

OS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES ESPECIALIZADAS DE SAÚDE E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM RELAÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA¹

Ellys Marina de Oliveira Lara*

Márcia Niituma Ogata**

Maria Lúcia Teixeira Machado***

RESUMO

A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde que visa a promover o cuidado integral e de qualidade ao indivíduo e sua família. São encaminhados às Unidades Especializadas os usuários que necessitam de ações de maior complexidade, mantendo-se o acompanhamento pela Saúde da Família, que conhece e valoriza o espaço físico e social da população atendida. Este estudo de caso analisa as representações sociais que os trabalhadores de unidades especializadas têm sobre Saúde da Família, com vista a compreender a integração entre estes serviços em São Carlos. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com profissionais de três centros de especialidades que desenvolvem ações demandadas pela Estratégia de Saúde da Família. Estas foram gravadas, transcritas e analisadas de forma quantiquantitativa utilizando-se o *software* Alceste 4.7, que gerou cinco classes. A representação social da Estratégia de Saúde da Família é que esta se assemelha a uma Unidade Básica de Saúde, porém está mais próxima da família. Identificou-se desarticulação entre os serviços e falta de integralidade no cuidado. Considera-se a necessidade de apropriação do significado dessa estratégia pelos profissionais para construção de uma rede integrada de cuidados no município.

Palavras-chave: Saúde da Família. Atenção Secundária à Saúde.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um dos princípios doutrinários a integralidade da atenção à saúde, que consiste num conceito polissêmico, permitindo várias significações. No plano micro, ele pode ser entendido como a articulação entre ações preventivas e assistenciais ou como um modo ampliado de apreensão das necessidades das pessoas, ou seja, encontra-se no âmbito do atendimento aos indivíduos. No plano macro define-se como um conjunto de serviços de saúde ofertados nos diversos níveis dos sistemas, de natureza promocional, preventiva, curativa ou reabilitadora, de forma individual ou coletiva, eticamente estruturado, de efetividade comprovada, provido de segurança para os profissionais de saúde e para os usuários e formatado para atender às necessidades de saúde da população⁽¹⁾. Acrescenta-se ainda o conceito de sistema descentralizado que integra autonomia com o funcionamento em uma rede

integrada e gestão participativa⁽²⁾.

A Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde seguindo os princípios do SUS. Promove cuidado integral à saúde do indivíduo e de sua família. Seu propósito é inverter a lógica biomédica para o trabalho interdisciplinar e intersetorial, promovendo o vínculo do usuário e famílias com os profissionais da área da saúde e de outras áreas do cuidado.

As pessoas que necessitam de serviços de maior densidade tecnológica, como exames, utilização de equipamentos que não estão disponíveis na Atenção Básica, como também de avaliações especializadas do processo saúde-doença, são encaminhadas às Unidades Especializadas, que fazem parte da rede de cuidados à saúde. Este modelo de linhas de cuidado traz a visão de organização dos serviços de saúde por fluxos assistenciais, mantendo a equipe da Unidade de Saúde da Família como gestora do processo terapêutico, fortalecendo o vínculo do usuário e sua família com o serviço

¹Trabalho financiado pelo PIBIC/CNPq, apresentado em forma de pôster no 16º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP e em forma de exposição oral na XVI Jornada de Iniciação Científica e Tecnológica da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

*Graduanda de bacharelado e licenciatura em enfermagem da UFSCar. E-mail: ellys.lara@yahoo.com.br

**Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSCar. E-mail: ogata@power.ufscar.br

***Nutricionista. Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSCar. E-mail: mmachado@ufscar.br

de Atenção Básica. O atual descuido com a saúde é um dos fatores que geram excesso de encaminhamentos para especialistas e alto consumo de exames, tornando os serviços pouco resolutivos, pois a assistência desse modo é incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito usuário⁽³⁾.

As práticas de saúde requerem uma reflexão que consiste, além de outros aspectos, em conhecer como os profissionais compreendem os equipamentos do sistema de saúde com os quais estão envolvidos. É preciso que os profissionais conheçam a forma de funcionamento e o papel de todas as esferas de Atenção à Saúde para que seja construído um cuidado integral e qualificado ao usuário.

Partindo desses pressupostos, o objetivo desta pesquisa é conhecer as representações sociais que os trabalhadores das Unidades Especializadas do SUS têm sobre a Saúde da Família analisando se estas convergem para a compreensão desta estratégia enquanto mudança do modelo de atenção à saúde, com um trabalho integrado entre os serviços dos diferentes níveis de atenção no município de São Carlos.

A representação social “é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, que tem objetivos práticos e contribui para a construção de uma realidade comum a um grupo social”⁽⁴⁾. Para conhecer a representação social de determinado grupo é inevitável analisar seu contexto psicossocial. Esse contexto possui características físicas, psicológicas, sociais e culturais que, se com elas nos familiarizarmos, permitem até mesmo antecipar e prever muitos atos dos sujeitos daquele grupo⁽⁵⁾.

METODOLOGIA

Esta pesquisa consiste em um estudo de natureza exploratória e analítica com abordagens quantitativas. Para o trabalho de campo foram realizadas 12 entrevistas com profissionais de três Unidades Especializadas de Saúde da rede municipal de São Carlos - SP: Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e Centro Municipal de Especialidades - CEME, que atendem demandas provenientes das unidades de Saúde da Família.

Os sujeitos foram escolhidos aleatoriamente e numerados, e o único critério de inclusão foi a aceitação em participar do estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (Parecer 358/2007) e pela Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas com roteiro previamente elaborado, contendo algumas questões fechadas para traçar um breve perfil dos profissionais. Esta etapa somente se iniciou após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos sujeitos.

Coletaram-se dados que permitiram traçar o perfil dos trabalhadores e suas características profissionais e nos quais se identificaram a profissão, o tempo de formação, o local de trabalho e tempo de trabalho no local. Para as entrevistas utilizou-se o seguinte conjunto de questões norteadoras: “Fala-me um pouco da sua história de vida profissional”; “Conta-me como tem sido a relação do seu serviço com a Unidade de Saúde da Família”; “Na sua opinião, as Unidades de Saúde da Família têm alterado o seu processo de trabalho?; “O que você conhece da Estratégia de Saúde da Família?”E em São Carlos?; “O que você espera com a implantação do Programa de Saúde da Família em São Carlos?; “Descreva como ocorre o sistema de referência e contrarreferência nesta Unidade Especializada”. Essas questões se realizaram no período de fevereiro a abril de 2008 em datas e horários escolhidos pelos entrevistados em seu próprio local de trabalho e objetivaram somente nortear o entrevistador, sem limitar as falas dos sujeitos.

Os dados foram analisados utilizando-se o *software* ALCESTE 4,7, à luz da Teoria das Representações Sociais. Utilizou-se inicialmente o *software* Alceste 4.7 (análise lexical por contexto de um conjunto de segmentos de texto), que possibilita a delimitação de classes semânticas em função da ocorrência e co-ocorrência das palavras considerando a frequência e correlação entre elas⁽⁶⁾. Estas foram analisadas qualitativamente à luz da Teoria das Representações Sociais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes desta pesquisa se constituíram de 75% de profissionais do sexo feminino e de 50% de profissionais que se encontravam na faixa etária entre 21 e 30 anos. Quanto à ocupação, 25% dos entrevistados eram constituídos de enfermeiras. A figura 1 apresenta as categorias profissionais dos entrevistados.

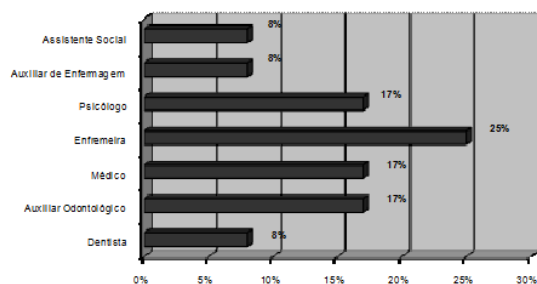


Figura 1 – Categorias profissionais dos entrevistados

A partir da análise quantitativa realizada pelo *software* Alceste construíram-se cinco classes: Importância da referência e contrarreferência; Falta de integração entre os serviços; Formação dos profissionais; Dificuldade de articulação com a Saúde da Família; e Significado da Estratégia de Saúde da Família. O dendograma (Figura 2) é uma forma de representação que mostra as classes formadas pelo Alceste e as relações que existem entre elas com base na proximidade do discurso, mesmo que as ideias e sentidos sejam outros, o que justifica não estarem numa única classe.

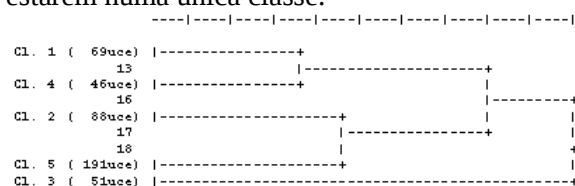


Figura 2. Dendograma.

A Classe 1: “Importância da referência e da contrarreferência” é formada principalmente por profissionais do Centro de Especialidades Odontológicas, que trabalham na rede entre 1 e 5 anos e não possuem curso superior em sua formação. A referência e a contrarreferência são vistas por estes profissionais como instrumentos importantes para a manutenção da continuidade do cuidado do indivíduo em todo o processo de adoecimento e cura.

[...] ele vem com referência e aí quando termina, finaliza, eu faço a contrarreferência, devolvo o paciente com a contrarreferência orientando o que foi realizado e o que tem que ser feito a partir de ter terminado a endodontia (entrevistado 4).

Para que haja um serviço articulado e contínuo, como preconiza a lei, faz-se necessária a utilização, entre outras ferramentas, da referência e contrarreferência. Essa forma de organização propicia que o usuário tenha um acompanhamento integral de sua saúde, mesmo que ele caminhe pelos diferentes serviços de atenção à saúde disponibilizados pelo sistema. Isso será possível se as redes de atenção à saúde derem conta das necessidades de atendimento e se adequarem a essa maneira integrada de trabalhar. Alguns sujeitos relatam que esses instrumentos não são utilizados pelos profissionais das unidades ou são utilizados de forma desconexa e sem riqueza de detalhes, prejudicando a real função do instrumento e tornando-o inapropriado. Apesar de ser considerada como uma das ferramentas para integralidade da atenção, a referência e contrarreferência em saúde encontram-se em estágio pouco desenvolvido, tanto teoricamente quanto em relatos de efetiva implantação⁽⁷⁾.

[...] Não preenchem direito não (entrevistado 2).

Entre os principais problemas levantados destaca-se a dificuldade de adesão da classe médica à utilização correta da referência e da contrarreferência:

[...] os médicos são difíceis de estarem mudando, ainda mais que eles vêm rapidinho e já querem ir embora, né. Mas tem uns que fazem os horários certinho, então até fazem a contrarreferência, mas é raro assim. Só mesmo quando começam insistir e não é no setor, aí os médicos mandam de volta (entrevistado 7).

O termo *integralidade* vem sendo utilizado em diversos sentidos: como articulação entre níveis de prestação de serviços de saúde; como integração entre os setores públicos e privados; como uma importante diretriz na gestão dos serviços e como proposta de modelo de atenção⁽⁸⁾. Os relatos dos entrevistados mostraram que, embora o Sistema Único de Saúde preconize um trabalho articulado entre os diferentes níveis de atenção à saúde e disponibilize ferramentas para que isso aconteça,

muitos profissionais desconhecem a importância da vinculação entre os níveis primário, secundário e terciário. O trabalho ainda acontece de forma fragmentada e desarticulada em cada nível, resultando em que o usuário também seja tratado dessa forma, em vez de ser visto e cuidado em sua totalidade

A classe 4 que possui relações estreitas com a classe 1, e compreende a **Dificuldade de articulação com a Estratégia de Saúde da Família**.

Com a falta de articulação entre a Saúde da Família e o serviço especializado fica prejudicado o relacionamento interpessoal dos profissionais, não há troca de conhecimentos e o saber tende a se manter estagnado:

[...] por exemplo, aqui eu tenho certeza que ninguém sabe o nome de todas as enfermeiras, de todas as responsáveis das unidades, seja de Saúde da Família, seja de UBS, entendeu? (entrevistado 10).

Com a implantação do SUS no modelo em forma de pirâmide em que o Sistema está desenhado, esperava-se que houvesse uma racionalização do atendimento, com um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo. Uma das formas de haver esse funcionamento seria a implantação do sistema de referência e contrarreferência, fazendo com que as necessidades dos indivíduos fossem resolvidas nos espaços tecnológicos adequados⁽⁹⁾.

Fazer encaminhamentos sem se haverem esgotado as possibilidades diagnósticas na rede básica e sem as informações necessárias sobre o quadro mórbido revela um modo de operar o trabalho em saúde em que falta solidariedade com o serviço e responsabilidade no cuidado ao usuário. A resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e ao conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, o que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde.

[...] Mas eu não sei. Por exemplo, eu trabalho com a Cidade Aracy, que é onde temos o maior foco de pacientes. Então eu sei que lá tem as Unidades, que tem os PSFs, mas eu ligo, eu não tenho uma pessoa de referência que eu possa entrar em

contato, eu não sei quem está lá, então eu não vou me expor (entrevistado 9).

O exercício hegemônico de uma clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, em ação substitutiva da prática que valoriza a clínica como o exercício ampliado de múltiplos profissionais, em relação entre si e com o usuário, contribui para a baixa resolutividade na Rede Básica⁽³⁾. A desarticulação dos serviços dificulta a continuidade do cuidado.

A Classe 2 caracteriza-se pela **falta de integração entre os serviços** tanto entre os diferentes níveis de atenção como dentro de um mesmo nível e um mesmo serviço. A maioria dos profissionais que caracterizaram essa classe são do sexo feminino e trabalham no serviço especializado, em média, há 20 anos, portanto falam com propriedade sobre os acontecimentos desse serviço. Identifica-se na fala dos entrevistados que os serviços não conversam entre si, nem mesmo dentro das equipes que trabalham juntas, num mesmo espaço físico:

[...] existe integração de chefia, de coordenações, mas de profissionais eu acho muito aquém. E vai demorar muito ainda, porque a cultura não é essa ainda (entrevistado 9).

A falta de articulação entre os serviços também é caracterizada pelos encaminhamentos desnecessários que chegam das Unidades de Saúde da Família às Unidades Especializadas:

[...] Então dor nas costas era ao ortopedista, dor de cabeça era neurologista, e assim ia. Muita gente brincava que era “ao ao” (entrevistado 10).

Mais uma vez, o desconhecimento das ferramentas que existem para a boa resolutividade da Atenção Básica e a falta de integração dos serviços aparecem como fatores limitantes no tocante a um acompanhamento efetivo do usuário independentemente do momento em que ele se encontra do processo saúde-doença:

“[...] Se eu soubesse quem estava com meu paciente lá na ponta, então talvez eu pudesse discutir com essa pessoa” (entrevistado 7).

Apesar dessa dificuldade de integração, os sujeitos identificaram que começaram a surgir iniciativas de mudança no serviço. O município em estudo tem tomado decisões políticas

redirecionando a atenção à saúde no sentido de a integralidade mudar as estruturas dos serviços, e para isso é fundamental mudar também os profissionais, desde sua formação, passando a apoiar a construção da parceria Universidade Federal de São Carlos – Secretaria Municipal de Saúde. O fato de a cidade de São Carlos possuir uma Universidade Federal com vários cursos na área da saúde contribuiu para as ações de mudança e para uma aproximação maior com a realidade do serviço:

[...] estamos em um processo de mudança, a Federal (referindo-se à Universidade Federal de São Carlos) na área da medicina, estão trabalhando junto com a gente medicina e psicologia, nós temos estagiários aqui, residentes, pra que a gente possa montar alguma coisa voltada para a necessidade ambulatorial mesmo, para a necessidade do nosso paciente (entrevistado 12).

Outro fator importante a ser destacado é que os entrevistados também sentem falta de atualizações, de entender as mudanças que são necessárias para a melhora do atendimento ao cliente. Perceber essas necessidades é primordial para a implantação de mudanças.

[...] Falta mais encontros, mais discussões (entrevistado 9).

A mudança começa a aparecer aos poucos, na medida em que a cidade implementa a Saúde da Família e os gestores de cada setor se apropriam de novos instrumentais.

A comunicação e envolvimento das equipes de todos os níveis de atenção à saúde fazem-se necessários para melhor desempenho do serviço e articulação dos saberes, sem os quais será impossível atender integralmente um indivíduo. Torna-se, assim, fundamental o conhecimento e a articulação entre os gestores e trabalhadores da atenção de básica, média e alta complexidade, objetivando adequada implementação de suas ações em linhas do cuidado⁽⁹⁾ para garantir que o sistema público de saúde no Brasil atenda integralmente a população.

A Classe 5 refere-se ao **significado da Estratégia de Saúde da Família** para os profissionais dos serviços especializados. A maioria das falas é de profissionais que têm de 1 a 10 anos de formação e trabalham no serviço especializado de 6 a 10 anos.

O depoimento abaixo retrata dificuldade em descrever o que é a Estratégia de Saúde da Família, mostrando também insegurança e incerteza sobre tal proposta:

[...] O que eu entendo é muito bobinho, assim eu acho que seria tentar atender as famílias em casa, né, aonde tiver o núcleo familiar, e abordar as questões de saúde dessa família de uma forma generalista, não sei se vocês falam isso, usam esse termo (entrevistado 8).

Por outro lado, outros entrevistados mostram uma ligeira aproximação, mas ainda bastante superficial:

[...] Bom, eu acho que seria, deveria ser, né, um atendimento muito próximo da pessoa, muito próximo do paciente mesmo, de tá acompanhando integralmente, integralmente de não só o paciente mas realmente a família toda...(entrevistado 10).

Ao pensar em “Saúde da Família” é sugestivo imaginar o significado do programa mesmo que a pessoa não tenha tanto conhecimento sobre o assunto. Os profissionais sentem que existe uma aproximação com a família, mas ao mesmo tempo desconhecem que a Estratégia tem como objetivo a reorganização do sistema de saúde. Referiram também que ela tem uma conotação de busca das pessoas, que é um serviço que “vai atrás” do paciente.

Por meio dos discursos percebeu-se que é esperado existir uma parceria dos serviços especializados com a Saúde da Família, pois visualizam que isto irá melhorar o atendimento. É possível observar que os profissionais sentem falta de um contato maior com os outros níveis de atenção, pois acreditam que isto irá melhorar o atendimento.

[...] falta reunir todo mundo e falar: aconteceu isso, aconteceu aquilo, como eles podem nos ajudar mais, como nós podemos ajudá-los mais (entrevistado 6).

A Classe 3, denominada “**Formação dos profissionais**”, é composta principalmente por profissionais que atuam ou já atuaram na rede pública de saúde, possuem graduação e especialização em alguma área e já estão formados há bastante tempo. Sendo assim, é suposto que conheçam a realidade do sistema público de saúde do município e o retratem com fidelidade, não obstante os diferentes olhares. Apesar disso, ainda é grande o desconhecimento

desses profissionais sobre todos os serviços disponíveis na rede, como também é importante saber utilizá-los para um cuidado integral do indivíduo que possibilite uma melhoria na qualidade de vida.

Pela análise das classes e dos discursos identificou-se que o núcleo central da representação social desse grupo de Saúde da Família é de uma unidade básica de saúde mais próxima da família. Ao entrar em contato com a Saúde da Família, existe algo relativamente novo para a realidade dos profissionais de saúde das Unidades Especializadas de São Carlos: os sujeitos ancoraram o novo conhecimento (cuidado com a família) em algo já conhecido, objetivado nas Unidades Básicas de Saúde.

O estranho atrai, intriga e perturba as pessoas e as comunidades, provocando nelas o medo da perda dos referenciais habituais, do senso de continuidade e de compreensão mútua. Mas, ao tornar o estranho familiar, ele é tornado ao mesmo tempo menos extraordinário e mais interessante⁽¹⁰⁾.

Essas representações são construídas pelo desconhecimento da Estratégia de Saúde da Família, de seus objetivos e de como ela se organiza, a que se soma a desarticulação dos serviços e ao seu distanciamento dos serviços especializados em questão. Convém ressaltar que há uma combinação desses dois fatores, fato evidenciado pela insegurança que os profissionais demonstraram em suas falas ao responderem o que sabiam sobre a Estratégia de Saúde da Família.

Um dos entrevistados ligado à gestão de uma das Unidades Especializadas de saúde e um que tem aproximação com a Educação Permanente desenvolvida no município apontaram algumas diferenças nas suas concepções sobre a Saúde da Família, mostrando maior proximidade com a proposta. Apesar de serem discursos individuais, podem indicar possibilidades de transformação das representações do grupo entrevistado, se estas formas diferentes de olhar puderem ser compartilhadas e aceitas no grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficou evidente a necessidade da construção de vínculos entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção. Muito se tem enfatizado a importância do vínculo entre o usuário e os profissionais, mas pouco se enfatiza quanto é importante o vínculo entre as equipes que trabalham num mesmo local e também entre as que trabalham em outros serviços do sistema de saúde. Vários sujeitos entrevistados demonstraram não saber o que esperar com a implantação da Saúde da Família, porque até o momento não passaram por experiências diferenciadas que pudessem agregar elementos para esta avaliação ou almejar a ampliação desta estratégia.

Quanto ao sistema de referência e contrarreferência os sujeitos apontam que, enquanto instrumento formal, este sempre existiu, mas com baixa adesão dos profissionais na sua utilização.

Algumas mudanças começam a aparecer quando encontramos falas que mostram um interesse dos profissionais da atenção especializada por maior contato com os profissionais que atuam na rede básica, e também quando é citada a parceria entre a Universidade e os serviços de saúde como facilitadora no desenvolvimento de estratégias para aprimoramento do processo de trabalho. Como estratégia para melhor integração entre os serviços de saúde no município sugerem-se momentos de encontro entre Saúde da Família e os Serviços Especializados para que estes profissionais se apropriem dessa Estratégia, que traz propostas de mudanças no modelo de atenção e novas ferramentas de cuidado. Tanto os profissionais da atenção básica quanto os da saúde especializada devem manter uma comunicação entre equipes a fim de acompanharem os planos de cuidados dos pacientes e participarem ativa e efetivamente desses planos. Essa aproximação proporcionará o desenvolvimento de ações coletivas conjuntas e ampliar a visão da Rede sobre as possibilidades existentes para o cuidado do indivíduo.

PROFESSIONALS FROM HEALTH SPECIALIZED UNITS AND THEIR SOCIAL REPRESENTATIONS REGARDING FAMILY HEALTH

ABSTRACT

The Family Health Program consists of a reorientation strategy of the health care model that, along with other health

care areas, aims to promote the full care and quality of the individual and his family. People who require more complex services are sent to Specialized Units, but continue to be monitored by the Family Health Program who knows and values the physical and social space of the population served. This case study analyzes the social representations that the workers in specialized units have on Family Health Program, seeking to understand the integration of these health services in São Carlos, São Paulo, Brazil. Semi-structured interviews with three professionals of the Specialties Centers that develop actions demanded by the Family Health Program were carried out. The interviews were recorded, transcribed and then analyzed in a qualitative and quantitative way, through ALCESTE 4.7 software, which helped in the creation of five classes. The social representation of that group on the Family Health Strategy is that this is similar to a Basic Health Unit, but closer to family. A disconnection identified between the services and lack of completeness in the care was identified. It is necessary to better understand the meaning of the Family Health Strategy by the professionals in order to consolidate the care network in the municipality.

Key words: Family Health. Secondary Health Care.

LOS PROFESIONALES DE LAS UNIDADES ESPECIALIZADAS DE SALUD Y SUS REPRESENTACIONES SOCIALES EN RELACIÓN A LA SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN

La salud de la Familia consiste en una estrategia de reorientación del modelo de atención a la salud que pretende promover el cuidado integral y de calidad al individuo y familia. Son encaminadas a las Unidades Especializadas, los usuarios que necesitan de acciones de mayor complejidad, manteniéndose el acompañamiento por la Salud de la Familia que conoce y valoriza el espacio físico y social de la población atendida. Este estudio de caso analiza las Representaciones Sociales que los trabajadores de las Unidades Especializadas tienen sobre la Salud de la Familia, pretendiendo comprender la integración entre estos servicios de salud en São Carlos, São Paulo, Brasil. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con profesionales de tres Centros de Especialidades que desarrollan acciones exigidas por la Salud de la Familia. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas de forma cuantitativa y cualitativa, utilizando el *software* Alceste 4.7, que generó cinco clases. La representación social de la Estrategia de Salud de la Familia trata de la semejanza a una Unidad Básica de Salud, pero más próxima de la familia. Se identificó desarticulación entre los servicios y falta de integralidad en el cuidado. Se considera la necesidad de apropiación del significado de esa Estrategia por los profesionales para construcción de una red integrada de cuidados en el municipio.

Palabras clave: Salud de la Familia. Atención Secundaria de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho G. Promoção da cidadania com responsabilidade fiscal, social e sanitária. In: Anais do XXII Congresso do CONASEMS; 2006, Recife (Pe), Recife: CONASEMS, 2006.
2. Campos GW de S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciênc. Saúde Coletiva. 2007;12(2):301-6.
3. Merhy EE et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. Saúde em debate; 296 p.
4. Jodelet D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet D. organizadores. Les représentations sociales. Paris: Presses Universitaires de France; 1989. p. 36-44.
5. Veloz MCT, Nascimento-Schulze CM, Camargo BV. Representações sociais do envelhecimento. Psicol. Reflex. Crit. 1999; 12(2):479-501.
6. Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: *Moreira* ASP, Camargo BV, Jesuino JC, Nobrega SM. organizadores. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Ed. Universitária – UFPB; 2005. p. 511-39.
7. Frattini JRG, Saupé R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. Cienc Cuid Saude. 2008 jan/mar; 7(1):65-72.
8. Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007; 9(2):389-401. [citado 29 jul 22]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>.
8. Hortale VA. Fórum: a integralidade na perspectiva da formação, das práticas e da avaliação em saúde. Cad Saúde Pública. 2004; 20(5):1398-9.
9. Cecílio LC de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública. 1997 set;13(3):469-78. [citado 2009 fev 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X19970003.

Endereço para correspondência: Ellys Marina de Oliveira Lara. Avenida Ivete Gibim Alcalá, 186. CEP: 18540-000, Porto Feliz, São Paulo. E-mail: ellys.lara@yahoo.com.br

Data de recebimento: 13/01/2009

Data de aprovação: 19/10/2009

