

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE:

O PAPEL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Autora

Rose Marie Inojosa

Doutora em Saúde Pública (USP), técnica-sênior da FUNDAP (SP), atual Coordenadora da UMAPAZ – Universidade Aberta do Meio Ambiente e da Cultura de Paz, Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente de São Paulo. Membro da Rede Ação pela Paz e da Rede Gandhi.

E-mail: rosemarieinojosa@bol.com.br

Resumo

O propósito deste artigo é refletir sobre o papel dos agentes comunitários de saúde no que diz respeito à comunicação em saúde. Os modelos de família e de equipe estão em transformação na sociedade e requerem novas formas de comunicação capazes de contemplar essa dinâmica, a mobilidade e as interações de papéis sociais. O Programa de Saúde da Família (PSF) busca fazer uma inversão importante na lógica e nas práticas envolvidas no processo de produção da saúde, trabalhando com as famílias e equipes como protagonistas, num plano horizontal. Depara-se, nesse processo, com as armadilhas dos hábitos e práticas típicas das organizações piramidais, com comunicação autoritária, que ergue muros de incompreensão entre os sujeitos da relação e, também, a influência das práticas do *marketing* na comunicação cotidiana. Porém, carrega um mundo de possibilidades de gerar compreensão, confiança e solidariedade. Algumas, já experimentadas e avaliadas, reiteram a capacidade do modelo do PSF em lidar com a dinâmica da sociedade contemporânea.

Palavras-chaves: Comunicação; Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Programa de Saúde da Família; Transição Paradigmática.

COMMUNICATION IN HEALTH: THE ROLE OF HEALTH COMMUNITY AGENTS'

Abstract

The objective is to reflect on the paper of the communitarian agents of health in the health communication. The team and family models are in transformation in the society. They require new forms of communication, capable to contemplate this dynamics, the mobility and the interactions of social roles. The Family Health Program (PSF) searches to make an important inversion in the logic and practices involved in the process of health production, working with the families and the teams as protagonists, in a horizontal plan. The Program finds, in this process, the traps of the habits of the old organizations. The authoritarian communication raises walls of understanding lack between the citizens. It finds, also, the influence of marketing in the daily communication. However it loads innumerable possibilities to generate understanding, confidence and solidarity. Some possibilities already had been tried and evaluated. They reiterate the capacity of the model of the PSF in dealing with the dynamics of the contemporary society.

Keywords: Communication; health; community agents; Family health program; paradigmatic transition.

COMUNICACIÓN EN SALUD: EL PAPEL DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

Resúmen

El objetivo es reflejar en el papel de los agentes comunitarios de la salud en la comunicación en salud. Los modelos del equipo y de la familia están en la transformación en la sociedad. Requieren nuevas formas de comunicación, capaces de contemplar esta dinámica, la movilidad y las interacciones de los papeles sociales. Lo Programa de Salud de la Família (PSF) busca hacer una inversión importante en la

lógica y en las prácticas implicadas en el proceso de la producción de la salud, trabajando con las familias y los equipos como protagonistas, en un plan horizontal. El Programa encuentra, en este proceso, las trampas de los hábitos de las viejas organizaciones. La comunicación autoritaria construye paredes entre los ciudadanos. El Programa encuentra, también, la influencia del *marketing* en la comunicación diaria. Sin embargo carga posibilidades innumerables para generar comprensión, confianza y solidaridad. Algunas posibilidades habían sido intentadas y evaluadas ya. Reiteran la capacidad del modelo del PSF en ocuparse de la dinámica del contemporáneo de la sociedad.

Palabras claves: Comunicación; Salud; Agentes Comunitarios de Salud; Programa de la Salud de la Familia; Transición Paradigmática.

Paradigmas em transição

A família é a menor democracia dentro da sociedade, declarou a ONU, em 1994¹. Contornando, superando e mudando regras que tratam de manter poderes tradicionais e hierarquias, é possível que essa “pequena” democracia seja fonte de aprendizado de autonomia. Será, também, de solidariedade? Indivíduos mais autônomos estenderão os braços na fraternidade da cidadania planetária, superando o longo exercício do individualismo exacerbado e da competição?

Convivem, na sociedade contemporânea, muitos modelos de família², pois essa célula-base está em constante transição, causa e efeito de mudanças econômicas, políticas, demográficas e ecológicas.

A produção cultural gerada por esse diálogo também é muito mais marcada pelo fluxo do que pela regra, expressando em valores e atitudes as mudanças que ocorrem nos arranjos, desarranjos e rearranjos sociais.

¹“(.....).It has been described as the smallest democracy at the heart of our ever-changing society” UN family policy and programs - International Year of the Family, 1994 - Cover Story, Seufert-Barr, Nancy, http://findarticles.com/p/articles/mi_m1309/is_n1_v31/ai_15282797

²“para viver, reproduzir-se e reconstituir-se, os homens e as mulheres organizam sua vida privada segundo modalidades diversificadas que dependem em grande parte das necessidades da sociedade em que estão” (Singly, 2000).

O Programa de Saúde da Família (PSF) focaliza o conjunto de pessoas que residem juntas em determinada comunidade e espaço geográfico, considerando os múltiplos arranjos sociais em que convivem pessoas de sexos e idades diferentes, com vínculos de parentela, de amizade, de necessidade. São territórios e arranjos que expressam as macro-contradições da sociedade e os fluxos de suas mudanças.

Assim, como as famílias que atende, também o Programa de Saúde da Família é um arranjo dinâmico em permanente mutação. Enquanto regra, trata-se de uma equipe formada de pessoas da própria comunidade onde atua – os agentes comunitários – e mais auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Outros profissionais vão se agregando a uma ou a um conjunto de equipes. Estabelecem relações complexas, como o próprio conceito de equipe, para realizar seu propósito na produção da saúde.

Para Casado (2002)³, uma equipe constituída por pessoas mobilizadas em função dos objetivos de uma organização, compartilha interesses, trabalha com regras, papéis, ritmo e linguagem. Esse conjunto de pessoas pode criar uma identidade comum.

As equipes não nascem espontaneamente, são constituídas mediante escolha que ocorre por um elenco de critérios que nem sempre seria o que elas utilizariam para se aproximarem em outras situações.

O conjunto de profissionais que constitui uma equipe pode ter sido escolhido em função de seus conhecimentos, habilidades e de atitudes presumidas, porém, isso não significa que tenha crenças e valores compartilhados.

As equipes tradicionais são hierarquizadas piramidalmente. Os trabalhadores com menor escolaridade subordinam-se aos trabalhadores com maior escolaridade, que definem suas atribuições e ritmo. Relações hierárquicas rígidas, permeadas por valores diferentes ou conflitantes, podem dificultar a criação de uma identidade comum. Nesse caso, cada estrato da pirâmide pode cumprir seu papel, sem que isso resulte em qualidade e sinergia nos resultados.

³ As regras, implícitas ou explícitas, informam sobre o comportamento a ser seguido; os papéis auxiliam os componentes de uma equipe a se situarem uns em relação aos outros; o ritmo define a sua movimentação no tempo e no espaço em função das ações a serem realizadas e das decisões a serem tomadas; e a linguagem, verbal e não-verbal, constitui o seu padrão peculiar de comunicação e contribui para a formação da identidade.

Porém, assim como ocorre com as famílias, as equipes são arranjos sociais em transição.

As possibilidades do Programa de Saúde da Família

O Sistema Único de Saúde (SUS)⁴ expressa, no campo da saúde, a opção da sociedade brasileira por um modelo universalista, assentado no princípio da solidariedade. Significa que a sociedade garante recursos para que todos os cidadãos, contribuintes ou não, tenham acesso a bens e serviços inscritos como direito de todos.

Nos anos 1980, um dos postulados da organização dos serviços de saúde foi o de adscrever uma clientela a um serviço de atenção básica, como estratégia para vincular pessoas que moravam na região de alcance de um serviço de saúde. Nessa lógica, essa população subordinava-se às regras do serviço ao qual devia se reportar.

O Programa de Saúde da Família (PSF)⁵, dos anos 1990 em diante, faz uma importante inversão em termos de concepção, de poder, de lógica de relacionamento: uma equipe passa a vincular-se a uma população em dado território. Essa equipe também é integrada por uma nova figura: o agente comunitário de saúde, que, ao mesmo tempo, vincula-se a uma equipe e pertence à comunidade que essa equipe atende. É um modelo de empoderamento da comunidade e de permeabilização das velhas estruturas piramidais.

O PSF possibilita a ampliação da visão do sistema e dos profissionais da saúde sobre o seu próprio campo de trabalho, pois inverte a perspectiva do olhar. O sistema que olhava as comunidades de dentro dos muros das unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, tendendo, com isso, a privilegiar a doença, quer no atendimento curativo quer na prevenção, passa a ver outros aspectos, ampliando a compreensão dos agravos e informando ações de promoção de saúde.

O PSF⁶, assim como o SUS, é contra-hegemônico e convive, com dificuldades, com a hierarquia formal, construída a partir da superposição de saberes disciplinares e suas

⁴ O SUS foi gestado nos anos 1970, inscrito na Constituição do Brasil em 1988 e implementado a partir de 1990, em movimentos de avanços e recuos, dado seu caráter contra-hegemônico.

⁵ Experimentado no Ceará, foi transformado em programa nacional em 1994 e, atualmente, cobre % da população do território nacional.

⁶ “A estratégia de saúde da família incorpora os princípios do SUS e se aproxima dos pressupostos da atenção primária em saúde dimensionados por Starfield (4) (primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do

especializações, de corporações profissionais e do loteamento político-partidário, essas camadas espessas que soldam e cobrem, como glacê de cimento, as organizações piramidais.

O modelo do PSF carrega o embrião da mudança na sua composição e dinâmica, que implica alguma autonomia de parte da equipe que transita entre a sua própria comunidade, sua realidade, sua lógica, suas peculiaridades e a rigidez do roteiro do papel que lhe é atribuído. Essa autonomia tem muitas restrições no que se refere à assistência a saúde, cujas práticas profissionais são interdadas ao agente, mas tem grande expressão na comunicação para informação e promoção da saúde.

O agente comunitário de saúde está na intersecção de conjuntos com diferentes roteiros, valores, ritmos e linguagens. Preciosa singularidade reside nessa comunicação cujo fluxo combina diversos percursos, irrigando os pontos nodais em que se entrecruzam. Como num caleidoscópio, a relação entre as comunidades e as equipes pode compor inúmeros desenhos.

“Eu sei do que você está falando”

A teia de relações do PSF e seus fluxos de comunicação são estratégicos para a produção da saúde, trabalho cooperativo e complexo, que ocorre entre as pessoas, mediado pelos saberes e tecnologias.

As assimetrias sociais, econômicas e educacionais erigem muros de incompreensões entre pessoas e entre grupos. A permeabilização da equipe de saúde, no modelo do PSF, abre janelas para a compreensão.

A comunicação é um processo de reciprocidade, que precisa da confiança entre as partes. Confiança que só é possível se há alguma identificação, algum ponto onde os indivíduos em interação se toquem: “eu sei do que você está falando”.

Quando isso não ocorre, as pessoas tendem a se comportar no sistema de saúde como num supermercado ou num *fast-food*: entra, pega ou dá o remédio e pronto. Não há interação,

cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades), buscando romper com a noção de uma atenção de baixo custo simplificada” (Scorel, Giovanella, Mendonça & Senna, 2007).

não há espaço para estabelecer comunicação, gerar confiança e, assim, produzir saúde. Esse modelo não serve para nenhuma das dimensões da produção da saúde: recuperação, proteção e da saúde.

As pessoas muitas vezes sequer seguem a prescrição do medicamento para recuperação de um agravo porque não a compreendem, o que revela o denso muro que separa o cidadão-assistido do cidadão que assiste.

Quando se trata de ações que abrangem múltiplos grupos, condições de saneamento, hábitos, enfim, todas as condições que envolvem a produção e os riscos à saúde, defrontamo-nos com muros de incompreensão que dificultam o controle da dengue, a prevenção de cânceres e contribuem para o recrudescimento de tantos agravos que já julgávamos controlados. Nenhum desses muros é inocente, accidental. Eles são produtos de uma lógica excludente e do acúmulo histórico das desigualdades.

Duzentos mil agentes comunitários caminham por suas comunidades, visitando as casas, conversando com as famílias e com as equipes a que pertencem. Essas pessoas certamente têm se deparado com obstáculos para a comunicação em saúde, embora sejam, por outro lado, a esperança de sua superação.

Um dos obstáculos está na própria relação do agente comunitário com os profissionais da equipe. O agente não pode ser um “tradutor” de informações, pois esse esforço deve ser conjunto, e não simplesmente delegado. Além disso, ele precisa ser de fato ouvido e não considerado mais um receptor e transmissor de informações.

A assimetria de saberes não precisa confirmar-se na linguagem, na forma de enunciar a informação. Quando isso ocorre, o receptor da mensagem não está sendo considerado sujeito da relação, mas mero depositário dela.

A aparente incapacidade de encontrar modos de ajudar o outro a alcançar a compreensão pode esconder descompromisso com esse outro, mas também revela o apreço fervoroso pela informação científica, mais no formato do que no conteúdo.

Essa é uma armadilha em que até mesmo os agentes comunitários de saúde podem ser aprisionados, perdendo a possibilidade mais preciosa que é a de tecer laços de compreensão entre grupos diferentes.

Esse risco é bem exemplificado pelos achados da pesquisa de Simões, Barbosa e Maciel (2007) sobre transmissão e recepção de mensagens entre agentes de saúde e usuárias do PSF em Jaboaão dos Guararapes (PE), a respeito da esquistossomose. Essa pesquisa mostra que as agentes de saúde aprendem com os profissionais o processo da doença, os nomes científicos, etc. e procuram levar a informação para os usuários, tal como a receberam. Dessa forma, reproduzem a assimetria e não conseguem transformar a informação em comunicação.

A pesquisa citada ajuda a compreender como o Sistema de Saúde e o próprio PSF ainda trabalham de forma equivocada com a informação, que é o substrato do processo de comunicação em saúde e não ele próprio.

A incompreensão é uma violência silenciosa. Sua permanência revela que há muitos obstáculos a serem transcendidos.

A comunicação envolve troca de idéias e argumentos, supõe, portanto, sujeitos em interação. Pessoa, órgão ou sistema que apenas emite informações tende a se distanciar das condições de compreensão e interpretação do outro, das pessoas a quem são dirigidas as informações.

A equipe toda precisa preparar a informação com os seus agentes, compreendendo, em primeiro lugar, como eles próprios absorvem a informação, qual o quadro de referências culturais da comunidade e as possíveis interpretações. Pensar juntos em quais seriam as questões que podem sensibilizar as pessoas e criar prontidão para a comunicação.

A comunicação do não

Cada um de nós, ao receber uma informação, faz o movimento de confrontá-la com nosso próprio equipamento interpretativo, a forma como organizamos a nossa experiência e recorremos a ela para compreender e responder a cada novidade.

Acresce, como nos lembra Morin (1986), que costumamos resistir às informações que não se adaptam à nossa ideologia, percebendo essas informações como trapaças ou mentiras.

A informação em saúde, em grande parte das vezes, é a tentativa de comunicar o não, a restrição, a proibição, o risco: “Não faça isso porque...”, “Previna-se...” ou “Pare de...”.

Essa informação contrapõe-se à intensa prática da propaganda de bens e serviços que vendem, o tempo todo, a satisfação, a felicidade, o êxito. O marketing, essa forma de dominação da sociedade contemporânea, tem reduzido, intencional e sistematicamente, a capacidade de crítica dos seus públicos-alvo. A essa estratégia não interessa que o outro seja sujeito da relação de comunicação, que contra-apresente seus argumentos. Interessa que se convença e se fidelize no consumo de algum produto ou serviço, de preferência, de forma automática, ao ouvir uma musiquinha ou ver a marca. Essa asfixia da reflexão tem contaminado muitos espaços.

Há muitas pesquisas demonstrando a relação entre condutores alcoolizados e acidentes de trânsito. São assustadores os números de mortes e de pessoas seqüeladas. Entretanto, a propaganda das bebidas alcoólicas e, particularmente, das cervejas estabelece insistentemente uma ligação entre a bebida e a alegria de viver.

Outras pesquisas mostram que as pessoas começam a beber cada vez mais cedo. O quanto essa propaganda alegre e colorida tem contribuído para isso?

A notícia do acidente, com mortes, em que um procurador teria saído do carro com uma lata de cerveja na mão, segundo as testemunhas, foi colocada, por um jornal de circulação nacional, ao lado de um alegre e colorido anúncio que dizia “cerveja é uma festa”. Nenhuma carta de protesto foi publicada. Os jornais têm hoje mais propagandas do que matérias, como questionariam os seus próprios interesses ?

Participo do fórum de um curso a distância no qual o assunto foi pautado. Muitas pessoas trouxeram o argumento do direito individual, do risco da censura, do efeito contrário de eventuais proibições, etc.

É um grande desafio trabalhar os riscos na comunicação em saúde, sensibilizar as pessoas e ativar sua capacidade crítica.

Para estabelecer comunicação, é preciso conhecer o outro e estar disposto a receber a sua interpretação da realidade e das informações que lhe são apresentadas. Os agentes do PSF podem trazer grande contribuição para essa compreensão e para a formulação de novas maneiras de comunicar. A sua capilaridade pode ser um elemento importante não para o convencimento, mas para o ativamento da crítica, para debater essas questões.

Isso tem acontecido, em vários lugares, com a questão da violência interpessoal. O vídeo e a revista Tecendo Redes de Paz⁷, sobre o processo de trabalho com e das agentes comunitárias de saúde em São Paulo, e a criação da Vacina da Paz por agentes de Belo Horizonte (Venâncio e Queiroz, 2007) são iniciativas de comunicação que contribuem para a análise do processo de aprendizagem para a produção de compreensão.

A comunicação pelo riso

Na instituição que coordeno tenho recebido com frequência um cidadão atento e participativo que, na hora das perguntas e considerações dos seminários ou encontros, se apresenta como o Palhaço Cara Limpa e insiste em dizer: está faltando o riso.

Tenho ouvido o Palhaço, da mesma *família* dos Doutores da Alegria, da *troupe* Viva e Deixe Viver e de outros grupos e pessoas que se dedicam à alegria em instituições que trabalham com o risco, com a dor e com a morte.

São representantes da saúde, da vida, das infinitas possibilidades de relacionamento em quaisquer circunstâncias, porque, ao que parece, não perdemos nunca a capacidade de rir.

Wellington Nogueira, coordenador dos Doutores da Alegria, diz que “o encontro com cada pessoa é um espetáculo com começo, meio e fim...” (Nogueira, 2007:14).

A saúde é um encontro entre pessoas, um encontro único. Deve ser sempre um espetáculo em que todos são protagonistas. Ainda com Wellington, “alegria é o resultado de uma comunicação bem-estabelecida, com base em entender a necessidade do outro e agir para supri-la.” (Nogueira, 2007:15).

Um personagem de Mia Couto diz : “ O médico escutou tudo isto, sem me interromper. E a mim, essa escuta que ele me ofereceu quase me curou. Então, eu disse: já estou tratado, só com o tempo que me cedeu, doutor. É isso que, em minha vida, me tem escasseado: me oferecerem escuta, orelhas postas em minhas confissões.” (Um rio chamado tempo, uma casa chamada terra, 2003:148).

Comunicação bem estabelecida implica disposição de *ouvir para compreender*, um dos princípios da cultura de paz.. Assumir o risco e o prazer da escuta, o risco e o prazer da palavra.

⁷ Editados pelo Núcleo de Cultura de Paz da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, em 2007.

Considerações finais

Oportunidades de produção de saúde e de superação de riscos podem ser realizadas com uma melhora da comunicação entre as pessoas, por meio de compreensão que sustente ações sociais e seja capaz de informar e apoiar novas atitudes individuais e coletivas de proteção e promoção da saúde.

Entretanto, as velhas estruturas e corporações de poder prosseguem valendo-se dos idiomas da babel disciplinar e reproduzindo a prática autoritária de disparar informações para públicos-alvo, sem escuta e sem considerar os interesses de seus interlocutores.

Por outro lado, a sociedade tende a incorporar ao seu imaginário, como modelo de comunicação, as insistentes e onipresentes práticas do marketing. Seus apelos e “garantias” de satisfação existencial pelo mero consumo de um produto ou serviço, reforçam uma lógica imediatista e intolerante a qualquer restrição. Essa lógica dificulta a aceitação de propostas com o apelo oposto, no qual a satisfação pode vir do não-consumo, do repensar, do recusar. Assim, persistem dificuldades na comunicação em saúde, com incompreensões e baixa efetividade na transformação de atitudes e hábitos.

Nesse cenário, o PSF é uma semente de transformação, tanto pela proposta orientada por um novo paradigma como pelas realizações dessas quase duas décadas de existência.

O PSF trabalha com o pressuposto da inversão: é a equipe que passa a ser adscrita às famílias. Para isso prevê contato pessoal, convivência, escuta ativa, participação da mesma realidade. Dessa forma, é uma oportunidade de transformação na comunicação em saúde, ampliando a compreensão mútua dos participantes da produção da saúde, favorecendo a confiança, empoderando a população. Contudo, como ocorre em todas as mudanças de paradigma, o processo é constituído por avanços e recuos.

Nesse momento, pode ocorrer uma mudança no modelo de operacionalização do PSF, gerado por incapacidades operacionais e disputas ideológicas. Em muitos casos, as antigas estruturas não lidaram adequadamente com essas microdemocracias, mantendo agentes

comunitários de saúde na informalidade, sem os devidos direitos trabalhistas. Em contraposição, houve um enrijecimento na leitura e na aplicação de regras inadequadas para esse arranjo, como a transformação do agente em mais um servidor público cujo ingresso é submetido a concurso público de provas e títulos e exigência de formação técnica⁸. Essa dificuldade de se criar soluções inovadoras para situações que escapam das tradicionais pode aprisionar essa experiência avançada na velha pirâmide.

Além disso, ainda é preciso realizar, na prática e em escala, a inversão que permeia a sua proposta: adscrever a equipe a uma população, e não a população a uma equipe. Essa inversão supõe que o agente comunitário de saúde não seja um pombo-correio entre a equipe e as famílias, mas um membro legítimo de ambas, capaz de atuar no espaço de intersecção. Supõe que os outros integrantes da equipe também estejam presentes na vida da comunidade. Para isso, o trabalho tem de ser conjunto, não como no antigo modelo com papéis e posições hierárquicas rigidamente estabelecidas, onde não há comunicação, mas apenas circulação de informação.

Ainda é um desafio encontrar modos de efetiva comunicação entre a equipe e as famílias, capazes de sustentar o processo de produção da saúde. Entretanto, muitas experiências referidas às inovações promovidas pelo PSF já iluminam esse caminho.

⁸ O concurso público privilegia uma população mais jovem e com maior escolaridade e tende a excluir, como provam os vários concursos já realizados, os tradicionais agentes comunitários de saúde, escolhidos entre as lideranças da comunidade. A formação técnica para agentes cria uma nova categoria profissional, bem ao gosto do velho modelo, o que poderia ser oportunidade e escolha relacionada a carreiras já existentes, transforma-se numa obrigatoriedade, um novo requisito.

Referências Bibliográficas

CASADO, Tânia O indivíduo e o grupo: a chave do desenvolvimento in FLEURY et alii
As pessoas na organização. São Paulo: Ed. Gente, 2002:235-246

ESCOREL, S.; **GIOVANELLA**, L.; **MENDONÇA**, M. H.M. ; **SENNA**, M.C.M. O
Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no
Brasil in Revista Panamericana Salud Publica, v.21 n.2-3, Washington, fev/mar 2007,
disponível em

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

MORIN, E. Para sair do século XX. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

NOGUEIRA, W. A besteiologia e seus efeitos colaterais in Caderno Mídia e Saúde
Pública – Comunicação em Saúde pela Paz, v. II, Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública
do Estado de Minas Gerais, 2007

SIMÕES, L.; **BARBOSA**, C. & **Maciel**, B. Comunicação em Saúde Pública: transmissão e
recepção de mensagens entre agentes de saúde e usuárias do Programa de Saúde da Família
(PSF) em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco in Revista digital Comunicação e Saúde

SINGLY, François de La reinención de la familia, Label France, Abril 2000, n.39 in :
www.diplomatie.gouv.fr/.../07reinvention.html

Revista COMUNICAÇÃO E SAÚDE <http://www.comunicasaude.com.br/revista.htm>