que o grande problema atual enfrentado pelo PSF é o processo de trabalho médico-centrado que opera na produção do cuidado e da cura. Urge a necessidade de modificar esse tipo de prática, que requer a reorganização do trabalho do médico e dos outros trabalhadores, no que diz respeito aos processos decisórios

que ocorrem no ato mesmo da produção em saúde<sup>15</sup>.

Da classe cinco, depreende-se também que existe dificuldade de se trabalhar com ações de educação em saúde com as famílias devido à dificuldade de mudarem hábitos de vida bastante arraigados, conseqüentemente os distúrbios originários da falta de um modo de vida mais saudável passam a ser tratados com medicação. Existem algumas ações do PSF junto à comunidade para trabalhar essas questões, principalmente nos espaços das escolas e nos mutirões de saúde.

Em relação às práticas de educação em saúde, diversos estudos têm mostrado que elas estão ancoradas na concepção tradicional de ação pedagógica, na qual o profissional portador de saber se relaciona com um usuário desprovido de qualquer saber. Essa relação, engessada pela hierarquia, não parece contribuir para a mudança das práticas de saúde pelos usuários, demonstrando a importância de se reconhecer o seu saber para trabalhar de forma dialógica, o que favorece a emergência de sentidos significativos<sup>21,22</sup>.

#### **Segundo eixo – as práticas cotidianas do PSF**

##### **Classe três – as ações desenvolvidas pelo PSF**

Na classe três se mostram mais especificamente as ações desenvolvidas no dia-a-dia dos serviços. Nos depoimentos e nas observações realizadas nas diferentes unidades verificou-se que as ações feitas nelas são muito semelhantes. Geralmente são realizadas consultas de clínica médica, pelo médico, que são muito centradas na queixa dos pacientes. Existe também atendimento a grupos que utilizam os protocolos do Ministério da Saúde: Hipertensos, Diabéticos, Gestantes e Crianças de zero a cinco anos.

Além dessas ações, são realizadas visitas domiciliares, algumas atividades com a comunidade, palestras educativas em escolas, mutirões de saúde, campanhas de vacinação e atendimento clínico in loco com distribuição de medicamento.

Quanto ao modo de organização das práticas cotidianas, verifica-se que as unidades seguem predominantemente o modelo de ações programáticas e de pronto-atendimento individual da demanda espontânea. Esse modelo compartimentalizado de organização, com execução das atividades programadas, sem um planejamento coletivo das necessidades de acordo com as necessidades da população adscrita, dificulta a mudança no modelo de atenção<sup>14</sup>.

##### **Classe quatro – modo de organização de divisão do trabalho**

Por fim, a classe quatro retrata o modo de organização e divisão do trabalho entre os trabalhadores na unidade, especialmente o que cada profissional desenvolve no dia-a-dia.

Os trabalhadores expressaram que o processo de trabalho é bastante complexo, requer divisão de tarefas, porque envolve a execução de diversas atividades. A complexificação do processo de trabalho no PSF exige sofisticada síntese de diferentes saberes e articulação das ações de diversos níveis de complexidade.

Conforme afirmado anteriormente, observou-se que grande parte das atividades tem como centralidade o atendimento clínico individual: geralmente os médicos e os enfermeiros se ocupam das consultas, e os auxiliares de enfermagem preparam os pacientes para esse atendimento, que consiste em pesar, medir a pressão arterial, verificar glicemia, entre outros.

Os atendimentos aos grupos (Hipertensão, Diabéticos, Gestantes e Crianças), que são compostos por reuniões e palestras, são feitos em equipe, envolvem o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Vale ressaltar, entretanto, que o auxiliar de enfermagem e o enfermeiro são os mais envolvidos com essa atividade.

As visitas domiciliares são realizadas mais frequentemente pelo ACS, e eventualmente pelo enfermeiro, quando os usuários apresentam problemas de saúde mais complexos. Ressalta-se que é uma norma do serviço o médico e a enfermeira visitarem cada família no mínimo uma vez por mês.

São escassos os momentos para articulação e integração das ações, pois cada profissional desenvolve as suas isoladamente. Observa-se que é necessário um planejamento mais flexível, em equipe, em virtude da imprevisibilidade da demanda, e do tipo de ações essenciais. Para tanto, são necessárias a articulação e a integração das ações, por meio da construção de consensos quanto às formas e aos meios de se alcançar os objetivos e os resultados esperados, o que propicia maior aproximação dos trabalhadores dos resultados dos seus trabalhos<sup>9,22</sup> e, conseqüentemente, maior satisfação no trabalho.

#### **Considerações finais**

As representações sociais dos trabalhadores são de que o PSF é uma importante estratégia para a

mudança do modelo de atenção, sobretudo porque anseia trabalhar, de forma integrada, com as ações de tratamento, prevenção e promoção da saúde. Contudo, demonstraram que ele não tem sido assumido, em nível local, como eixo principal da política pública, requerendo, para sua efetiva implementação, maior comprometimento ético e político, especialmente, dos gestores.

Das principais fragilidades, identificou-se que a falta e a escassez de investimento nas capacitações têm influenciado significativamente o desempenho de práticas baseadas no modelo médico-centrado. A carência de recursos humanos, materiais e de equipamentos também contribui para que essas práticas sejam voltadas apenas para a resolução de problemas de saúde de baixa complexidade.

Ressalta-se ainda que, apesar do empenho dos trabalhadores para trabalhar com práticas inovadoras, tendo as famílias e a comunidade como objeto, constatou-se que grande parte delas não está organizada com base no diagnóstico e no planejamento das necessidades de saúde da população para uma vida mais saudável, o que

torna o trabalho reiterativo, demonstrando a necessidade de repensar os meios e os instrumentos utilizados para a efetiva mudança no processo de trabalho.

Ademais, o conteúdo das representações sociais demonstra que a interação com as famílias e a comunidade baseia-se na prática da medicalização, devido a deficiências de infra-estrutura. Dentre elas, a principal é a ausência de educação permanente em serviço que permita a reflexão de estratégias que possibilitem aos profissionais ultrapassarem os limites que ainda os mantêm presos a saberes tradicionais, baseados na racionalidade biomédica<sup>20</sup>.

Em suma, as representações sociais dos trabalhadores indicam que a construção de um modelo assistencial, que tenha os pressupostos do PSF como estratégia principal, conforme proposto pelo SUS, continua sendo um desafio que demanda um novo modo de organização das práticas tanto assistenciais como gerenciais, principalmente que possibilite mudanças no interior do sistema.

### Colaboradores

HE Shimizu elaborou, organizou e realizou a discussão de dados. LS Reis coletou e organizou os dados.

## Referências

1. Azevedo ALM. *Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada* [dissertação]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
2. Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social dos profissionais. *Cad saude publica* 2008; 24(1):197-206.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde da Família*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
4. Brasil. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. Avaliação do Programa de Saúde da Família – PSF. Brasília (DF): Tribunal de Contas da União; 2002.
5. Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. [acessado 2008 ago 15]. Disponível em: [http://www7.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao\\_2000\\_2002/plano\\_trabalho\\_anexosi.htm/modelos\\_assistenciais.pdf](http://www7.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_anexosi.htm/modelos_assistenciais.pdf)
6. Paim JS. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 161-174.
7. Mishima SM, Pereira MJB, Fortuna CM, Matumoto S. Trabalhadores de saúde: problemas ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde?: alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: Falcão A, organizador. *Observatório de recursos humanos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 137-156.
8. Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde debate* 2003; 27(65):257-277.
9. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do PSF. *Cad saude publica* 2004; 20(6):1487-1494.
10. Moscovici S. *La psychanalyse: son image et son public*. Paris: PUF; 1976.
11. Jodelet D. Les représentations sociales: un domaine en expansion. In: Farr R, Moscovici S, editeurs. *Psychologie sociale*. Paris: Presses Universitaires de France; 1989.
12. Guimarães SP, Campos PHF. Norma social violenta: um estudo da representação social da violência em adolescentes. *Psicol reflex crit* [periódico na Internet]. 2007. [acessado 2008 ago 15]; 20(2):188-196. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0102-79722007000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=p](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-79722007000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=p)
13. Reinert M. Alceste: une methodologie d'analyse des données textuelles et une application: "Aurélia", de Gerard de Nerval. *Bulletin de méthodologie sociologique* 1990; 26(1):24-54.
14. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet]. 2004 [acessado 2008 ago 15]; 20(2):438-466. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011)
15. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev latino-am enfermagem* 2005; 13(6):1027-1034.
16. Merhy, EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 197-228.
17. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad saude publica* 2006; 26(6):1171.
18. Sousa MF, Merchán-Hamann. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cien Saude Colet* 2009; 14(Supl. 1):1325-1335.
19. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface Comun Saude Educ* 2005; 9(16):172-174.
20. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli RG. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):71-82.
21. Camargo-Borges C, Japur M. Promover y recuperar salud: sentidos producidos en grupos comunitarios en el contexto del Programa de Salud de la Familia. *Interface Comun Saude Educ* 2005; 18(9):507-519.
22. Ferri SNM, Pereira MJB, Mishima SMM, Cacciabava MCG, Almeida MCP. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface Comun Saude Educ* 2007; 11(23):515-529.

Artigo apresentado em 13/03/2009

Aprovado em 04/01/2010

Versão final apresentada em 23/01/2010