

O Programa de Saúde da Família (PSF) sob a ótica dos usuários nas comunidades Santa Clara e Alto do Céu em João Pessoa-PB*

*Maria de Fátima Santos Araújoⁱ
Nico Antonio Bolamaⁱⁱ
Cirlene Cajueiro Dizⁱⁱⁱ
Cláudia Naiza da Costa Ferreira^{iv}
Heloísa de Andrade Lins^v
Maria Cristina da S. Maciel^{vi}
Aissa Romina Silva do Nascimento^{vii}
Christina Gladys M. Nogueira^{viii}
Maria de Lourdes da S. Torres^{ix}*

Resumo: O objetivo desse trabalho foi analisar o desempenho do PSF, na perspectiva dos usuários, captando o nível de compreensão e satisfação da comunidade, destacando a qualidade dos serviços oferecidos e o desempenho profissional da equipe, comparando-o com a assistência prestada pelos antigos postos de saúde. Utilizamos métodos qualitativos, com entrevistas realizadas com os usuários do programa, além da observação participante. Analisamos a visão da comunidade em relação ao Programa a partir das dimensões: cognitivas, relacional, organizacional e profissional. Detectamos que parte da comunidade ressalta mudanças no atendimento, como visitas domiciliares, atividades dos agentes de saúde e localização da Unidade próxima à comunidade. Mesmo reconhecendo alguns avanços, esses usuários apontam, entre outros aspectos, insuficiência nas estruturas físicas das Unidades, a falta de medicamentos, a necessidade de formar parcerias entre moradores e profissionais para reivindicações que contribuam para a melhora do Programa.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família (PSF); usuários; qualidade dos serviços

* Este artigo apresenta parte dos resultados obtidos através de um projeto de extensão realizado durante o ano de 2004, sob coordenação da professora Maria de Fátima Santos Araújo.

ⁱ Doutora em sociologia e professora do Departamento de Ciências Sociais da UFPB.

ⁱⁱ Graduado em Ciências Sociais pela UFPB e mestrando em sociologia pela UFSCar.

ⁱⁱⁱ Graduada em Ciências Sociais pela UFPB.

^{iv} Estudante do curso de Ciências Sociais da UFPB.

^v Estudante do curso de Ciências Sociais da UFPB.

^{vi} Estudante do curso de Ciências Sociais da UFPB.

^{vii} Mestre em sociologia pela UFPB e professora do UNIPE.

^{viii} Graduada em Ciências Sociais pela UFPB e mestranda em antropologia pela UFPE.

^{ix} Estudante do curso de Ciências Sociais da UFPB.

Introdução

O crescente processo de urbanização nas cidades trouxe uma série de problemas de ordem social, deixando setores da população nelas residentes relegados à extrema pobreza e exclusão. É nesta parcela que se incluem as comunidades escolhidas como “cenário” de nosso estudo.

No caso específico de João Pessoa, a década de 1970 foi o período em que se intensificou a expansão urbana. Nessa fase tivemos a implantação do Distrito Industrial que provocou mudanças na fisionomia dos antigos bairros. O investimento expressivo no financiamento de habitações de melhor padrão de construção, o surgimento de novos bairros, a instalação de conjuntos residenciais foram iniciativas resultantes das diretrizes políticas governamentais do Banco Nacional de Habitação (BNH) (Rodrigues, 1981). Essa reconfiguração gerou uma maior valorização do solo urbano que teve implicações sobre o processo de seletividade das populações aí residentes, expulsando a população de baixa renda ou sem renda que termina por se instalar em terrenos baldios ou clandestinos, ocupando irregularmente e desordenadamente locais totalmente impróprios para a moradia.

Os moradores de Santa Clara - comunidade situada entre a BR 230 e o conjunto habitacional Castelo Branco II - convivem com os problemas semelhantes e comuns com que se deparam em geral todas as comunidades carentes: falta de oportunidades constantes de trabalho, de lazer, enfim, em situação de impossibilidade de acesso a direitos básicos que todo ser humano deve ter.

A Comunidade Alto do Céu fica situada no bairro de Mandacaru, nas proximidades da linha ferroviária e de bairros residenciais como o Bairro dos Estados, Treze de Maio, Padre Zé e bairro dos Ipês. A fisionomia espacial que a comunidade vem assumindo, ao longo do

tempo, traduziu a forma desordenada com que foi se dando a ocupação pelos seus moradores, representada pelas ruas irregulares, estreitas, de difícil acesso e distribuídas pelas assimetrias do terreno. À medida que nos afastamos da parte mais “alta” da comunidade, as moradias se apresentam bastante precarizadas, principalmente aquelas situadas nas proximidades do leito do mangue.

A falta de emprego, de atividades culturais, de formação profissional, faz com que homens, mulheres, crianças e adolescentes se envolvam em situações de risco, como: o uso excessivo de bebidas alcoólicas, drogas, prostituição e criminalidade. Um grande número de adolescentes grávidas é explícito nessas comunidades. Entretanto, sabe-se que as diversas micro-áreas cobertas pelo PSF na cidade de João Pessoa são bastante diferenciadas e apresentam consideráveis disparidades sociais, econômicas e culturais, exigindo nesses casos abordagens particularizadas dessas realidades.

O objetivo desse trabalho foi verificar junto às famílias dessas comunidades o grau de satisfação em relação ao atendimento dispensado pelas equipes de Saúde da Família, comparando-o com a assistência prestada anteriormente pelas diversas instituições de saúde disponíveis nessas comunidades.

A pesquisa: procedimentos e resultados

As entrevistas foram realizadas com roteiro semi-estruturado. Optamos por formulações de questões mais simples e diretas possíveis e numa linguagem acessível, como expõe Haguete (1992), pela flexibilidade e facilidade que apresentam aos entrevistados de poderem discorrer sobre os aspectos que estão sendo abordados de uma forma livre, possibilitando uma maior espontaneidade para expressarem suas opiniões. Sempre como uma conversa, a pesquisa como uma relação entre sujeitos, busca sempre reconhecer o saber

de seus discursos. Foi sempre com esse cuidado de respeitar ao máximo a fala dos sujeitos que conduzimos nossas entrevistas.

Outro "instrumento" de grande valia que utilizamos por ser um verdadeiro "arquivo" de informações é o diário de campo. De acordo com Mills (1982, p. 212): "Muitos escritores mantêm diários. A necessidade de reflexão sistemática exige que o sociólogo o mantenha e o arquivo também nos ajuda a formular o hábito de escrever". Nesse sentido ele nos foi muito útil. Logo ao sair das comunidades, procuramos escrever sobre os conteúdos dos últimos contatos mantidos, sobre dados observados no local, o contexto das entrevistas, como também nossas impressões sobre aquele período vivido.

A estratégia para aproximação dos entrevistados foi manter o contato através dos Agentes Comunitários de Saúde em suas visitas diárias à comunidade, com o propósito de que o relacionamento com os moradores fosse feito da forma mais natural possível, isto é, procurando não alterar a rotina das pessoas e nem pressioná-las a obter as entrevistas.

O critério utilizado para a seleção das famílias ou de membros das famílias a serem entrevistadas foi o de diversificar o máximo possível o número de famílias existentes por micro-regiões - critério utilizado pelas Equipes do Saúde da Família - em função do número de Agentes Comunitários de Saúde.

Por se tratar de uma pesquisa onde foram utilizadas técnicas qualitativas, na tentativa de assegurarmos o nível de profundidade das questões, analisamos constantemente os conteúdos das entrevistas. A escolha dos números dos entrevistados nas duas comunidades foi feita sem a preocupação de precisar a quantidade, obedecendo principalmente à representatividade e à disponibilidade de um ou mais membros das famílias (Thiollent, 1980). Após visitarmos sessenta e uma famílias na Comunidade Alto do Céu I e noventa e quatro famílias na Santa Clara/Castelo Branco, pudemos

constatar que as informações obtidas com esse conjunto eram representativas.

No caminho teórico-metodológico, foram utilizadas algumas dimensões selecionadas por Prévost et al. (apud Trad et al., 2002), reconhecendo que apesar de terem sido analisadas separadamente, são categorias que abordam temas inter-relacionados.

A dimensão *cognitiva* abrange a percepção sobre o programa e a comparação com os serviços oferecidos anteriormente pelo PSF. Procurou-se averiguar entre os usuários se houve mudança na assistência do PSF e porque. Do total de famílias visitadas nas duas comunidades, entrevistando um ou mais de seus membros, todos responderam que sim. Metade respondeu que o atendimento ficou mais perto de casa, 25% ressaltaram a possibilidade de receber visitas domiciliares caso necessitem e os outros 25% destacaram o fato de terem acesso a medicamentos gratuitos. De modo geral, detectamos que a comunidade percebe mudanças com a implantação do PSF. Mesmo apontando problemas, para a população assistida houve avanços. Tudo isso pode ser traduzido no acolhimento, isto é, na aproximação dos profissionais da população - princípio básico do PSF – mediada pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Sobre o aspecto *relacional*, que diz respeito à avaliação do atendimento a partir da relação com os profissionais da Equipe, as populações das duas comunidades destacam o tratamento dispensado pelos médicos e enfermeiros, considerado “satisfatório e humano”. Foram apontadas restrições em relação aos Agentes Comunitários de Saúde, mas não de forma generalizada. Alguns assumem, segundo os moradores dessas áreas – principalmente no Alto do Céu –, posturas autoritárias e discriminatórias.

O campo *organizacional* refere-se à visão que os usuários têm do funcionamento geral da Unidade, quanto à localização, espera no atendimento, a viabilização da intersetorialidade. O mais evidenciado como positivo, foi o fato da Unidade estar agora situada na

comunidade, facilitando assim o acesso de todos os seus moradores. A maioria aponta problemas recorrentes em geral nos serviços públicos de saúde, tais como: reduzido número de atendimentos nas áreas médica e odontológica, a dificuldade de encaminhamento para outros serviços de maior complexidade.

E, por último, a dimensão *profissional* através da qual se analisou o ponto de vista dos entrevistados sobre a competência e a atenção dos profissionais em relação às demandas, à eficácia e à quantidade dos serviços oferecidos. Destaca-se uma grande satisfação no atendimento prestado no que se refere à forma como são conduzidas as consultas, à disponibilidade para o atendimento domiciliar, identificando neste um diferencial em relação ao serviço prestado anteriormente.

Os resultados apontam para o pouco conhecimento do PSF por parte dessas comunidades, embora um número significativo aprove o atendimento através dele. Essa satisfação se explica em parte pela constatação do envolvimento das Equipes com as comunidades assistidas, um dos princípios fundamentais do Programa.

Os dados demonstraram que nas comunidades estudadas vem acontecendo uma reversão na procura por hospitais para um primeiro atendimento, pois com a chegada do PSF o atendimento inicial tem sido realizado pela Equipe de Saúde da Família, na tentativa de organizar o sistema a partir do grau de complexidade apresentado em cada caso. Isso tem gerado insatisfação nas comunidades que, na opinião de algumas pessoas, “perdem a liberdade para procurar os serviços de suas preferências”, sejam postos de saúde, hospitais ou outras instituições de saúde.

Essa dificuldade de entender e aceitar essa forma de organização dos serviços a partir do PSF é compreensível pela falta de tradição no Brasil da participação dos beneficiados na elaboração e no desenvolvimento de políticas públicas. De modo geral, os projetos sociais são idealizados e executados sem que haja oportunidade e

tempo para que os assistidos se manifestem. É o caso do PSF, pois as comunidades envolvidas não conhecem e não acompanham as estratégias que estão traçadas para a sua execução.

Isto acontece numa sociedade onde não se constituíram atores sociais que, na concepção de Touraine (2002), seriam a combinação da consciência interiorizada de direitos pessoais e coletivos, isto é, o reconhecimento da pluralidade de interesses e das idéias. Em outras palavras, seria o reconhecimento dos direitos fundamentais que o poder deve respeitar; a representatividade social dos direitos e da sua política; a consciência de cidadania, do fato de pertencer a uma coletividade fundada sob o direito. Sujeitos que seriam atores inseridos nas relações sociais para transformá-las, modificando o seu ambiente, não só material, mas sobretudo o social, através de formas de decisão.

No caso das comunidades pesquisadas em relação ao PSF, constatamos, de um lado, descontinuidades nas demandas sociais e, de outro, manifestações isoladas por parte dos usuários, motivadas por interesses particulares e imediatos que muitas vezes não traduzem os anseios, as preocupações e as necessidades nem individuais nem coletivas.

O Programa de Saúde da Família e a participação da comunidade

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 no Brasil como estratégia para organizar os serviços de saúde a partir da atenção básica, procurando pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir de uma concepção de trabalho que se notabiliza pela proposta do estabelecimento de inter-relações entre os vários setores responsáveis pela assistência à saúde, o PSF propõe uma ação mais

ampliada nesses setores que se inicia na Unidade Básica e vai até os níveis de maior complexidade na rede de serviços.

Esse programa apóia-se numa visão de organização do trabalho em que a descentralização é um dos pilares centrais e tem permeado a discussão sobre política de saúde no Brasil, principalmente a partir dos anos 1990. Nesse período, as demandas sociais suscitaram uma maior interferência do Estado nas questões sociais e a descentralização dos serviços de saúde tem sido um dos caminhos utilizados para o atendimento dessas demandas.

O debate em torno da descentralização apresenta divergências quanto a sua eficácia na democratização dos serviços públicos de saúde e na construção de uma imagem positiva desses serviços perante a sociedade.

Uma das visões é que a descentralização por meio do PSF faz parte de uma política de contenção do Estado brasileiro nos gastos com a saúde, contrariando, desta maneira, a “universalização inclusiva” proposta pelo SUS. Nesse sentido, assim como o PSF, esses Programas que objetivam o aprimoramento ou a recuperação de princípios que norteiam o SUS são vistos como formas de atuação eminentemente focalista.

Nesta perspectiva, o PSF apresentou-se como uma alternativa para reorganizar o modelo de atenção básica de saúde no Brasil, mesmo dentro daquele princípio sugerido por Faveret e Oliveira (1990), de “universalização excludente”, voltado prioritariamente para grupos sociais mais carentes da população, em contradição com o que foi idealizado pelo Movimento Sanitário. Segundo esses autores, a universalidade, no caso brasileiro, torna-se eficiente para efetivar o direito social à saúde, não por incluir sob a responsabilidade do sistema público de saúde a totalidade da população (em virtude de sua limitada oferta potencial de serviços), mas por configurar um processo de seletividade e focalização das políticas de atenção à saúde.

Bravo e Matos (2001) afirmam que a responsabilidade do Estado para com a saúde tem sido a de garantir um mínimo de assistência aos que não podem pagar. Nesta direção propõe um modelo gerencial de efetividade e eficiência no qual destacam a ênfase atribuída às parcerias com a sociedade, chamada a assumir os custos da crise, assim como o uso da refilantropia, ou seja, a desprofissionalização, com a utilização de agentes comunitários para realizar atividades que caberiam a outros profissionais, principalmente ao enfermeiro.

Por outro lado, há de se considerar que são esses segmentos populacionais que vivem permanentemente em situação de exclusão e os que menos se beneficiam dos bens e serviços produzidos pela sociedade. Mesmo não justificando o não-cumprimento do preceito constitucional do dever do Estado e do direito de todos a esses benefícios, sem dúvida deve-se priorizar essa parcela da sociedade.

Embora haja um reconhecimento de que o PSF tem significado uma tentativa de consolidação do Sistema Único de Saúde, ou seja, uma maneira de se contrapor à predominância do modelo assistencial de caráter privatista predominante hoje no Brasil, tem-se enfatizado que a implementação de políticas sociais universais tornou-se cada vez mais distantes com as reformas do Estado implementadas nos anos 1990.

Segundo Cohn (2001, p. 300), para se analisar as políticas sociais, dentre elas as de saúde, é necessário considerar as questões de dimensões estrutural e conjuntural envolvidas. Em termos estruturais a autora destaca "... a relação ou articulação entre políticas econômicas e políticas sociais e o caráter redistributivo (ou não) que funda o perfil de cada política setorial de corte social e, por conseguinte, o seu conjunto". Para a autora, significa analisar ações e programas específicos de saúde, ou seja, o papel das Normas Operacionais Básicas (NOBs). As questões conjunturais referem-se a

essa “nova” forma de intervenção do Estado através das NOBs decretadas pela esfera central do governo.

As principais mudanças apontadas são em relação à acessibilidade e à humanização na assistência, materializadas pela qualidade da atenção em decorrência de uma nova postura dos profissionais, pelo acolhimento dispensado pela Equipe de Saúde da Família, firmando assim um vínculo com a comunidade assistida.

Assim, considera-se que através do PSF tem havido avanços na oferta de assistência em saúde para uma parcela acostumada com a ausência do Estado, contribuindo timidamente para diminuição das desigualdades no acesso a esses serviços, porém, um pouco distante na conquista da cidadania através de políticas públicas que promovam a inclusão social e a efetiva participação social nessas políticas.

Ao ser direcionado prioritariamente para as populações mais carentes, o PSF tem recebido críticas no sentido de que está prestando uma assistência simplificada para os mais pobres, portanto, menos exigentes.

O Sistema Único de Saúde, tendo como proposta a Universalização do direito, entra em choque com o modelo de assistência privatizante implementado no Brasil durante os governos militares, com práticas fragmentadas, individualizadas e centradas na doença (Fleury, 1989).

As fragilidades são evidentes no que diz respeito ao controle social nessas populações, já que no processo de descentralização das ações de saúde se prevê uma eficácia participação popular através dos Conselhos de Saúde ou outras formas organizativas. Nas duas comunidades pesquisadas, constatou-se a ausência de meios de avaliação conjunta dos serviços entre a Equipe e a comunidade e de mecanismos de encaminhamentos de reivindicações de caráter coletivo. O que se assiste geralmente são manifestações isoladas. A maioria dos indivíduos se comporta ainda no papel de “paciente”,

muito mais à espera de uma dádiva do que à concessão de um direito enquanto cidadão.

É necessário ampliar e promover a participação social dos usuários com a busca de maior co-responsabilização na gestão e controle do programa. A criação de espaços e de formas de articulação configuraria instrumentos de interação, reforçando os papéis dos moradores de cada área.

A ampliação da participação se consolida na medida em se viabiliza a capacidade de grupos de interesse de influenciar, direta ou indiretamente, a formulação de gestão de políticas públicas. Esse processo assume um caráter diferenciador, não só quanto à legitimidade, mas principalmente quanto à garantia de democratização da gestão dos bens públicos.

A consolidação de propostas participativas representa a potencialização e a ampliação de práticas comunitárias, através do estabelecimento e ativação de um conjunto de mecanismos institucionais que reconheçam direitos efetivamente exercitáveis e que estimulem estratégias de envolvimento e co-responsabilização, inclusive nas comunidades onde a prática comunitária ou a cultura política é ainda desmotivante.

A institucionalização da participação é permeada de dificuldades decorrentes da heterogeneidade dos grupos comunitários e associativos, ou ausência dela, o que tornam complexos os problemas de representação. Isso provoca freqüentemente um esvaziamento desses mecanismos de decisão coletiva. Nesse caso poderíamos enfatizar o Estado para a sociedade civil. Isto é, o PSF poderia tomar partido e articular a participação comunitária como representante do Estado.

O complexo processo de construção de cidadania no Brasil, num contexto de agudização das desigualdades, é perpassado por um conjunto de questões que necessariamente implicam na superação das bases de uma cultura política baseada na tutela, no clientelismo e

no patrimonialismo político e menos engajamento político ou participação social até nos assuntos que lhe afetam.

Todavia, neste caso, uma das primeiras medidas a serem tomadas seria a constituição de cidadãos, como sujeitos sociais, consubstanciado a partir da transformação das práticas sociais existentes e na sua substituição pelas novas formas de relação, que tem na participação um componente essencial e imperativo. Porém, é uma tarefa complexa e demorada em virtude do enraizamento das práticas de institucionalização. O desafio que se coloca seria o de construir novos hábitos, de neutralizar práticas que não ajudariam o desenvolvimento da comunidade em termos de bem-estar dos seus moradores, e aproximar o cidadão do processo decisório da coisa pública.

Cohn (1998) chama a atenção para que esta participação não assuma uma forma de burocratização como tem acontecido em muitos casos com os Conselhos de Saúde. A autora aponta a necessidade de se estimular a organização da população e a necessidade de se criar instâncias de participação nessas comunidades, de modo que estimule uma diversidade cada vez maior de atores nesse processo, como aprendizado no exercício da cidadania na complexa relação do Estado com a sociedade.

Além desses objetivos, estratégias como as desenvolvidas através do PSF vislumbram a necessidade de se quebrarem a impessoalidade e a indiferença que imperam nos serviços públicos, permitindo, entre outras coisas, a participação do usuário no seu cotidiano, como também deve estimular os profissionais a aprender a lidar com o subjetivo, o afetivo e o psíquico dos indivíduos ou comunidades.

A aproximação entre a Equipe de saúde e a comunidade se constitui num dos objetivos primordiais do PSF, que é a questão do vínculo. Entretanto, este é constantemente quebrado com a instabilidade que ainda impera nos tipos de contratos estabelecidos

na maioria dos municípios. A ausência de concurso público e as diferenças salariais apresentadas fazem com que haja uma rotatividade significativa dos profissionais.

Por outro lado, como houve uma ampliação significativa de Equipes não só em nível local, mas em todo o país, verifica-se que a grande maioria dos profissionais não está preparada - apesar dos cursos de capacitação oferecidos - nem academicamente, nem socialmente, para visualizar os usuários como sujeitos sociais, constatando-se inclusive o despreparo para analisar a estrutura e a conjuntura da sociedade em relação às questões locais, regionais, nacionais e internacionais (Bravo, 2002).

Considerações finais

Percebe-se que, de modo geral, o PSF é valorizado pela população e vem conquistando avanços significativos na atenção básica, assim como tem colaborado para a reorganização do sistema de saúde no Brasil.

Destaca-se, entre os avanços, uma maior facilidade da população mais excluída da sociedade no acesso aos serviços públicos de saúde existentes no município, através das Unidades de Saúde da Família. O fato dessas Unidades se localizarem nos bairros favorece o estabelecimento de vínculos com os profissionais do PSF, além da possibilidade de realização de visitas domiciliares, quando necessárias.

Em função da fragilidade dos processos organizativos e dos mecanismos de participação e de representatividade entre essas populações que vivem em situação de exclusão social, percebe-se certo alheamento na compreensão do significado da estratégia saúde da família, bem como dificuldades e até impossibilidades de participação de suas diretrizes.

Outro aspecto importante a destacar no PSF são as suas limitações pela própria delimitação de sua competência na promoção da saúde. São muitas as demandas entre as populações mais carentes no âmbito das políticas sociais responsáveis pela saúde, o que torna impossível supri-las somente com assistência em saúde.

Entre os moradores das comunidades analisadas, constatou-se que as opiniões não divergem muito quanto à compreensão e à satisfação do programa. A grande maioria aponta aspectos positivos na assistência, tais como: as visitas domiciliares, atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a localização da Unidade de saúde da família perto de casa.

Constata-se também que essas comunidades não têm mecanismos para se organizar de forma que possam viabilizar o encaminhamento de suas reivindicações. Não existem, por exemplo, associações através das quais os moradores discutam os seus problemas de uma forma mais sistematizada e organizada. Existe também a dificuldade de aproximação da Equipe para esse fim, embora se tenha encontrado disposição por parte dos profissionais para tal. Uma das formas poderia ser a criação de um conselho local de saúde, o qual poderia contribuir para melhorar a relação com a Equipe. Esse talvez possa ser um caminho que possibilitasse um maior envolvimento entre a comunidade e a Equipe de Saúde da Família.

Referências

- BAVA, Silvio; SOARES, José Arlindo. (Orgs.). *Os Desafios da Gestão Municipal Democrática*. São Paulo: Cortez. p. 143-192.
- _____. 2001. "Questionando o Consenso Sanitário". In: *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-ABRASCO, v. 6, n. 2, p. 300-302.
- BRAVO, M.I. Souza; MATOS, M. Castro de. 2001. "A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e a Ofensiva Neoliberal". In: BRAVO, M. I. Souza;

- PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs.). *Política social e Democracia*. São Paulo: Cortez. p.197-215.
- COHN, Amélia. 1998. "Os Governos Municipais e as Políticas Sociais". In: CACCIA-FAVERET, Paulo; OLIVEIRA, P.J. 1990. "A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde". In: *DADOS – Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: v. 33, n. 2, p. 257- 283.
- FIPLAN. 1983. *Populações de Baixa Renda: origem e aspirações*. João Pessoa.
- FUNDAÇÃO DE AÇÃO COMUNITÁRIA – FAC. 2002. *Aglomerados Subnormais nos Municípios de João Pessoa, Cabedelo, Bayeux e Santa Rita – versão 2002*. Relatório de pesquisa.
- HAGUETE, Teresa Maria Frota. 1992. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- KOWARICK, Lúcio. 1993. *A Espoliação Urbana*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- MILLS, Charles Wright. 1982. *A Imaginação Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar.
- MYNAIO, Maria Cecília de Souza. 1996. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4 ed. São Paulo: HUCITEC.
- RODRIGUES, Janete Lins. 1981. *Crescimento de uma Capital*. João Pessoa: Casa de José Américo.
- TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. 1989. "Política de Saúde na Transição Conservadora". In: *Saúde em Debate*. n. 26, Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), Londrina, PR, setembro.
- THIOLENT, Michel. 1980. *Crítica Metodológica, Investigação e Enquete Operária*. São Paulo: Polis.
- TOURAINÉ, Alan. 2002. *Crítica da Modernidade*. 7ª. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- TRAD et al. 2002. "Estudo Etnográfico da Satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família (PSF)". In: *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. v. 7, n. 3, p. 581-589.